

**Informe de Relato Taller del Instituto de  
Adicciones de Madrid Salud  
“La intervención con Pacientes  
Crónicos. ¿Hasta dónde?”**



**Instituto de Adicciones – Madrid Salud – Ayuntamiento de Madrid**

**Atn. D. Francisco de Asís Babín Vich  
C/ Juan Esplandiu 11. Madrid. 28007**

Elaborado por

**J. Mario Moreno-Mengs**

2 de Junio de 2007

Revisado por

**César Martín Gómez**

Manuel Luna 12, 2º  
28020 **Madrid**

**T** +34 911857800

**F** +34 9142410

Pisuerga 24, PB  
08028 **Barcelona**

**T** +34 902885766

**F** +34 934405845

Avda. Santa Ana 7, 2º  
48940 **Leioa-Vizcaya**

**T** +34 902885766

**F** +34 944630808

Vicente Berdusán s/n  
Bloque D1, Bajos A13

50010 **Zaragoza**

**T** +34 902885766

Poeta Vicente Gaos 3, BI  
46021 **Valencia**

**T** +34 902885766

**F** +34 963891688

# Índice

1. Objeto y Alcance.....	3
2. Datos Iniciales .....	3
3. Relato del Taller “La intervención con pacientes crónicos. ¿Hasta dónde?” .....	3
4. Conclusiones del Taller “La intervención con pacientes crónicos. ¿Hasta dónde?” .....	12

## 1. Objeto y Alcance

El presente informe tiene por objeto **relatar** el contenido y desarrollo del Taller “La intervención con pacientes crónicos. ¿Hasta dónde?” para establecer el análisis y las conclusiones adecuadas.

Este taller junto con otros ocho se enmarca dentro de la jornada “Hacia un nuevo Plan de Adicciones” convocada por el Instituto de Adicciones de Madrid Salud el pasado 23 de Mayo de 2008.

## 2. Datos Iniciales

- Taller relatado: La intervención con pacientes crónicos. ¿Hasta dónde?.
- Fecha: 23 de Mayo de 2008.
- Horario: 15:30 a 20:00.
- Coordinador: Dña Beatriz Mesías Pérez. Jefa Departamento de Asistencia.
- Relator: J. Mario Moreno-Mengs. PRYSMA.

## 3. Relato del Taller “La intervención con pacientes crónicos. ¿Hasta dónde?”

A continuación se expone el relato de los contenidos desarrollados en el Taller “La intervención con pacientes crónicos. ¿Hasta dónde?”

El relato de los contenidos se realiza en el mismo orden cronológico en el que se desarrolló.

### Exposición realizada

Abre el taller Dña Beatriz Mesías Pérez, Jefa del Departamento de Asistencia, agradeciendo la presencia de los asistentes y la colaboración de asociaciones y técnicos en la elaboración de la documentación de la jornada.

Seguidamente se da paso a una breve introducción, en la que exponen datos previos a las preguntas del debate (ver presentación adjunta)

Intervención con pacientes crónicos. ¿Hasta dónde? ¿Hasta cuando?

¿Por qué este taller?

- Indicadores de cronicidad en un porcentaje elevado de pacientes del Instituto de Adicciones.
- Necesidad de nuevos enfoques y estrategias en la intervención en los tratamientos con pacientes crónicos.
- Porcentaje elevado de pacientes en la red del Instituto de Adicciones, que tienen una percepción de cronicidad en su proceso de tratamiento.

Análisis de la cronicidad desde la ley de drogodependencias (2002).

Cronicidad aplicada a cualquier tipo de enfermedad crónica: criterios de diagnóstico y duración.

Concepto del nuevo crónico: no tanto aplicando el criterio de diagnóstico sino aplicando la dependencia de los servicios asistenciales.

Cronicidad en el concepto de psiquiatría: criterios de discapacidad.

( incapacidad, personal, laboral o social).

2 puntos de vista de la cronicidad:

- Evolución de una enfermedad.
- Inducida desde la actividad institucional, generada por el propio tratamiento.

Factores de drogodependencia crónica.

