

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LOS CAD DEL INSTITUTO DE ADICCIONES



**AYUNTAMIENTO DE MADRID
ÁREA DE GOBIERNO DE SEGURIDAD Y EMERGENCIAS
ORGANISMO AUTÓNOMO MADRID SALUD
INSTITUTO DE ADICCIONES DE LA CIUDAD DE MADRID**

**Documento técnico
Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid
** Edición digital **
Madrid, mayo de 2013**

*C/ Juan Esplandiú, 11-13 / 28007 Madrid
Tlfs.: 91 480 04 35 67 – 91 480 04 18
msasubdireccion@madrid.es
www.madridsalud.es*

PARTICIPANTES EN EL GRUPO DE MEJORA PARA LA CREACIÓN DEL PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

Grupo de trabajo

Jorge Callejo Escobar

Terapeuta Ocupacional, CAD de Hortaleza

Carmen Calvo Ruiz

Terapeuta Ocupacional, CAD de Arganzuela

M^a del Mar Hernández Beltrán

Terapeuta Ocupacional, CAD de Vallecas

Pilar Gallego Muela

Terapeuta Ocupacional, CAD de Tetuán

Ana Isabel Cabellos Velasco

Terapeuta Ocupacional, CAD de Latina

M^a José Gallego Montes

Terapeuta Ocupacional, CAD de San Blas

Paloma Orozco Sanz

Terapeuta Ocupacional, CAD de Vallecas

Montserrat Martínez Moratilla

Terapeuta Ocupacional, CAD de Villaverde

M^a Luisa Montiel Cozar

Terapeuta Ocupacional, CAD de Tetuán

Rosa M^a Gómez Cordente

Terapeuta Ocupacional, CAD de Villaverde

Carmen Méndez Méndez

Terapeuta Ocupacional, CAD de Villaverde

M^a del Carmen Colomer Rodríguez

Terapeuta Ocupacional, CAD de Latina

Laura Racciatti Isola

Coordinación

Jefa del Departamento de Reinserción

Supervisión

M^a Nieves Herrero Yuste

Subdirectora General de Coordinación de Programas de Adicciones

Maquetación

José Luis Matía González

Encargado Oficina Auxiliar, SG Coordinación de Programas de Adicciones

Apoyo Secretaría

Gloria Rivas Rodríguez

Auxiliar administrativa, SG Coordinación de Programas de Adicciones

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN	7
2. INTRODUCCIÓN	9
3. GLOSARIO	13
4. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO	21
5. MARCO NORMATIVO	23
5.1. Ámbito nacional.	
5.2. Ámbito comunitario.	
5.3. Ámbito local.	
6. POBLACION DIANA	27
7. EL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL	29
7.1. Atención a la demanda inicial.	
7.2. Valoración interdisciplinar integral.	
7.3. Evaluación multidimensional y diseño del Programa Personalizado de Intervención (PPI).	
7.4. Desarrollo del PPI.	
7.4.1. Aportaciones del Terapeuta Ocupacional.	
7.4.2. Estrategias de intervención.	
7.5. Coordinación.	
8. INTERVENCIÓN CON COLECTIVOS CON NECESIDADES ESPECIALES	47
9. INTERVENCIÓN GRUPAL DESDE LA T.O.	49
9.1. El Terapeuta Ocupacional y la intervención grupal en un CAD.	
9.2. Clasificación de la actividad grupal desde la Terapia Ocupacional.	
10. EVALUACIÓN	69
11. BIBLIOGRAFÍA	73
12. ANEXOS	
Anexo 1. HISTORIA OCUPACIONAL	79
Anexo 2. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN-VALORACIÓN.....	87
Anexo 3. EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL (EVALUACIÓN OBJETIVA DE RESULTADOS DE TRATAMIENTO). DOCUMENTO GUÍA	101



1 PRESENTACIÓN.

En la actualidad se cuenta ya con una rica experiencia en la atención a las drogodependencias, gracias a la cual se ha llegado a una serie de consensos en torno a la naturaleza de esta realidad. Una de las características más universalmente reconocida es el carácter multicausal y multidimensional de las mismas y la necesidad de un abordaje integral del problema.

El Plan de Adicciones para la Ciudad de Madrid 2011-2016, (*aprobado por Acuerdo de la Junta de Gobierno de la Ciudad de Madrid, el 17 de marzo de 2011 y publicado en el BOAM, Año CXV, núm. 6.396, página 3, de 22 de marzo de 2011*), basa su modelo de intervención en esta idea de multicausalidad y tiene en cuenta las diversas áreas y facetas personales que suelen verse afectadas por las drogodependencias, propugnando por ello un abordaje del problema desde una perspectiva integral e integradora, que facilite las aportaciones de diferentes disciplinas profesionales, de forma que puedan abordarse los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ocupacionales de cada paciente.

En el marco de este modelo de abordaje interdisciplinar, implementado y muy consolidado en los Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD) del Ayuntamiento de Madrid, se aúnan las aportaciones de distintas disciplinas profesionales, las cuales no se plantean como intervenciones compartimentadas, sino que se articulan en un proceso dinámico, flexible y personalizado, capaz de acomodarse a las necesidades de cada individuo y a las diferentes situaciones que se suceden a lo largo de la intervención, en función de la evolución y de las necesidades que plantea cada paciente.

Todo ello se articula en base al diseño de un programa personalizado de intervención, que facilita la evaluación continua del paciente y permite conocer los cambios que se producen en cada una de las áreas afectadas y la evolución global del mismo.

La complejidad de la intervención interdisciplinar hace necesaria la existencia de protocolos de actuación para las distintas disciplinas profesionales, a fin de facilitar la necesaria coordinación en la intervención terapéutica conjunta.

El objeto de dichos protocolos es definir, homogeneizar, enriquecer y ajustar las actuaciones de las distintas áreas profesionales, como garantía de una intervención interdisciplinar de calidad, en el marco del modelo de intervención del Plan de Adicciones para la Ciudad de Madrid.

EL presente “Protocolo de Intervención desde la Terapia Ocupacional en los CAD”, se ha elaborado gracias al trabajo de un Grupo de mejora, en el que han participado Terapeutas Ocupacionales de todos los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid.

Representa un importante esfuerzo de sistematización de las diferentes actuaciones del Terapeuta Ocupacional en un CAD y de registro de las mejores prácticas desarrolladas en el área ocupacional, evidenciando un compromiso con el modelo de calidad implantado en Madrid Salud.

A handwritten signature in black ink, reading 'Antonio Prieto', with a stylized flourish underneath.

Antonio Prieto Fernández

GERENTE DE MADRID SALUD

Por decreto de Suplencia de 12 de marzo de 2012

El Subdirector General de Prevención y Promoción de la Salud

2 INTRODUCCIÓN.

Según definición de la American Occupational Therapy Association (AOTA) de 1986, la Terapia Ocupacional se basa en *“el uso terapéutico en las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas y el entorno para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida”*.

En Terapia Ocupacional se contemplan varias áreas de ocupación:

- Actividades de la vida diaria, de auto-mantenimiento o de auto-cuidado.
- Actividades productivas, que incluyen todas aquellas actividades, remuneradas o no, que suponen una aportación a la sociedad.
- Actividades de ocio.

La incorporación de la Terapia Ocupacional como disciplina socio-sanitaria es relativamente reciente. Fue fundada en 1917 por un grupo de profesionales de la salud que creían firmemente en el valor terapéutico de las ocupaciones. La singularidad de la Terapia Ocupacional y lo que la hace diferente a otras disciplinas del ámbito socio-sanitario viene determinada por el término *“ocupación o actividad”*, entendido éste como *“aquella faceta del desempeño humano que da respuesta a las necesidades vitales de un individuo, que le permiten cumplir con las demandas sociales de su comunidad de pertenencia, así como al quehacer a través del cual el ser humano se distingue y expresa, revelando al agente del acto, y que se constituye en una forma de dar sentido a la existencia, construyendo y creando su identidad personal, cultural y social”*¹.

En sus inicios la Terapia Ocupacional tenía un enfoque humanista. Posteriormente Adolph Meyer, psiquiatra y mentor de Dunton y Slagle creó su propia filosofía de la Terapia Ocupacional. Al enfoque humanitario del tratamiento moral y su régimen ocupacional, agregó la idea de que la enfermedad mental era principalmente un problema de adaptación, de deterioro de los hábitos y falta de equilibrio entre trabajo y ocio. La solución que propuso incluyó el entrenamiento en hábitos y programas terapéuticos ideados para crear oportunidades de participación en ocupaciones que fueran placenteras, creativas y educativas.

En la actualidad la Terapia Ocupacional tiene una concepción holística y examina y toma en consideración todas las tareas en relación a la situación en la que se desenvuelve la persona.

¹ Moruno Miralles, P. *La ocupación como método de tratamiento en Salud Mental*.
http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Ocupacion_metodo_tto_salud_mental.shtml

El Terapeuta Ocupacional evalúa la capacidad del individuo para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa. La actividad, para ser terapéutica, debe tener un propósito y desarrollarse en un entorno, de modo que pueda ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y las actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración.

Partiendo de todo lo señalado anteriormente, podemos concluir que la Terapia Ocupacional existe en función de:

- Un *paradigma profesional propio*, centrado en el concepto de ocupación y en la importancia del entorno.
- Unos *modelos teóricos*, que orientan la organización, análisis, valoración, interpretación e intervención en la ocupación y en el entorno físico, social y cultural. Así, por ejemplo, el modelo teórico de 'Ocupación Humana' de Gary Kielhofner, define al ser humano como un sistema abierto que se encuentra en constante interacción con el entorno. El ambiente es la situación física, social y cultural en la cual el sistema opera, de manera que el sistema representa al hombre y la interacción del sistema con el ambiente es la *ocupación humana*.
- Unos *marcos de referencia*, que permiten valorar e intervenir sobre las capacidades del individuo y/o actuar con las compensaciones (análisis y modificación de la actividad en función a las diferentes disfunciones de cada persona) y/o las adaptaciones del medio, en las diferentes etapas del proceso rehabilitador y de inserción en la sociedad.