Presentación de casos prácticos.

Comienza exponiendo la idea de distinción entre marginación y drogodependencia.

“Marginados y drogodependientes son diferentes y por tanto requieren tratamientos distintos y diferenciados”.

Responde a la pregunta de cómo definir la cronicidad en base a los datos expuestos inicialmente en la presentación:

“La media de pacientes atendidos es de 45-50 años , con problemas de búsqueda de residencia de ancianos”

“Hay dificultad para adaptar los programas de intervención con los pacientes a la edad” “Falta

flexibilidad para rediseñar los objetivos de intervención en este tipo de pacientes de edad avanzada”.

Por otro lado, expone la idea de que los pacientes cronificados no dan problemas.

Así los tratamientos se centran en pacientes más demandantes explícitamente.

“No hay que atender mas a los pacientes que dan mas problemas y a los que mas se quejan”.

Relacionan la definición de cronicidad, con su trabajo de investigación realizado en el CAD SAN BLAS:

En el estudio no se habla de pacientes crónicos, sino de personas con mas de 50 años A la hora de describir esa población, se tienen en cuenta las características expuestas de la cronicidad.

En las conclusiones del estudio, exponen propuestas concretas para este tipo de población:

- Es necesario formar educadores para esta población, difícil de captar.
- Problema de alojamiento y de recursos temporales, cuando se trata de una población que necesita recursos definitivos.
- Problema con la ley de dependencia y los certificados de minusvalía.
- Población con ingresos económicos bajos y precariedad.

Expone la idea del cambio de planteamiento y nuevos tratamientos frente a los nuevos casos de pacientes crónicos.

Expone las siguientes ideas:

“Hay que considerar otras enfermedades además de la adicción: salud mental, VIH; hepatitis C.”

“Es necesario trabajar en la prevención del “sinhogarismo”.

“Hay una falta de recursos frente a los nuevos enfermos”.

“Se necesita facilitar la accesibilidad y la prevención temprana de drogodependientes”.

Responde a la segunda pregunta, sobre si la cronicidad se refiere únicamente al problema adictivo:

“La cronicidad también se encuentra en las soluciones planteadas a los problemas, no tanto en el propio problema adictivo”.

Responde a la pregunta inicial sobre la cronicidad, planteándola desde distintos puntos de vista y criterios:

- Tratamiento a largo plazo (8-12 años) con una evolución lenta y soporte farmacológico de por vida.
- Pacientes con muchos problemas asociados (enfermedades mentales y orgánicas) que hacen que su patología se cronifique.

Son dos grupos diferentes, y las estrategias a emplear deben ser distintas: recursos específicos.

<p>La cronicidad debe incluir otras patologías (hepatitis C y enfermedades de salud mental) como parte de una enfermedad mas compleja, no solo adicciones.</p> <p>Expone la idea de que no hay integración social estable: los pacientes tienen dificultad en su avance terapéutico.</p> <p>“No es un problema tanto de recursos, sino de creatividad a la hora de aplicarlos”.</p> <p>“Faltan espacios de integración”.</p>
<p>Faltan recursos apropiados, procedentes no solo de la red del Instituto de Adicciones, sino de otras instituciones como Servicios Sociales, Ivima...</p> <p>“Los pacientes crónicos quedan excluidos de acceder a los sistemas normalizados de recursos”</p> <p>En el trabajo directo con pacientes crónicos, no es suficiente un seguimiento de su tratamiento. <b>“Hay que replantearse la intervención, continuar con una motivación y toma de conciencia para su reinserción y autonomía”.</b></p>
<p>Expone la idea de la adicción a la red. “¿Hasta qué punto se favorece el salir o no salir de la red?”.</p>
<p>Expone que “La red cronifica!” y “Hay una excesiva protección de los pacientes”</p>
<p>Apoya los planteamientos anteriores, pero explica que hay pacientes que por su situación física, no van a poder normalizar su vida ni su situación.</p> <p>“ Hay que inventar recursos para apoyar a este tipo de pacientes”</p>
<p>En su opinión “La cronicidad no es única, ni universal”, “Hay elementos que aúnan en la cronicidad en adicciones”.</p> <p>“El problema de la red es que da soluciones, no por sobreprotección”</p> <p>“Falta trabajo en red con otro tipo de alternativas y recursos, como los convivenciales”</p> <p>“Hay que replantear la intervención para no acomodarse a un ciclo de intervenciones”</p>
<p>Plantea una doble cuestión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Adaptar la red de pacientes agudos a pacientes crónicos</li> <li>○ Mantener la red de agudos, y el problema crónico trabajarlo con otros dispositivos</li> </ul>
<p>Expone una reflexión sobre el tratamiento a los pacientes que mas demandan, mientras que hay un abandono del resto de pacientes.</p> <p><i>“Los pacientes muchas veces no saben en qué centro están”</i></p>
<p>Resumiendo las ideas expuestas anteriormente, propone la existencia de un programa específico para pacientes crónicos.</p> <p>Expone trabajar la dependencia de la red a distintos niveles: fomentar el autocuidado de los pacientes, para fomentar la independencia de la red.</p>

<p>Propone la creación de un tratamiento específico para aquellos pacientes olvidados o muy deteriorados.</p>
<p>Vuelve a la primera pregunta de definición de la cronicidad, y además de los factores ya mencionados, incluye la exclusión.</p> <p><i>“Se habla de cronicidad cuando además del tiempo de consumo y el tratamiento se le añade que no dispone de una red asistencial que le atienda.”</i></p> <p>Los propios itinerarios de reinserción favorecen la cronicidad en cuanto a la exclusión.</p> <p>Plantea la idea sobre la consideración de normalidad a la hora de reinsertar a los pacientes crónicos “¿Qué se entiende por normalidad en pacientes crónicos?”</p> <p><i>“Es necesario redefinir los itinerarios de reinserción o de inserción (porque hay pacientes que nunca han estado insertados)”.</i></p>
<p>Vuelve a insistir en la idea inicial de separar la exclusión social de la cronicidad.</p> <p><i>“Hay que considerar un grupo numeroso de pacientes que acuden a los CAD´s que son crónicos y no tienen exclusión social (están apoyados)”</i></p>
<p>Basándose en su experiencia profesional anterior, plantea la idea, de la motivación de los pacientes para el cambio, si no cumplen los criterios de un recurso, siempre van a tener otro recurso a su disposición.</p> <p>Por otro lado plantea qué hacer con aquellos pacientes con patologías psiquiátricas graves con consumo de sustancias: tienen que seguir en algún tipo de recurso.</p> <p><i>“Hay que replantearse la situación de los pacientes crónicos que están durante largo tiempo en tratamiento, pacientes que han sido cronificados por el sistema”.</i></p> <p>Plantea el dilema sobre si mantenerlos en tratamiento (según la ley de drogodependencia), con el consecuente consumo de recursos.</p>
<p>Plantea la pregunta sobre si se interviene con los pacientes o se dan prestaciones.</p> <p><i>Y añade: “Hay que dar a los pacientes autonomía para que hagan su vida diaria”.</i></p> <p><i>“Falta intervención (psicológica, profesional...) y se utilizan demasiado las prestaciones”.</i></p> <p><i>“Hay recursos suficientes, que no llegan al fondo del problema”.</i></p>
<p>Desde su experiencia como médico plantea la idea de garantizar la calidad de vida de los pacientes, como objetivo paralelo al abandono del consumo.</p> <p><i>“Los nuevos planteamientos, tienen en cuenta las redes complementarias y recursos, como el Samur Social”.</i></p> <p>Responde a la pregunta sobre si se deben replantear la intervención en aquellos pacientes que llevan largo tiempo en tratamiento, diciendo que siempre se debe replantear el tratamiento, solo que</p>