Terapia Ocupacional y adicciones.

La Terapia Ocupacional, como disciplina implicada en la comprensión y tratamiento de los procesos adictivos, se centra en los problemas que afectan al funcionamiento cotidiano de los adictos. Las alteraciones del sistema nervioso central que acompañan a la adicción se manifiestan en dificultades de mayor o menor importancia, que afectan a las actividades de la vida diaria y que se traducen en fallos en el desempeño de la actividad. Estos fallos pueden generar, a su vez, una cascada de consecuencias negativas, que no solo afectan al propio adicto, sino que implican a las personas próximas, creándose hábitos y situaciones que contribuyen a perpetuar las condiciones ambientales que mantienen el comportamiento adictivo.

Al considerar la adicción, en algunos sujetos, como una alteración del funcionamiento cerebral, la Terapia Ocupacional ayuda y forma parte activa de la recuperación del drogodependiente. Puesto que el objetivo de la disciplina se orienta a las AVD y es este el escenario relevante para la evaluación, la valoración del desempeño ocupacional puede incrementar lo obtenido por otras disciplinas.

Si tomamos como punto de enfoque preferente la capacidad de la adicción de producir alteraciones del funcionamiento cerebral y la repercusión de las mismas sobre las actividades de la vida diaria, podemos apreciar la capacidad de la Terapia Ocupacional para

ofrecer técnicas y estrategias que, junto con las ofertadas desde otras disciplinas, contribuyen de forma activa en la recuperación del sujeto drogodependiente. Entre los objetivos más destacados de estas intervenciones ocupacionales hay que citar el ámbito del daño cerebral de diferentes etiologías.

Por otra parte el interés de la disciplina se centra en las actividades de la vida diaria del paciente, siendo éste el escenario relevante para las actuaciones. La valoración del desempeño ocupacional y la mejora en este ámbito pueden incrementar la validez ecológica obtenida por el resto de las disciplinas. La Ciencia de la Ocupación es una nueva aportación de investigación y desarrollo de la Terapia Ocupacional.

Los Terapeutas Ocupacionales, al igual que los demás colectivos profesionales, están obligados al cumplimiento de unas reglas básicas, normas y principios éticos, en el ejercicio de su profesión. Todo ello conforma el código deontológico, que orienta sus actuaciones, tanto en la relación con los usuarios, como con los demás profesionales, las instituciones o los medios de comunicación.



3

GLOSARIO.

A efectos de este protocolo consideramos:

Acogida

Conjunto de acciones profesionales encaminadas a la asunción de la demanda efectuada por una persona, en relación a un supuesto fenómeno de abuso o dependencia de sustancias, o en relación con otras adicciones. Su propósito es aproximarse a la demanda, conocerla y comprenderla, valorar la urgencia de la misma y favorecer la creación de un vínculo con el demandante que, sintiéndose acogido va a estar en mejor disposición para orientar la valoración posterior del caso.

Actividad

Serie estructurada de acciones o tareas que contribuyen a la ocupación.

Actividades de la vida diaria (AVD)

Son las ocupaciones que componen la actividad cotidiana, actividad conformada con las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio y son diferenciadas según la AOTA (Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales) en:

- Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD)

Tienen que ver con las destrezas para la integración social y comunitaria. Incluye manejo del tiempo, gestiones en la comunidad, mantenimiento del hogar.

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Las actividades orientadas al cuidado del propio cuerpo, cuidado y calidad de vida de uno mismo. Incluye aseo e higiene personal, vestido, alimentación descanso-sueño, movilidad funcional, actividad sexual, salud (medicación, citas).

- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Son aquellas actividades destinadas a la interacción con el medio, que son a menudo complejas y que generalmente su realización es opcional. Incluye cuidado del espacio personal, cuidado de la casa, cuidado de otros (personas, mascotas y plantas), elaboración de comidas cuidado de la ropa, uso de sistemas de comunicación, movilidad en la comunidad (manejo del transporte), manejo de aspectos financieros, etc.

Alienación ocupacional

Este término ha empezado a ser usado recientemente en la literatura de Terapia Ocupacional, por lo que no existen referencias suficientes con las que construir una definición consensuada. En el contexto de este protocolo entendemos el concepto de alienación ocupacional como el sentimiento de que las propias ocupaciones están carentes de significado y no satisfacen a la persona. Todo ello se asocia habitualmente con sentimientos de incapacidad para cambiar esta situación.

Áreas de desempeño ocupacional

Categorías de tareas, actividades y ocupaciones que, por regla general, forman parte de la vida cotidiana. Incluyen actividades de auto-cuidado, productivas y de ocio.

Autonomía

Libertad de decidir, teniendo en cuenta circunstancias internas y externas, y de actuar con relación a esas decisiones.

Ciencia de la ocupación

Este término ha empezado a ser usado recientemente en la literatura de Terapia Ocupacional, por lo que no existen referencias suficientes con las que construir una definición consensuada. A efectos de este protocolo entendemos el concepto de “ciencia de la ocupación” como: *disciplina académica de las ciencias sociales que se propone desarrollar un área de conocimiento de la ocupación mediante la generación de teorías y métodos sistemáticos de investigación.*

Componentes de Desempeño Ocupacional

Habilidades y destrezas que influyen en la realización de tareas, actividades y ocupaciones, y la hacen posible. Pueden clasificarse en físicas, cognitivas, psicosociales y emocionales.

Competencia Ocupacional

Es el conjunto de atributos referentes a educación, habilidades, formación y experiencia necesarios para ejercer una labor y resolverla de forma autónoma y flexible, contribuyendo al logro de los objetivos.

Contexto Ocupacional

Relación entre el entorno, los factores personales y los acontecimientos que influyen en el significado de una tarea, actividad u ocupación de quien la lleva a cabo.

Dependencia Ocupacional

Necesidad de ayuda para desempeñar actividades ocupacionales cotidianas de forma satisfactoria (AVD).

Deterioro cognitivo

Declive de las funciones cognitivas, ya sea debido a las alteraciones atribuibles al proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores. Según el grado de dificultad para realizar las actividades de la vida diaria que presente el paciente, se catalogará como deterioro cognitivo leve si no padece ninguna afectación, o bien, si ya existe incapacitación, se clasificará como demencia leve, moderada o grave.

Desempeño Ocupacional

Elección, organización y realización de ocupaciones, actividades o tareas en interacción con el entorno.

Desequilibrio Ocupacional

Incapacidad para administrar las ocupaciones de manera que la persona se sienta realizada y satisfaga las demandas de sus roles, hasta el punto de comprometer la salud y la calidad de vida.

Destreza

Capacidad desarrollada a través de la práctica que permite un desempeño ocupacional eficaz.

Diagnóstico Ocupacional

Concreción del problema y situación ocupacional de un individuo a partir de los datos obtenidos en una evaluación.

Discriminación Ocupacional

Estado derivado de los condicionamientos políticos, sociales, etc., que pueden llegar a abarcar todos los aspectos de la vida diaria y la ocupación humana mediante restricciones legales, económicas, sociales y religiosas, y que puede ser consecuencia de una pobreza crónica y la desigualdad.

Empatía

Capacidad del ser humano para conectarse con otra persona, ponerse en su lugar, responder adecuadamente a sus necesidades y compartir sus sentimientos e ideas de tal manera que el otro se sienta bien relacionalmente.

Entorno

Factores externos (físicos, socioculturales y temporales) que demandan e influyen en el desempeño ocupacional.

Equilibrio Ocupacional

Organización adecuada de las actividades en las que el individuo se involucra en su vida de forma que se mantenga un equilibrio correcto, que repercuta positivamente en su salud y calidad de vida. Tiene que ver con la interdependencia dinámica entre las diversas ocupaciones de un individuo, en función de factores intrínsecos, (habilidades, intereses) necesidades y obligaciones. Cada persona tiene un equilibrio individual que se ajusta a su bienestar.

Evaluación

Proceso de obtención, interpretación y análisis de información con el fin de priorizar problemas y necesidades, planificar y modificar la intervención y determinar su valor.

Evaluación multidimensional

Conjunto de actuaciones tendentes a evaluar la situación de cada persona en las áreas siguientes: salud y auto-cuidados, psicopatológica, consumo de sustancias, familiar, socio-relacional, formativo-laboral y ocio, a fin de ofertar un programa de intervención integral, que dé respuesta a la complejidad de circunstancias que pueden estar presentes en cada individuo en un momento determinado.

Factores ocupacionales de protección o de riesgo

Rutinas y hábitos que facilitan o dificultan el mantenimiento de la abstinencia y consolidación de hábitos adaptativos.

Funcionalidad Ocupacional

Componentes físicos y psicológicos que subyacen en la persona y que favorecen el desempeño ocupacional. Capacidad de utilizar los componentes de desempeño ocupacional para realizar una tarea, una actividad o una ocupación.

Habilidad

Característica personal que favorece el desempeño ocupacional.

Habilitación

Proceso de crear oportunidades para participar en las tareas y ocupaciones de la vida, independientemente de los retos que suponen la discapacidad física o mental o el entorno.

Hábito

Pauta de desempeño en la vida diaria que se adquiere mediante repeticiones frecuentes, requiere una atención mínima y proporciona una función eficaz.

Implicación

Sentimiento, con significado positivo, de poder elegir, de estar involucrado y comprometido en la ocupación o actividad que se desempeña.

Independencia

Capacidad de desempeñar actividades cotidianas de forma satisfactoria y autónoma.

Identidad ocupacional

Es la auto-percepción a lo largo del tiempo en términos de roles ocupacionales, entendiendo por ocupación el conjunto de expectativas de rol, y por rol una secuencia pautada de acciones aprendidas, ejecutadas por una persona en situación de interacción.

Interdependencia

Situación de dependencia e influencia mutuas entre los miembros de un grupo social.

Intereses

Inclinaciones o gustos por actividades, personas u objetos. Dependen de factores sociales, culturales e incluso de la edad. Se refieren a aquello que el individuo encuentra agradable o satisfactorio de hacer. Se generan a través de la experiencia de placer y satisfacción en hacer cosas.