<p>hay que afrontar los nuevos problemas, colaborando entre distintos sectores.</p> <p><i>“ Hay que aprender a valorar los servicios que ofrece la red” .</i></p>
<p>Propone la idea de replantearse la evolución de la red y sus alternativas, para no hacer a los pacientes volver a pasar por todas las alternativas.</p> <p><i>“ El seguimiento de los pacientes de por vida no ayuda a la reinserción”</i></p> <p>Es necesario un planteamiento de trabajo no solo con el paciente, sino con el entorno familiar cercano del paciente.</p>
<p>Desde la perspectiva de la administración prestadora de servicios, la responsabilidad es la de obtener la máxima de los recursos que se ponen a disposición del fin (recursos económicos).</p> <p>En relación a esto, una de las aproximaciones se basa en la idea de que <i>“los sistemas solo son sostenibles si se analizan las bolsas de ineficiencia”</i>.</p> <p>Propone evitar procedimientos ineficientes: para ello propone la creación de un proceso de búsqueda de consenso para la intervención con pacientes crónicos, a través de un panel de expertos.</p> <p>Si se tiene estructurado un procedimiento, en base científica, en relación al cual un paciente es susceptible de mejorar en base a una determinada intervención; se pudiera entender el compromiso legal de atención permanente a cualquier paciente que demande atención.</p>
<p>Al contrario que las experiencias anteriores, propone analizar la intervención desde el punto de vista del trabajo sin recursos, desde el tejido asociativo.</p> <p>Esto implica, un mayor desarrollo del trabajo personal.</p> <p>Desde su experiencia expone la idea de que aquellos pacientes que han tenido una referencia social (integradas en un tejido familiar y social) son mas capaces de afrontar los tratamientos.</p> <p>Respecto a la idea de normalización, plantea la idea no tanto de normalizar su vida, sino de normalizar su tratamiento.</p> <p><b><i>“La solución no radica tanto en los recursos, sino en las motivaciones personales”.</i></b></p> <p>Hay que apostar por un crecimiento de la red social, y apoyo de la motivación.</p>
<p>Desde la perspectiva profesional, critica que se juzga el uso, aprovechamiento, que los pacientes hacen de los recursos. Pero eso es responsabilidad de los pacientes, los profesionales posibilitan las mejores condiciones para que los pacientes desarrollen un proceso, el cómo lo desarrollen ya depende de los propios pacientes.</p> <p><i>“Los trabajadores son interventores sociales y supervisores”.</i></p>
<p>Plantea la idea de que las empresas se aprovechan de contratar a los enfermos crónicos (con un 33% de minusvalía), debido a la bonificación que obtienen.</p> <p><i>“La reinserción de los pacientes empieza por los aspectos relacionales, no por encontrar un buen trabajo”.</i></p>

<p>Valora la efectividad del ciclo de intervención.</p> <p><b>“El problema no es la falta de recursos, sino la poca variedad de los ya existentes, lo que hace que se repita el ciclo y se vuelvan a ofrecer las mismas intervenciones terapéuticas”.</b></p> <p>Respecto a cómo se aplican los recursos, y enlazando con la intervención del Director del Instituto propone no ofrecer todos los recursos, sino solo aquellos mas efectivos.</p>
<p>Inicia la segunda parte del taller , planteando la pregunta: <i>¿Podrían ser útiles otros tratamientos con sustitutivos opiáceos?</i></p>
<p>Afirma que sí que existen otros tratamientos pero que faltan datos sobre su eficiencia. (codeína, morfina...)</p> <p>Expone que el tratamiento con heroína es cuestionado por su elevado coste.</p>
<p>Expone que “no hay que negar posibilidades ni alternativas terapéuticas”</p> <p>Propone como reflexión el porqué los sustitutivos opiáceos no entran en la red de drogodependencias, y que figuren indicaciones sobre su consumo.</p>
<p>Plantea la siguiente pregunta del taller, dando continuidad al debate: <i>Si se crearán nuevos recursos. ¿Con qué objetivo y características?</i></p>
<p>Responde a la pregunta con la idea de fomentar los recursos convivenciales, como recursos que no aparquen a los pacientes.</p>
<p>Afirma que <b>“antes de plantear la creación de nuevos recursos, hay que plantear un acercamiento a los ya existentes. A distintos niveles y con nuevas metodologías”.</b> (autocrítica de los recursos ya existentes)</p>
<p>En su opinión “es necesario diversificar los recursos sociales. Aunar recursos sanitarios y sociales”.</p> <p>“Hay que fomentar los recursos de ocio y tiempo libre, que permitan cambio en las conductas, fomentar medidas de activación y participación social”.</p>
<p>Resalta el problema de las personas mayores de 65 años con problemas de adicción.</p>
<p>Afirma que “es necesaria mayor flexibilidad de los recursos: adecuar los recursos a los pacientes el tiempo necesario de intervención” y que “hay que analizar los recursos que se ofrecen a cada persona”.</p>
<p>Resalta que “es necesario fomentar los canales de comunicación con las personas beneficiarias”.</p>
<p>En su opinión <b>“hay que motivar y apoyar la autonomía personal y el acompañamiento social, como complemento al tratamiento”.</b></p>
<p>Propone valorar la creación de una red alternativa para pacientes de más de 65 años.</p>
<p>Expone la idea de revisar la flexibilidad de los recursos ya existentes: adaptarse a pacientes y a los tiempos de estancia.</p> <p><b>“Hay que trabajar la red de apoyo al paciente, que es tan importante como el propio proceso</b></p>