Itinerario Ocupacional

Dirección y descripción de un recorrido, en cuanto a hábitos, rutinas y estilo de vida.

Itinerario Personalizado de Inserción (IPI)

Parte del Programa Personalizado de Intervención (PPI), dedicada a la inserción social y laboral del paciente, cuando proceda definir objetivos en este campo.

Motivación

Impulso que dirige las acciones de una persona a satisfacer necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales.

Estado interno que activa, dirige y mantiene la conducta.

Ocupación

Grupo de actividades que tiene un significado personal y sociocultural. Está determinada por la cultura y promueve la participación en la sociedad. Las ocupaciones pueden clasificarse como de auto-cuidado, productivas y/o de ocio y tiempo libre.

Participación

Acción de tomar parte en situaciones cotidianas mediante actividades dentro de un contexto social.

Privación ocupacional

Estado prolongado de exclusión que dificulta la implicación en ocupaciones necesarias o con significado debido a factores fuera del control del propio individuo, tales como el aislamiento geográfico, el encarcelamiento o la discapacidad.

Procedimiento

Plan escrito y detallado de una intervención.

“Método de ejecutar algunas cosas” (RAE, 2001).

Modo de ejecutar determinadas acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos, que permiten realizar una ocupación, trabajo, investigación o estudio correctamente.

Proceso

Conjunto de actividades o eventos (coordinados u organizados) que se realizan o suceden (alternativa o simultáneamente) con un fin determinado.

Conjunto de actividades destinadas a generar valor añadido para conseguir un resultado que aumente la satisfacción de la población que recibe los servicios y de los profesionales que lo llevan a cabo.

Programa Personalizado de Intervención (PPI)

Forma de organizar una respuesta dirigida a reducir o minimizar los problemas específicos que presentan los pacientes. Esta respuesta organizada (programa), que se concreta en objetivos, actividades y recursos, es el instrumento resultante de la valoración interdisciplinar y multidimensional y del consenso con el deseo del paciente, en virtud del cual se organizan las diferentes acciones terapéuticas en orden a la rehabilitación y reinserción social.

Protocolo

“Plan escrito y detallado de un experimento científico, un ensayo clínico o una actuación médica” (RAE, 2001).

De tratamiento: conjunto de acciones, procedimientos y exámenes auxiliares solicitados para un paciente con características determinadas.

De actuación: conjunto de procedimientos específicos establecidos en un plan.

Rol Ocupacional

Normas y expectativas sociales y culturales del desempeño ocupacional que están vinculadas a la identidad personal y social del individuo.

Rutina

Secuencia de tareas o actividades establecida y predecible.

Tarea

Serie de pasos estructurados (acciones y/o pensamientos) que pretenden conseguir una meta específica. Esta meta puede ser la realización de una actividad, o el cometido que se espera de alguien.

Valoración

Proceso de recogida e interpretación de información acerca de las funciones y entornos de las personas, en el que se emplea la observación, pruebas e instrumentos de medida, para justificar la toma de decisiones y monitorizar cambios.

Valoración interdisciplinar

Conjunto de actuaciones profesionales, tendentes a conocer los aspectos biológicos, psicológicos y sociales propios del caso, sobre los que se sustenta la demanda, necesarios para articular una respuesta terapéutica válida y congruente con el tipo de demanda efectuada, basada en la evidencia científica, la ética y la *lex artis* de cada profesional.

Valores

Convicciones o modelos de pensamiento o conducta que influyen en nuestra forma de entender el mundo y estilo de vida. Se refieren a aspectos considerados como importantes y significativos. Nos comprometen con una determinada forma de vida e imparten un significado lógico a las vidas que llevamos.

Vínculo Ocupacional

Relación adecuada del paciente con la tarea y que le ayuda a conseguir objetivos de forma satisfactoria.

Volición

Capacidad de elegir qué hacer o de continuar haciendo algo, siendo consciente de que el desempeño de la ocupación/actividad/tarea es voluntario.



4

OBJETIVOS DEL PROTOCOLO.

Los objetivos del presente protocolo son los siguientes:

1. Definir, enriquecer, homogeneizar y ajustar las aportaciones que se realizan desde el área de Terapia Ocupacional al proceso de atención integral a las drogodependencias contenido en el Plan de Adicciones para la Ciudad de Madrid 2011-2016, como forma de ajustar las intervenciones del equipo interdisciplinar a las necesidades de los pacientes, coordinando las mismas y evitando duplicidades, solapamientos o vacíos en la intervención.
2. Facilitar la tarea de los terapeutas ocupacionales, aportando diferentes metodologías y estrategias de intervención, tanto individuales como grupales y familiares, recopilando, al tiempo, experiencias de buenas prácticas en la intervención ocupacional en adicciones.



5

MARCO NORMATIVO.

5.1. Ámbito nacional.

- La **Constitución Española**, en su artículo 43, reconoce *“el derecho a la protección de la salud”* y afirma que *“compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”*.
- La **Ley 14/86 de 25 de abril, General de Sanidad**, en su artículo 6, desarrolla el precepto constitucional del artículo 43, expresando lo siguiente:
 - “Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:
 1. A la promoción de la salud.
 2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
 3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
 4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.
 5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.
- En el ámbito nacional, el referente institucional, desde su puesta en marcha en 1985, es el **Plan Nacional sobre Drogas**. Desde este marco, a través de las distintas estrategias nacionales impulsadas en estos años, se hace referencia a las competencias de las corporaciones locales en materia de drogodependencias, expresando que corresponde a la Administración Local, además de aquellas otras competencias que el ordenamiento jurídico les confiere, el desarrollo de las siguientes funciones:
 1. El desarrollo de políticas específicas de prevención en materia de drogodependencias, fundamentalmente en el ámbito comunitario.
 2. Procurar la integración social de los usuarios de drogas en base al desarrollo de planes de formación profesional y empleo.

3. Elaboración y puesta en marcha de medidas de limitación de la oferta y disponibilidad, fundamentalmente de drogas legales.
 4. Ejecución de la función inspectora y de la potestad sancionadora, así como la cooperación de la policía local.
 5. Coordinación de las intervenciones en materia de drogas a nivel local.
- **Ley Orgánica 3/1986 del 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública.**
En su artículo segundo hace referencia que *“Las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad”*.
 - **Ley Reguladora de las bases de Régimen Local (7/1985 2 de abril)** en la que se regulan las competencias municipales en asuntos que nos interesan: Capítulo III artículo 25.
 1. *El Municipio, para la gestión de sus intereses y en el ámbito de sus competencias, puede promover toda clase de actividades y prestar cuantos servicios públicos contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal.*
 2. *El Municipio ejercerá, en todo caso, competencias en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas en la prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social (punto k).*

5.2. Ámbito comunitario.

La **Ley 5/2002 de 27 de junio**, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos recoge los siguientes aspectos claves:

La asistencia a drogodependencias se prestará en el ámbito comunitario, aplicando con carácter preferente el criterio de proximidad al domicilio del usuario y su entorno, potenciándose los dispositivos y programas asistenciales en régimen ambulatorio.

La atención sanitaria tendrá como objetivos principales, la desintoxicación, la deshabituación, la disminución de riesgos, la reducción de daños y la mejora de las condiciones generales de salud de las personas con drogodependencias, siendo la integración social del drogodependiente el objetivo final del proceso asistencial, para lo cual se coordinarán los diferentes recursos y dispositivos de la red.

La integración social de las personas drogodependientes se apoyará en las redes generales y en su familia y entorno afectivo, adoptando, cuando sea necesario, medidas especiales destinadas a conseguir la igualdad de oportunidades.

La evaluación permanente de la calidad de los procesos y resultados de los diferentes centros, servicios y modelos de atención.

Las prescripciones relacionadas con la presencia de los padres (o en su caso de la fiscalía), en el proceso asistencial de los menores que pudieran acceder a los centros de tratamiento en la forma y manera que se delimita en la propia Ley.

5.3. **Ámbito local.**

El [Plan de adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016](#) recoge entre sus principios rectores:

- *Enfoque Integral*: Entender las adicciones como un fenómeno complejo, multicausal y multifactorial, propiciando respuestas que tengan en cuenta los diversos factores intervinientes, desde la aplicación de un modelo bio-psico-social, tanto para la prevención como para la asistencia y reinserción de las adicciones y sus consecuencias en las diversas facetas de la vida de las personas y de su entorno.
- *Universalidad y Equidad*: Facilitar, en igualdad de condiciones y sin discriminación, el acceso de toda la población a las prestaciones preventivas, asistenciales y de integración social, con carácter público y gratuito, según su necesidad, prestando una especial atención a aquellos grupos sociales más vulnerables o con mayores dificultades para el acceso y aprovechamiento de los servicios y recursos.
- *Cooperación e Interdependencia*: Promover la coordinación y cooperación entre las diversas redes públicas, instituciones y organizaciones sociales, como estrategia para la articulación de respuestas ajustadas al carácter complejo y multifactorial de las adicciones.
- *Integración y Normalización*: Orientar todos los procesos de intervención que se realicen, ya sean de carácter preventivo o se refieran al continuo “asistencia-reinserción”, hacia el objetivo último de conseguir el mayor grado posible de integración social, seleccionando siempre que sea posible, la utilización de los recursos normalizados existentes y potenciando el mantenimiento o la recuperación de los vínculos familiares y sociales.
- *Participación Comunitaria*: Establecer los mecanismos que posibiliten la implicación de las instituciones públicas, de las organizaciones no gubernamentales e interlocutores sociales, de los servicios o recursos comunitarios, del voluntariado, de los ciudadanos en general y de las propias personas afectadas y sus familias, facilitando la articulación de respuestas ágiles y globales a las necesidades planteadas.

Entre las líneas estratégicas que orientan el Plan de Adicciones destacamos las siguientes:

- Situar la **Prevención** frente al consumo indebido de drogas como el objetivo prioritario de la intervención, en especial las acciones dirigidas a la población en edad escolar y a los adolescentes, propiciando la sensibilización social frente a los riesgos asociados al

consumo de alcohol y de otras drogas y la participación de los diferentes agentes implicados.