<p><b>terapéutico”.</b></p>
<p>“Es necesario homogeneizar edades entre los pacientes, para favorecer la eficacia de los tratamientos”.</p>
<p>En su opinión “hay que tener en cuenta pacientes con enfermedades mentales, no solo clasificarlos según la edad”.</p>
<p>“Es necesario buscar alternativas para mantener tratamientos, en aquellos pacientes que lo necesiten para toda la vida”</p>
<p>Propone compartir recursos terapéuticos y asistenciales, además exponen la idea de que la drogodependencia aporte puntuaciones a la hora de encontrar residencias para personas mayores.</p>
<p>Afirma que “hay que incidir en la formación y en el conocimiento de las redes y de los sistemas de tratamiento, ya que existe un desconocimiento por parte de los usuarios, pacientes y los propios profesionales”</p>
<p>Plantea la siguiente pregunta del taller, dando continuidad al debate: <i>¿Las redes específicas contribuyen al proceso de cronificación de los pacientes? ¿Cómo invertir este proceso?.</i></p>
<p>Expone que <b>“hay un proceso de burocratización de la red, que favorece el reinicio continuo del proceso terapéutico”</b> y <b>“Falta coordinación entre los técnicos de los diferentes centros”</b>.</p>
<p>Afirma que “es necesaria una integración de los profesionales para poder integrar así a los pacientes”.</p>
<p>Analiza la intervención de la supervisión como método enriquecedor de evaluación de los compañeros.  “Es caro, pero muy eficaz, si se identifica la actividad antes”.</p>
<p>En su opinión “la supervisión es un método complejo de exposición a las personas con las que se trabaja y a las personas que supervisan”  Respecto al tema de la cronicidad de la red, expone que con una coordinación y trabajo en equipo se puede evitar.</p>
<p>Afirma que es necesario replantear el concepto de “crónico”, planteando la pregunta de ¿dónde está el límite de lo crónico?.</p> <p>Continúa exponiendo su idea sobre la supervisión, planteándola mas como un método de trabajo interno (por parte de los compañeros de trabajo) que por personas externas.  “El problema de aplicar la supervisión interna es el miedo a someterse a la evaluación de los compañeros”.</p>
<p>Replantea el tema de la cronificación de los pacientes por parte de la red, afirmando desde su experiencia que <b>“a veces sí se cronifican a los pacientes, debido a la larga permanencia del paciente en el tratamiento”</b></p>
<p>Formula la siguiente pregunta del taller , dando continuidad al debate:</p>