- Prestar una atención especial a los **colectivos más vulnerables** o con mayores dificultades en el acceso y la utilización adecuada de los recursos de la red: pacientes con larga historia de consumo y bajo potencial de cambio, pacientes con patología dual, drogodependientes sin hogar, personas con necesidades especiales debido a diferencias de origen, cultura o idioma, personas con complicaciones legales o judiciales y otros colectivos en riesgo de exclusión.
- Revisar, actualizar y reorientar las intervenciones en todos los ámbitos teniendo en cuenta la **perspectiva de género**, de forma que se garantice la adecuación de los programas, servicios y acciones a las características y necesidades diferenciadas de hombres y mujeres.
- Reorientar las actuaciones del nuevo Plan teniendo en cuenta la **perspectiva de la multiculturalidad**, de forma que se pueda dar una respuesta ajustada a las necesidades y respetuosa con las diferencias culturales.
- Orientar las intervenciones desde una **perspectiva integral e integradora** que, partiendo de la multicausalidad y complejidad del fenómeno de las adicciones, genere respuestas múltiples e integrales, cuyo objetivo último sea el logro del mayor grado posible de salud, bienestar e integración social de las personas y los grupos sociales afectados.

Desarrollar un importante esfuerzo para la mejora de la coordinación y del **trabajo en red**, potenciando los esfuerzos desarrollados desde los diferentes servicios, instituciones y organizaciones sociales implicados y favoreciendo la participación social.

6

POBLACIÓN DIANA.

La población objeto de intervención está constituida por los vecinos de Madrid que presentan un problema de abuso y/o dependencia del alcohol o de otras drogas y demandan atención en un Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD) del Instituto de Adicciones de Madrid Salud, así como a sus familias.

Son objeto de intervención prioritaria desde la Terapia Ocupacional las personas en las que existe una disfunción ocupacional, es decir, un desajuste en su interacción con el ambiente, así como aquellas que presentan una alteración en sus capacidades cognitivas, que incida de forma negativa sobre las actividades de la vida diaria.



7

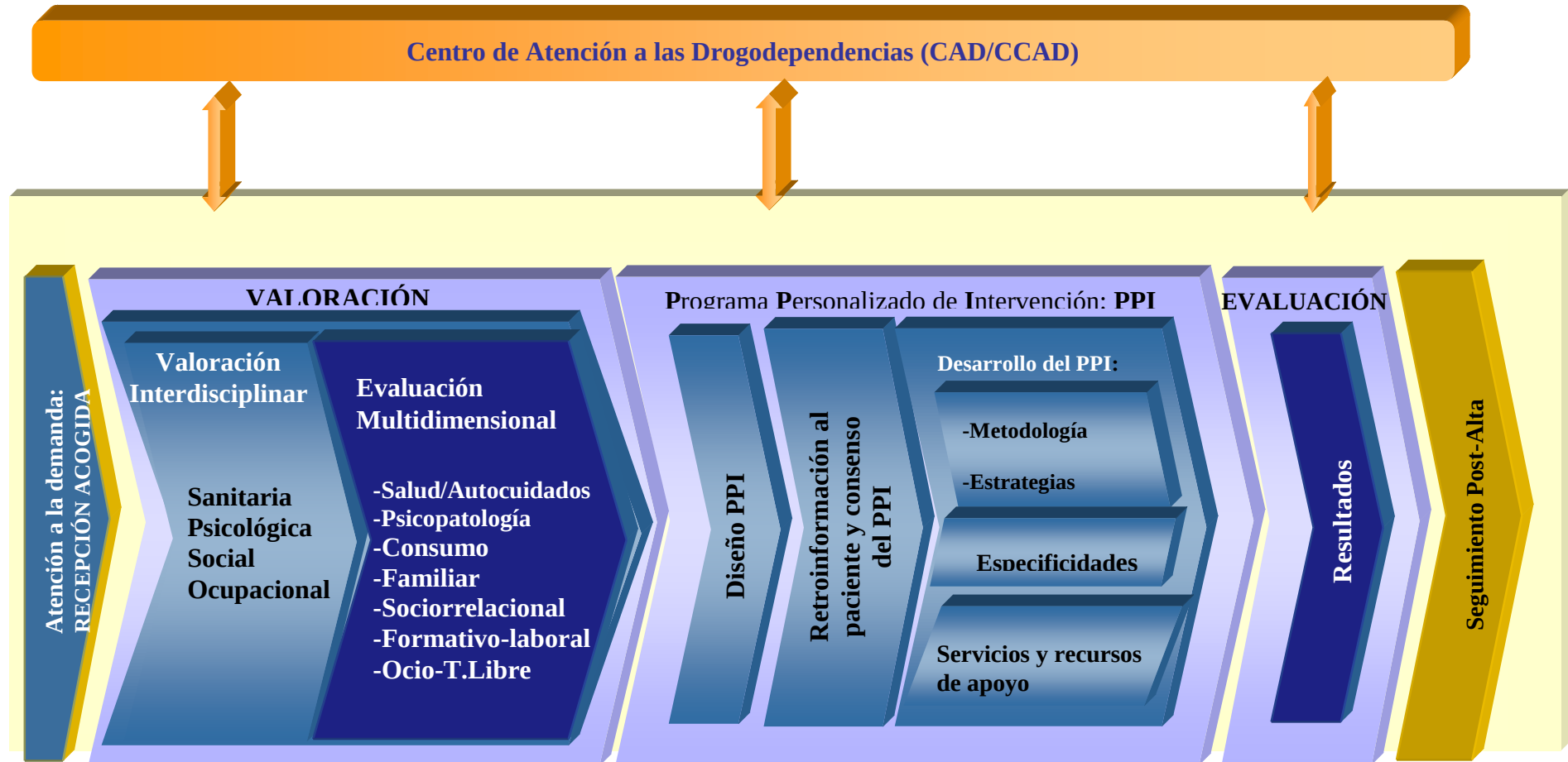
EL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL.

El Terapeuta Ocupacional, como miembro del equipo interdisciplinar de los CAD, tiene un importante papel que cumplir a lo largo de todo el proceso de atención integral de los pacientes. Desde la óptica de su disciplina profesional aporta una visión especial, que contribuye a enriquecer tanto la valoración como las actuaciones a desarrollar en los diferentes momentos del proceso terapéutico.

El Plan de Adicciones describe el proceso de atención integral en función de una serie de etapas. Si bien esta descripción resulta útil para la comprensión del proceso, la realidad de cada caso concreto nos hace ver cómo, en la práctica, dichas etapas no son siempre fáciles de delimitar, ya que están íntimamente interrelacionadas entre sí y pueden perfectamente producirse de forma simultánea en el tiempo. No obstante, tener claro el esquema teórico de intervención resulta necesario y facilita la comunicación interprofesional, necesaria para un abordaje coordinado del tratamiento del paciente.

El diagrama siguiente recoge todo el proceso de intervención con sus etapas.

PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS DROGODEPENDENCIAS



7.1. Atención a la demanda inicial.

El primer contacto que el drogodependiente y/o su familia tiene con el CAD suele realizarse a través del personal administrativo. Este primer contacto, que puede realizarse de manera presencial o telefónica es lo que denominamos “**recepción**” y servirá, entre otras cosas para realizar una primera recogida de datos (datos iniciales) y para asignar una primera cita con un técnico del equipo.

Esta primera cita con un técnico es lo que llamamos “**acogida**” y puede ser realizada por un profesional perteneciente a cualquiera de las áreas que integran el equipo interdisciplinar: sanitaria, social, psicológica y ocupacional. Tanto si es el Terapeuta Ocupacional el que realiza la entrevista de acogida como si está a cargo de cualquier otro profesional, será necesario cubrir una serie de objetivos que recoge el [Plan de Adicciones](#):

- Escucha activa de la demanda.
- Recabar información mínima imprescindible.
- Comprobar si existe algún motivo de prioridad en la atención.
- Dar información y orientar sobre las actuaciones posibles, canalizando aquellas demandas que no correspondan al Centro hacia los servicios más adecuados.
- Generar empatía y establecer el vínculo terapéutico, que favorezca la retención y minimice los abandonos en estas fases iniciales, que suponen un mayor riesgo.
- Motivar al paciente para iniciar el proceso de atención.
- Asignar cita o citas con los profesionales que vayan a intervenir en la valoración.

A través de la información recogida en la entrevista de acogida, podrá realizarse un primer análisis de la demanda del paciente y/o su familia así como de su motivación y expectativas frente al tratamiento. Resulta también un marco idóneo para reforzar y apoyar el deseo de cambio del paciente para ayudarle a salir de su ambivalencia inicial. Así mismo, en este espacio podrán cumplimentarse otros instrumentos de recogida sistemática de información, realizar una indicación inicial de tratamiento y firmar el contrato terapéutico correspondiente.

7.2. Valoración interdisciplinar.

La valoración interdisciplinar supone contemplar los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ocupacionales del paciente para establecer, en base a ellos, un plan de intervención integral. Esta valoración interdisciplinar se lleva a cabo a través de entrevistas con profesionales pertenecientes a cada una de las áreas. La información así recogida y la posterior puesta en común de la misma permite realizar una evaluación multidimensional del paciente.

Por lo que se refiere al área ocupacional es en esta etapa en la que el Terapeuta Ocupacional, mediante entrevistas con el paciente y/o con éste y su familia cumplimenta la *Historia Ocupacional*, que es el instrumento más importante, tanto para la recogida sistemática de la información, como para inferir las necesidades o hipótesis de trabajo por parte del Terapeuta Ocupacional en los siguientes aspectos:

- Hábitos y rutinas cotidianas y nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria (AVD), básicas (ABVD), Instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD).
- Roles ocupacionales en los ámbitos familiar, social y formativo-laboral.
- Nivel de adecuación en cuanto a la utilización del tiempo libre: Proyectos, tipo de actividades de ocio que realiza (saludable, de riesgo) y/o por las que se manifiesta interés y grado de satisfacción que experimenta.
- Capacidad de desempeño de destrezas sensorio-motoras, cognitivas y de interacción y comunicación interpersonal, tanto objetiva como subjetiva.
- Entorno/Contexto ocupacional: Factores ocupacionales de riesgo y protección presente en los entornos físico, socio-familiar, productivo y de tiempo libre.

Para facilitar la valoración y la recogida objetiva de información sobre el paciente, el Terapeuta Ocupacional utiliza también, escalas estándar como la Escala de OPHI-II (escala de identidad ocupacional), la Escala de Allen (inventario de rutinas diarias), la Escala de MoCA (test de cribado para el deterioro cognitivo leve).

Además se utilizan también escalas elaboradas por Terapeutas Ocupacionales pertenecientes al Instituto de Adicciones, escalas que han mostrado su utilidad para el trabajo clínico con los pacientes, como la EAVDA (Evaluación de actividades de la vida diaria en adicciones) o escalas que se han adaptado a partir de otras ya existentes, como el Cuestionario de intereses y ocupación del tiempo libre. Todos recogidos en los anexos de este protocolo.

El estudio y **diagnóstico ocupacional** incluirá información acerca de los aspectos mencionados y explorará también la volición del paciente, es decir, los logros o cambios que desea, en base a los cuales podremos establecer posteriormente con él los acuerdos u objetivos de la propuesta de intervención ocupacional. Estos objetivos se irán revisando periódicamente en un proceso dinámico, que permitirá disponer de una información actualizada del desempeño ocupacional del paciente.

Junto a este diagnóstico ocupacional se tendrá en cuenta también la información recogida en la entrevista de acogida respecto de otras variables no específicas del área ocupacional, que también van a influir en la forma de intervención, como:

- Consumo: sustancias de las que abusa o depende, intensidad y frecuencia, etc.
- Motivación para el tratamiento, ya sea interna o externa (debida a presiones familiares, judiciales, etc.).

- Pertenencia a colectivos con necesidades especiales: adolescentes y jóvenes, paciente con patología dual, personas sin hogar, diferencias culturales o idiomáticas, etc.

Con toda la información recogida el Terapeuta Ocupacional podrá realizar un diagnóstico del desempeño ocupacional del paciente y una propuesta de intervención ocupacional que aportará al resto del equipo como complemento de la valoración interdisciplinar, que se reflejará en la evaluación multidimensional y el posterior diseño del programa personalizado de Intervención (PPI).

7.3. Evaluación multidimensional y diseño del Programa Personalizado de Intervención (PPI).

El modelo de atención integral del Instituto de Adicciones señala siete dimensiones a tener en cuenta en la evaluación y posterior tratamiento de los pacientes drogodependientes. Estas dimensiones, ejes o vectores son:

- Salud y auto-cuidados.
- Psicopatología.
- Consumo de sustancias.
- Familiar.
- Socio-relacional.
- Formativo-laboral.
- De ocio.

El *“Sistema de evaluación multidimensional”* o *“Sistema de evaluación objetiva de resultados del tratamiento”* es un instrumento, que permite recoger información precisa y cuantificable sobre las dimensiones señaladas. Partiendo de la dirección que marcan los objetivos a lograr en cada una de las dimensiones este instrumento aporta una serie de indicadores, que permiten conocer la situación del paciente, fijar los objetivos que se pretenden conseguir en cada uno de los vectores y realizar un seguimiento de la evolución del paciente en todas las áreas.

La cumplimentación de este instrumento corresponde al equipo interdisciplinar, existiendo indicadores específicos de las diferentes disciplinas profesionales y otros indicadores más generales, cuya cumplimentación corresponde al profesional de referencia del paciente, sea cual sea su profesión. En cualquier caso, la información obtenida facilita una visión global del paciente, de la que pueden disponer todos los miembros del equipo interdisciplinar.

La aportación más específica del área ocupacional se refleja principalmente en los indicadores correspondientes a los ejes socio-relacional, formativo-laboral y de ocio y, en menor medida, en los ejes familiar, psicopatología, salud y auto-cuidados y consumo de sustancias.

La *Historia Ocupacional* explora ya una serie de variables que se corresponden con los indicadores de este Sistema y permite aportar datos sobre:

- Relaciones y vínculos sociales fuera del ámbito de consumo.
- Habilidades sociales: resolución de conflictos, expresión de sentimientos...
- Utilización de recursos comunitarios normalizados.
- Grado de autonomía en el núcleo convivencial (económica y funcional).
- Inquietudes e intereses formativo-laborales.
- Nivel de ajuste entre expectativas formativo-laborales y situación personal real.
- Conocimientos y destrezas para el desempeño laboral.
- Actividad laboral y grado de satisfacción con la misma.
- Diversificación de intereses de ocio saludable.
- Actividades de ocio y gestión del tiempo libre.
- Destrezas físicas, cognitivas y afectivo-sociales para la realización de actividades de ocio.
- Tipo de ocio (saludable/de riesgo, individual/grupal) y grado de satisfacción con el mismo.
- Cumplimiento de normas, límites y responsabilidades familiares.
- Grado de afectación de las capacidades cognitivas y de la funcionalidad ocupacional.

Por otra parte, el Terapeuta Ocupacional, en su papel como Profesional de referencia, deberá además recoger otras informaciones necesarias para completar la evaluación multidimensional.

A partir de los resultados de esta evaluación, el equipo diseña el programa personalizado de intervención (PPI) adecuado a la situación del paciente y que deberá incluir:

- Los objetivos que se pretenden conseguir en cada uno de los ejes o vectores.
- Las estrategias terapéuticas más adecuadas para la consecución de dichos objetivos.
- La planificación de las actuaciones de las distintas áreas y de la utilización de recursos de apoyo que se consideren necesarios.

Una vez diseñado el PPI, deberá ser transmitido y consensado con el paciente, explicándole todas las actuaciones previstas, el papel que el paciente y la familia juegan en las mismas y las razones que justifican ese plan de intervención.

7.4. Desarrollo del PPI.

Una vez definido y aceptado por el paciente el programa de intervención se procede al desarrollo del mismo o puesta en práctica de las actuaciones específicas desde las distintas áreas y la implicación de los recursos precisos, ya sean servicios y recursos propios del Instituto de Adicciones o externos al mismo.

El desarrollo del programa de intervención tendrá en cuenta la evolución del paciente con un seguimiento continuo que permita introducir modificaciones en caso necesario.

A continuación veremos cuáles son las aportaciones y estrategias de intervención del Terapeuta Ocupacional en el desarrollo del PPI a nivel ambulatorio.

7.4.1. Aportaciones del Terapeuta Ocupacional.

Si bien los objetivos a conseguir son compartidos por todos los profesionales que atienden al paciente, las distintas áreas profesionales tendrán diferente especificidad y aportarán estrategias, técnicas y contenidos de intervención diferentes y complementarios.

En las siguientes tablas, y partiendo del Sistema de Evaluación Multidimensional, se describen los contenidos a trabajar, las actuaciones y los instrumentos de apoyo del Terapeuta Ocupacional para la consecución de los objetivos específicos:

EJE 1: SALUD/AUTOCUIDADOS

OBJETIVO GENERAL

Reducir y controlar los riesgos y daños asociados y/o producidos por el consumo de drogas. Conseguir hábitos saludables.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Terapeuta Ocupacional/PR	Instrumentos de apoyo (técnicas prestaciones, recursos)
1. Conseguir y mantener un estado nutricional adecuado. 2. Conseguir y mantener hábitos de higiene saludables. 3. Adquirir y mantener una sexualidad saludable. 4. Conseguir y mantener la adherencia al tratamiento. 5. Prevenir y controlar las patologías asociadas e/o inducidas por el consumo de drogas para mejorar la calidad de vida.	• ABVD: relacionadas con hábitos de salud (sueño, alimentación, etc.). • AIVD: relacionadas con el cumplimiento de pautas farmacológicas y con la actividad física. • AAVD: seguimiento de prescripciones médicas, hábitos preventivos de salud. • Adherencia al tratamiento. • Motivación al cambio del nuevo estilo de vida. • Autonomía del autocuidado. • Rehabilitación /Habilitación. • Prevención y promoción de la salud. • Minimización de la Dependencia Ocupacional.	- Evaluación de las AVD. - Identificación de dificultades en el desempeño de las AVD. - Entrenamiento en la estructuración de hábitos y rutinas diarias saludables. - Información y apoyo al paciente para el logro de un equilibrio entre el tiempo que dedica a sus ocupaciones y espacios centrados en el autocuidado. - Apoyo y motivación para realizar el diseño de plan de intervención terapéutico-ocupacional individualizado orientado al cambio hacia la eficacia y la satisfacción personal. - Refuerzo de las conductas de autocuidado de hábitos de salud.	▪ Diagnostico terapéutico-ocupacional. ▪ Historia ocupacional mediante entrevista motivacional individual y familiar semi-estructurada. ▪ Planificación y registros del itinerario de competencias ocupacionales. ▪ Grupo de actividades de Terapia Ocupacional. ▪ Grupo de inicio de Terapia Ocupacional.