<p>¿Qué otras redes o servicios tienen responsabilidad en la atención integral de estos pacientes? ¿Cómo implicarlos?</p>
<p>La implicación es complicada, depende de los recursos y de si en el intercambio ambas partes obtienen beneficios positivos.</p>
<p><b>En su opinión una manera de implicación es el intercambio de información, devolver la información (feedback).</b></p>
<p>“Para la elaboración del plan de adicciones es necesario una coordinación en el diseño con las instituciones”</p>
<p>Reitera la idea de la coordinación entre los trabajadores en contacto directo.</p> <p><i>“Hay que buscar espacios de encuentro entre los profesionales, que permitan colaborar, dar y recibir”.</i></p>
<p>Se explican a modo de ejemplo de puntos de encuentro, las mesas de salud de trabajadores.</p>
<p><i>Expone las siguientes ideas:</i></p> <p><i>“La coordinación no es tanto un problema de falta de tiempo y elevado volumen de trabajo, sino de conciencia social”.</i></p> <p><b>“El intercambio de información entre los trabajadores es fundamental”.</b></p> <p><b>“A nivel institucional también es necesario una coordinación y un compromiso, escrito y con protocolo”</b></p>
<p>Como conclusión final expone las preguntas sobre el caso clínico presentado por la ASOCIACIÓN CAUCES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuánto tiempo necesita este paciente realmente?</li> <li>• ¿Cuál es el nivel óptimo de autonomía que puede alcanzar, dadas las circunstancias?</li> <li>• ¿Qué tipo de seguimiento se puede articular una vez que salga del recurso?</li> </ul>
<p>Expone el caso clínico, y la situación actual del paciente:</p> <p>En este momento el paciente se encuentra en un piso de autogestión donde la coordinación es mínima, se mantiene el contacto con el CAD y con el psiquiatra.</p> <p>Lleva un año en el piso.</p> <p>No hay una fecha impuesta para su autonomía y su salida del recurso.</p> <p>El recurso de mínima intervención pone de manifiesto la necesidad del paciente de desarrollar nuevos aprendizajes que hasta entonces no había hecho en los 3 años en los que había pasado por otro tipo de recursos.</p>
<p>Plantea la pregunta de cuándo darle de alta de su problema de adicción.</p>

El consumo se va a estabilizar, no ha vuelto a tener problemas de consumo.
Plantea la disminución del tutelaje y el como sobrevivir con una renta mínima.
Expone que los recursos de la red de drogodependencia se escapan a los límites del caso expuesto, por lo que hay que derivar su atención a servicios sociales y a servicios farmacológicos
Finaliza el taller agradeciendo la asistencia y la colaboración de todos los presentes en el mismo, invitándoles a repetir y a volver a participar en una experiencia tan enriquecedora.

#### 4. Conclusiones del Taller “La intervención con pacientes crónicos. ¿Hasta dónde?”

A continuación se expone las conclusiones el relato de los contenidos desarrollados en el Taller “La intervención con pacientes crónicos. ¿Hasta dónde?”

Para la identificación de conclusiones se han tenido en cuenta por un lado las opiniones más repetidas y por otro aquellas opiniones que sin haberse repetido han contado con un apoyo generalizado por el resto de participantes en el momento de su exposición:

- **No existe unificación de criterios a la hora de definir la cronicidad, sus límites e indicadores.**
- **Respecto a los recursos, antes de plantearse una ampliación de los mismos, es necesario realizar una autocrítica de los ya existentes. Analizar la ineficiencia de los recursos que actualmente se están aplicando.**
- **El análisis de los recursos implica tipo, cantidad y forma de aplicación de los mismos, a fin de evitar la tan cuestionada cronicidad de los pacientes por parte de la red.**
- **Como área de mejora, es necesario fomentar la red social y la motivación a los pacientes, no tanto la red asistencial ya existente**
- **La motivación de los trabajadores es un factor a tener en cuenta, pero para mejorar la eficacia es necesario una coordinación de los mismos. Coordinación no solo a nivel de técnicos sino entre las distintas asociaciones e instituciones, consiguiendo así una implicación de todos los agentes que intervienen en el sistema.**
- **Como una de las formas de coordinación entre los distintos agentes y de implicación de los mismos se plantea fomentar los mecanismos de intercambio de información.**