EJE 2: PSICOPATOLOGÍA

OBJETIVO GENERAL

Lograr la mayor estabilidad psíquica del paciente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Terapeuta Ocupacional	Instrumentos de apoyo (técnicas prestaciones, recursos)
1. Restablecer el contacto con la realidad, alterado por trastornos del pensamiento y/o la percepción. 2. Reducir el nivel de ansiedad patológico. 3. Estabilizar el estado de ánimo. 4. Incrementar la capacidad de autocontrol del sujeto y minimizar el riesgo de violencia. 5. Minimizar el riesgo de suicidio. 6. Optimizar las capacidades cognitivas del paciente para que sea funcional.	• Identidad Ocupacional. Roles Ocupacionales. Proyectos e inquietudes. • Manejo de la ansiedad. Estabilidad emocional. • Autocontrol, control de impulsos. • Identificación de la realidad. • Capacidades cognitivas. • Deterioro cognitivo y su prevención. • Funciones ejecutivas. • Tolerancia a la frustración. • Sociacialización.	- Detección de sintomatología psicopatológica. - Técnicas de relajación y control de estrés. - Apoyo/refuerzo al paciente en la identificación de roles, proyectos de futuro habilidades y limitaciones a mantener o conseguir. - Contención y apoyo a la normalización. - Confrontación, puesta en común, debates. - Instrumentos de autoayuda. - Juego de roles y dinámica de grupo. - Habilitación/Rehabilitación de destrezas, habilidades sensoriomotoras, cognitivas, psicosociales.	▪ Auto-registros. ▪ Entrevista de seguimiento individualizada y familiar. ▪ Grupo de actividades de Terapia Ocupacional. ▪ Ludoterapia, musicoterapia (como apoyo/complemento). ▪ Estimulación Cognitiva. ▪ Relajación. ▪ Grupo de actividades físico-deportivas. ▪ Recursos comunitarios de la red normalizada.

EJE 3: CONSUMO

OBJETIVO GENERAL

Lograr la abstinencia, la máxima reducción del consumo o el consumo de menor riesgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Terapeuta Ocupacional	Instrumentos de apoyo (técnicas prestaciones, recursos)
1. Conocer e identificar los efectos y riesgos de las drogas que consume. 2. Abandonar o reducir el consumo de las drogas para las que solicita tratamiento. 3. Evitar o reducir el consumo de drogas que no han generado la demanda. 4. Evitar o reducir los daños y riesgos asociados al consumo. Vía de consumo. 5. Evitar, disminuir o distanciar las recaídas y reducir su impacto.	• Conciencia de problema. • Abstinencia en el consumo de drogas. • Reducción del daño. • Estabilización, mantenimiento y consolidación de la abstinencia. • Factores de riesgo y factores de protección para la consolidación de la abstinencia.	- Apoyo y Contención. - Motivación del paciente para lograr su implicación en el tratamiento y la orientación al cambio. - Estrategias de intervención ocupacional: ○ Evaluación y seguimiento de hábitos y rutinas cotidianas, roles y proyectos de futuro. ○ Identificación de áreas de desempeño (productiva, OYTL, AVD) con disfunción ocupacional ○ Concienciar/sensibilizar al paciente sobre sus limitaciones y fortalezas/talento (potencialidades), propias y del entorno.	▪ Seguimiento en entrevista individual/familiar ▪ Intervención en Grupos Terapéuticos: ○ Grupo de inicio de TO. ○ Grupo de actividades de Terapia Ocupacional. ○ Actividades físico-deportivas. ○ Educación para la Salud (participación con área sanitaria). ○ Prevención de recaídas (en participación con otras áreas).

EJE 4: FAMILIAR

OBJETIVO GENERAL

Conseguir y mantener unas relaciones familiares adecuadas y satisfactorias para el paciente

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Terapeuta Ocupacional	Instrumentos de apoyo (técnicas prestaciones, recursos)
1. Tomar conciencia de su disposición en la estructura y dinámica familiar y mejorar su funcionalidad. 2. Identificar la función del consumo y generar alternativas. 3. Adecuar el grado de implicación de la familia en el tratamiento. 4. Afrontar las diferentes situaciones de crisis de forma eficaz, minimizando las repercusiones de la historia familiar.	• Desempeño de roles. • Normas límites comunicación y responsabilidades familiares. • Ocio familiar, actividad ocupacional compartida. (ocio/tiempo libre).	- Identificación de los roles familiares en cuanto al desempeño de funciones ocupacionales. - Asesoría y orientación familiar para: ○ Motivación de la familia para lograr su implicación en el proceso de tratamiento/cambio. ○ La adecuación de roles, la eficacia relacional y el reparto de responsabilidades ocupacionales. ○ La capacidad de negociación familiar y el manejo de límites, normas y valores. ○ La emancipación e individuación desde la autonomía y la independencia personal.	▪ Seguimiento en entrevista conjunta familiar. ▪ Entrevistas orientativas y motivacionales con familia extensa y/o personas significativas. ▪ Grupos terapéuticos: ○ Grupo para familiares. ○ Grupos mixtos paciente / familia (en colaboración con otros profesionales).

EJE 5: SOCIO-RELACIONAL

OBJETIVO GENERAL

Conseguir y mantener unas relaciones sociales saludables.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Terapeuta Ocupacional	Instrumentos de apoyo (técnicas prestaciones, recursos)
1. Establecer y mantener vínculos sociales fuera del ámbito del consumo. 2. Adquirir, potenciar y mejorar las habilidades sociales. 3. Adquirir y mantener una actitud social autónoma y responsable. 4. Conocer y utilizar adecuadamente los recursos sociales normalizados. 5. Lograr la autonomía en relación al núcleo de convivencia.	• Comunicación y expresión. • Vínculos y relaciones interpersonales. • Autonomía e independencia personal. • Recursos personales y habilidades sociales para la competencia ocupacional. • Itinerario ocupacional. • Integración en recursos comunitarios normalizados (de ocio, laborales, formativos...). • Grupo de iguales. • Socialización. • Valores de convivencia social.	- Fomento, facilitación y entrenamiento (rehabilitación) en : ○ Capacidades de pensamiento lógico, abstracto y simbólico. ○ Síntesis, adaptación, improvisación. ○ Creatividad, adaptabilidad. ○ Lenguaje verbal y no verbal. ○ Toma de conciencia para el cambio de la alienación ocupacional. ○ Conciencia y procesamiento sensorial. ○ Destrezas psicosociales y generalización del aprendizaje. ○ Aplazamiento de demandas. ○ Manejo de las emociones y sentimientos. ○ Control de impulsos. ○ Minimización del Desequilibrio Ocupacional. ○ Asertividad y manejo de la presión de grupo. ○ Crítica y autocrítica. ○ Educación en valores.	▪ Grupo de actividades de Terapia Ocupacional. ▪ Ludoterapia. ▪ Actividad físico-deportiva. ▪ Estimulación cognitiva. ▪ Taller de Radio. ▪ Taller de lectura y escritura creativa. ▪ Taller de Ocio. ▪ Grupo de actividades de la vida diaria y habilidades sociales.

EJE 6: FORMATIVO LABORAL

OBJETIVO GENERAL

Conseguir y mantener una formación y/o trabajo adecuada, satisfactorio y estable.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Terapeuta Ocupacional	Instrumentos de apoyo (técnicas prestaciones, recursos)
1. Fomentar la motivación e implicación del paciente en su proceso de formación y empleo.	• Volición profesional. • Intereses formativos y laborales.	- Exploración vocacional. - Orientación y apoyo para la construcción del itinerario del proyecto personal de inserción socio-laboral.	▪ Registros y auto-registros en Historia Ocupacional. ▪ La entrevista ocupacional, refuerzo en intervención individual y/o familiar.
2. Ajustar las expectativas formativo- laborales del usuario en función de su perfil profesional y de la situación del mercado laboral.	• Capacidades y limitaciones personales percibidas y no percibidas. • Adaptaciones laborales y apoyos externos. • Itinerario Ocupacional.	- Orientación y asesoramiento sobre recursos formativo-laborales adecuados a la situación del paciente (en colaboración con el Trabajador Social). - Habilitación de las aptitudes para el desempeño en la ocupación laboral o formativa. - Valoración en el paciente el grado de ajuste que presenta con la realidad socio-laboral-formativa y ocupacional. - Apoyo y orientación al paciente para facilitar una visión realista acerca de sus potencialidades y limitaciones ocupacionales y profesionales.	▪ Grupo de actividades de la vida diaria y habilidades sociales. ▪ Grupo de estimulación cognitiva ▪ Servicio de Orientación Laboral (SOL). ▪ Coordinación con mediadores sociales y recursos comunitarios.
3. Adquirir herramientas para conseguir el mayor grado posible de capacitación laboral, en orden a incrementar la empleabilidad.	• Aptitudes/actitudes: destrezas y habilidades funcionales para el desempeño ocupacional orientadas hacia la formación y el empleo (componentes sensoriales motores cognitivos y sensoriales).	- Entrenamiento adecuación y habilitación para mejorar/recuperar las fortalezas socio-ocupacionales básicas para la competencia laboral/formativa (comunicación, estrategias, responsabilidad, constancia, tolerancia al esfuerzo y la frustración etc.).	• Coordinación y seguimiento con recursos de apoyo a la reinserción en colaboración con los trabajadores sociales del equipo: Recursos formativo-laborales normalizados, Agencia para el empleo, centros culturales, ONG y otras entidades.
4. Conseguir que su situación laboral sea adecuada a su situación vital.	• Etapas evolutivas/niveles de empleabilidad.	- Motivación hacia recursos de trabajo protegido y/o tareas de integración social en recursos alternativos. - Apoyo y orientación a los pacientes con patologías invalidantes para el trabajo reglado en la planificación de actividades alternativas adecuadas a su situación.	

EJE 7: OCIO

OBJETIVO GENERAL

Lograr la organización proactiva del tiempo libre y el disfrute de un ocio saludable.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Terapeuta Ocupacional	Instrumentos de apoyo (técnicas prestaciones, recursos)
1. Lograr el mayor grado posible de motivación para el ocio y el desarrollo de intereses para un ocio saludable.	- El Ocio Saludable para el bienestar del individuo. - Organización del tiempo libre. - Intereses para actividades de ocio: deportivas, culturales, lúdico-recreativas, sociales y relacionadas con tecnologías de la información y comunicación. - Estilo de vida normalizado. - Estilo de vida adaptativo. - Estilo de vida competente. - Ocio responsable. - Itinerario Ocupacional.	- Evaluación de la competencia Ocupacional en el TL. - Facilitar propuestas de ocio saludable alternativas al consumo de drogas. - Propiciar en el paciente la capacidad para diseñar y planificar su ocio de una forma autónoma y creativa. - Estimular el interés por actividades de ocio que faciliten la participación social, familiar y la cooperación. - Promover en el paciente una actitud crítica frente a actividades y formas de ocio de riesgo para su salud. - Promover la Implicación del paciente en el proceso de activación en tareas de satisfacción personal. - Educación en el ocio desde los diferentes modelos de aprendizaje.	- Entrevista individualizada para el ocio en el Tiempo Libre (TL). - Itinerario/compromiso de actividades de ocio saludable. - Grupo de actividades de Terapia Ocupacional. - Grupo de actividad físico-deportiva. - Taller de radio. - Taller de lectura y escritura creativa. - Taller de ocio. - Voluntariado. - Recursos normalizados de ocio saludable.
2. Optimizar las competencias para organizar el tiempo y las actividades.	- Conciencia de la capacidad de organización del ocio en el TL para el cambio de estilo de vida. - Capacidad de adaptabilidad, eficacia ocupacional y actitudes positivas hacia la vida. - Capacidad para decidir y elegir.	- Evaluación y seguimiento competencia ocupacional pacientes en TL. - Orientación y apoyo al paciente para que pueda vivenciar y desarrollar actividades de ocio, descubrir e integrar hábitos saludables en el TL y reducir la sensación de aburrimiento. - Ayudarlo a descubrir, a través de las actividades lúdicas, sensaciones de satisfacción personal en su desarrollo y sus interacciones interpersonales.	
3. Lograr el adecuado desarrollo de actividades de ocio saludable, tanto solitario como compartido y la disminución de las actividades de ocio de riesgo.	- Ocio solitario y ocio compartido. - Capacidad de Identificación del ocio de riesgo y del ocio saludable.	- Diseño de itinerarios de ocio y TL. (el paciente participa en el diseño evaluación y re-evaluación). - Refuerzo de la Incorporación de nuevos hábitos de ocio saludable en la vida del paciente. - Valoración de la dinámica familiar y detección de posibles necesidades de orientación y apoyo, para la incorporación de actividades de ocio familiar y social saludable.	

7.4.2. Estrategias de intervención.

Las estrategias de intervención del área ocupacional incluyen intervenciones individuales y grupales, tanto con el paciente como con la familia, encaminadas a conseguir los acuerdos establecidos para la mejora del desempeño ocupacional en cuanto a hábitos y rutinas cotidianas, roles de vida, ocupación del tiempo libre, desempeño de destrezas y factores de protección del entorno. La intervención incluye además una valoración continua y seguimiento de los cambios logrados, que serán revisados periódicamente.

Intervención individual con el paciente: La técnica utilizada es la entrevista en sus diversas modalidades, tanto en cuanto a la estructura (estructurada, semiestructurada o libre) como en cuanto a los objetivos de la misma (diagnóstica, motivacional...). La intervención individual comienza en el momento de la valoración puesto que, a través de los ítems explorados, se incide ya sobre las necesidades y/o deseos de cambio del paciente. La línea de intervención prioriza los aspectos motivacionales, implicando directamente al paciente en la evolución de su proceso terapéutico.

La intervención individual complementa en unos casos la intervención grupal y, en otros, cuando no sea pertinente o posible la incorporación a grupos, constituye la única fórmula de intervención.

Las principales temáticas que constituyen la intervención individual con los pacientes hacen referencia a las áreas del desempeño ocupacional: actividades de la vida diaria (AVD), actividades productivas y actividades de ocio y tiempo libre (OTL) y a los componentes del desempeño ocupacional (sensoriales, motores, cognitivos y psicosociales).

En función de la valoración propia del Terapeuta Ocupacional, se pondrán en marcha diferentes intervenciones. Podemos, por ejemplo, realizar un entrenamiento en relajación, asesoramiento al paciente para la planificación adecuada de las rutinas diarias, estimulación de las capacidades cognitivas, motivación para la ocupación saludable del tiempo libre, promover la utilización de recursos normalizados, o realizar el seguimiento de los acuerdos y tareas marcadas.

Intervención grupal: Este tipo de intervención complementa las intervenciones individuales y permite utilizar la fuerza y capacidad motivacional del grupo para dar respuesta a las necesidades terapéuticas de los pacientes teniendo en cuenta los diversos estadios de cambio en que se encuentran. El grupo es el marco por excelencia en el que la Terapia Ocupacional desarrolla y aplica técnicas y estrategias propias de su disciplina para promover el cambio en las actitudes, conductas, emociones y hábitos, necesarios para el logro de los objetivos terapéuticos con cada paciente, siendo la actividad el vehículo que promueve dichos cambios y que favorece la progresiva autonomía en el desempeño cotidiano.

El entorno grupal actúa como una estructura de apoyo que facilita la socialización, el entrenamiento y la experimentación. La tipología de intervención grupal desde el área

ocupacional es amplia, quedando reflejada de forma específica en el punto 9 de este protocolo, en el que se ofrece información sobre los diferentes grupos que suelen constituirse en los CAD, bajo la responsabilidad del Terapeuta Ocupacional.

Intervención familiar: Si bien la intervención familiar es muy importante y suele resultar de gran utilidad, en especial en colectivos como el de adolescentes y jóvenes, no siempre es posible llevarla a cabo, debido entre otras razones a la existencia de un amplio porcentaje de pacientes que acuden solos a tratamiento y que presentan numerosos obstáculos para retomar las relaciones familiares, como ocurre con la población sin hogar; en otros casos es el propio paciente quien no da su consentimiento para incorporar a la familia al tratamiento.

En los casos en los que la intervención familiar es posible, esta suele iniciarse ya desde las primeras fases del tratamiento, pudiendo realizarse, tanto en su fórmula individual, con una familia sola, como en la grupal. Tanto en una como en otra fórmula, desde el área de Terapia Ocupacional se incidirá en todos aquellos aspectos relacionados con las AVD, productivas y de ocio y tiempo libre. Un ejemplo es el refuerzo de hábitos y costumbres familiares funcionales y las actividades orientadas a modificar los hábitos o conductas familiares disfuncionales. Así, se trabajan temas como el establecimiento de normas y límites adecuados en el medio familiar, la cooperación y el reparto equitativo de tareas, la promoción de actividades compartidas, la asunción de responsabilidades por parte del paciente, etc., de modo que tanto la participación como el apoyo en el tratamiento por parte de la familia sea adecuado al momento y proceso de tratamiento.

7.5. Coordinación.

La coordinación en el marco de trabajo de un equipo interdisciplinar, resulta imprescindible. Por otra parte, la intervención con los pacientes requiere, en muchas ocasiones, la participación y la utilización de recursos externos al propio CAD, pertenecientes o no al Instituto de Adicciones. Con todos ellos la coordinación es también esencial.

Existen dos tipos de coordinaciones necesarias en el desempeño de las funciones del Terapeuta Ocupacional.

Internas: Coordinaciones como miembro del Equipo Interdisciplinar con el resto de técnicos para el diseño y elaboración del PPI de los pacientes que demandan tratamiento en el Centro, así como para el seguimiento y evaluación continúa del mismo. Para facilitar esta tarea, la planificación del trabajo de los Centros de atención contempla la reserva de los espacios que resulten necesarios.

Externas: Coordinación con aquellos recursos de apoyo, propios del ámbito profesional del Terapeuta Ocupacional, a los que se deriva a los pacientes para el desarrollo de actividades,

continuas o puntuales, relacionadas con las áreas formativo-laboral y de ocio. Entre las coordinaciones más frecuentes podemos citar:

- Monitores deportivos y/o voluntarios que apoyan las actividades deportivas.
- Asociaciones con las que se realizan actividades, como talleres, cursos formativos, etc.
- Recursos comunitarios de los diferentes distritos, que colaboran facilitando su infraestructura o el acceso de los pacientes a su programa de actividades. En esta línea es interesante destacar el importante papel que han realizado un buen número de emisoras de radio locales.
- Centros y equipamientos deportivos, como los polideportivos municipales.
- Entidades y centros de tipo cultural o de ocio como museos, salas de exposiciones, etc. con cuya colaboración se programan visitas puntuales.

La programación de estas coordinaciones se realiza en cada caso entre el Terapeuta Ocupacional y el responsable de cada recurso.



8 INTERVENCIÓN CON COLECTIVOS CON NECESIDADES ESPECIALES.

El Plan de Adicciones en el que se inscribe este protocolo, contempla la necesidad de realizar una intervención individualizada en base a una evaluación multidimensional y un programa personalizado (PPI). Este mismo Plan considera prioritario dedicar un esfuerzo especial de adaptación y de asignación de recursos a aquellos colectivos o grupos sociales que plantean especiales dificultades o necesidades.

El Terapeuta Ocupacional tiene un papel importante que cumplir en la intervención con estos colectivos, tanto a nivel individual como grupal, articulando sus actuaciones en función del momento en el que se encuentra el paciente en relación a su adicción y a las demás dimensiones de su programa personalizado de intervención (PPI): salud, relaciones sociales, etc., así como sus intereses, motivaciones, valores, pautas de comportamiento y percepción de su entorno.

A continuación se reseñan los colectivos con necesidades especiales, que recoge el Plan de Adicciones 2011 – 2016:

- Adolescentes y jóvenes.
- Mujeres en especial situación de vulnerabilidad.
- Pacientes con bajo potencial de cambio que requieren tratamientos prolongados.
- Pacientes con patología dual.
- Drogodependientes sin hogar.
- Personas con necesidades especiales debido a diferencias de origen, cultura o idioma.
- Personas con conflictos legales o judiciales.

El Terapeuta Ocupacional tiene asignado un claro papel en el proceso de intervención de una parte sustancial de los pacientes atendidos en los CAD, pertenezcan o no a alguno de los colectivos mencionados. No obstante, las necesidades especiales que están frecuentemente presentes en estos colectivos hace necesaria una intervención diferenciada desde la Terapia Ocupacional, o bien en algunos casos, una intervención de mayor intensidad.

Entre las actuaciones del Terapeuta Ocupacional no exclusivas pero sí a destacar respecto de estos colectivos podemos señalar las siguientes:

- Valoración ocupacional en las áreas de desempeño ocupacional tales como actividades de la vida diaria (AVD), actividades de ocio o actividades productivas. Resulta especialmente importante tener en cuenta el momento evolutivo-madurativo, en especial en el caso de los adolescentes y jóvenes. La identificación de posibles déficits o distorsiones en esta valoración orientará la fijación de objetivos terapéuticos y el seguimiento. Con el colectivo de adolescentes resulta así mismo esencial, realizar al tiempo una supervisión de pautas y límites familiares respecto de la realización de las AVD, el desarrollo de aficiones y hábitos, así como de la utilización del tiempo libre.
- Detección e identificación de síntomas o situaciones desestabilizadoras que impidan el buen desarrollo de destrezas y competencias ocupacionales. En el caso de pacientes pertenecientes a los colectivos señalados pueden existir con mayor frecuencia este tipo de síntomas o situaciones, que es necesario abordar.
- Propiciar la implicación de los pacientes en el diseño y planificación de su ocio de forma autónoma y creativa. Este proceso de participación favorece la responsabilidad individual y el empoderamiento, lo que supone un factor de protección, que resulta especialmente importante en los grupos más vulnerables y en especial en los adolescentes y jóvenes.
- Orientación, apoyo y refuerzo del desempeño de las AVD, tanto de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), las actividades instrumentales (AIVD) y actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). Los colectivos señalados presentan con mayor frecuencia una desestructuración de estas capacidades, que es necesario revertir para evitar situaciones de mayor riesgo. Los pacientes con bajo potencial de cambio, las personas sin hogar o las que presentan diferencias de origen, cultura o idioma pueden experimentar mejoras significativas en su proceso de cambio y lograr una mayor integración y sentimiento de pertenencia a través de la mejora en el desempeño de estas actividades.
- Utilización de las actividades propiciadas desde la Terapia Ocupacional para favorecer en los pacientes las relaciones y vínculos sociales y el sentimiento de pertenencia a grupos en los que la adicción no sea el eje conductor. Esto resulta especialmente útil en colectivos como los mencionados, que presentan frecuentemente una dificultad añadida para la participación social y la integración en grupos normalizados.

9 INTERVENCIÓN GRUPAL DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

9.1. El Terapeuta Ocupacional y la intervención grupal en un CAD.

Desde la puesta en marcha de los primeros Centros de Atención a las Drogodependencias del Ayuntamiento de Madrid, se ha contado con las aportaciones que desde la Terapia Ocupacional se han venido haciendo a la intervención en drogodependencias. En la actualidad el Instituto de Adicciones contempla las actuaciones que se realizan desde esta disciplina profesional, como un modo de intervención específica en el marco del tratamiento ambulatorio de las drogodependencias.

Unos de los objetivos de intervención prioritaria contemplados en el modelo de atención integral a las drogodependencias descrito más arriba es conseguir que se produzcan cambios en el estilo de vida de las personas afectadas por una drogodependencia, cambios en los que se apoya tanto el proceso de tratamiento como la integración social de los pacientes. Podemos decir que, así como se hace necesaria la abstinencia en el consumo de drogas para que puedan lograrse determinados cambios positivos en el estilo de vida, también estos cambios facilitan la propia abstinencia. De este modo, este proceso de transformación, objeto principal del tratamiento, conduce también, paralelamente, a la necesaria normalización e integración social del paciente.

La Terapia Ocupacional brinda posibilidades de intervención que pueden apoyar los diferentes tipos de intervenciones o de programas que se llevan a cabo con los pacientes en función de sus necesidades y características específicas y aporta técnicas de utilidad en los diferentes procesos: acogida, desintoxicación, deshabituación y reinserción.

Las necesidades y dificultades que presentan los pacientes y que deben ser abordadas en su proceso integral de tratamiento recorren un amplio abanico de posibilidades, que van, desde tomar conciencia de su problema y asumir la decisión de afrontarlo iniciando un tratamiento, hasta lograr la abstinencia en el consumo de sustancias y consolidarla en el marco en un nuevo estilo de vida.

Prochaska y Di Clemente (1983) definieron claramente las etapas de este complejo proceso tras estudiar la evolución de una serie de pacientes que realizaron con éxito un tratamiento

y dejaron de usar sustancias psicoactivas, planteando que el cambio que se produce desde la etapa inicial de consumo hasta la consolidación de la abstinencia se concreta en:

- *Etapa pre-contemplativa*, caracterizada por el hecho de que los pacientes no consideran necesario el cambio, ya que no son conscientes de la existencia de un problema que haya que solucionar.
- *Etapa contemplativa*, en la que los pacientes, si bien contemplan la necesidad del cambio y pueden plantearse a sí mismos ideas como: "debería dejar de consumir drogas...", aún no han hecho nada objetivo al respecto. En esta etapa los pacientes pueden ser ayudados a modificar o aumentar su motivación hacia el cambio, intentando lograr una colaboración o alianza terapéutica.
- *Etapa de decisión y acción*. En esta etapa nos encontramos con personas que se proponen firmemente el cambio y toman acciones específicas que lo indican, por ejemplo, consultan solicitando ayuda. Las intervenciones terapéuticas surten un mayor efecto cuando se realizan en esta etapa.
- *Etapa de mantenimiento de la abstinencia*. El cambio inicial ya se produjo y el paciente debe practicar lo adquirido para mantener conducta de abstinencia y evitar las recaídas.
- *Etapa de recaída*. Esta etapa fue considerada durante muchos años como el fracaso del tratamiento, otorgándole un estigma a la terapia de las adicciones que no poseen otras enfermedades crónicas que también presentan recaídas en su evolución, como hipertensión arterial, diabetes, etcétera. El resultado del tratamiento depende en gran medida del modo en que se trabajen las recaídas, por lo que resulta de gran importancia considerarlas como una etapa más del proceso. Si bien debe intentarse evitarlas, cuando se producen, debe aprovecharse la ocasión para reevaluar y aprender sobre los fallos de la estrategia propuesta.

Independientemente de cuál sea la etapa en la que, según este modelo, se encuentra el paciente cuando acude a tratamiento, resulta necesario incidir sobre los aspectos ocupacionales del individuo, siendo la meta conseguir la consolidación de los cambios ocupacionales y la instauración de unos nuevos hábitos más adaptativos, competentes y funcionales que le ayuden a alejarse de la dependencia/adicción.

La intervención de Terapia Ocupacional se hace efectiva tanto en la forma individual como en la grupal. Ambos tipos de intervención se configuran para dar respuesta a las necesidades terapéuticas que el paciente tiene en cada momento del proceso de tratamiento. Sin embargo es la intervención grupal, la que adquiere una importancia fundamental en el marco del tratamiento ambulatorio que se lleva a cabo en los CAD, ya que aporta una serie de ventajas que potencian su capacidad de acción y permite, además, abordar y trabajar aspectos sobre los que no sería posible actuar a nivel individual.

El espacio grupal es el escenario facilitador del cambio por excelencia. La capacidad del grupo para movilizar y estimular el cambio positivo entre sus miembros viene determinada por la capacidad de influencia que tiene sobre los mismos. La estimulación de las dinámicas grupales positivas por parte del Terapeuta Ocupacional, en torno a una o a varias actividades resulta una herramienta que ha demostrado su gran utilidad en una serie de aspectos como los siguientes:

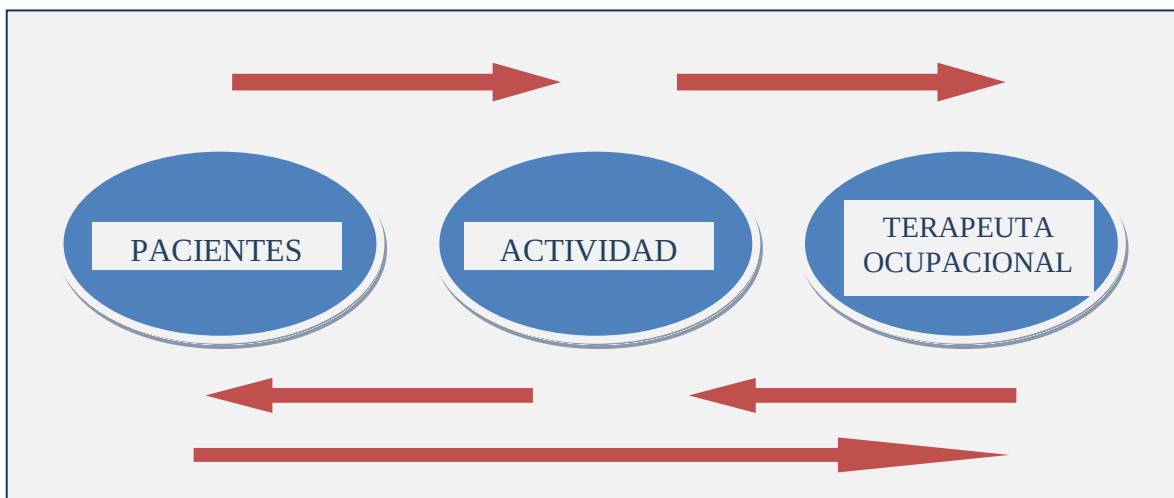
- El grupo es capaz de dar apoyo y seguridad a sus miembros en momentos de gran fragilidad o vulnerabilidad del paciente, en especial en las etapas iniciales del tratamiento.
- La posibilidad que oferta la actividad ocupacional grupal de experimentación, de ensayo, de entrenamiento de habilidades ocupacionales y de recursos competenciales o de investigación facilita, en un marco minimizado de riesgos, como en un laboratorio, el posterior desarrollo de lo adquirido en los contextos de vida normalizados.
- La actividad ocupacional grupal favorece en los pacientes la percepción de sí mismos y de su situación a través de la actividad y del espejo que suponen los otros y facilita la reflexión realista acerca de su situación y posibilidades.
- A través de la actividad grupal se crean situaciones que permiten aflorar sentimientos y expresarlos.
- Los vínculos que se generan entre el Terapeuta Ocupacional y los miembros del grupo y entre éstos entre sí, generan sentimiento de pertenencia y autoconfianza a través de las actividades desarrolladas, ayudando a superar los momentos más negativos o faltos de motivación.

Los diferentes tipos de grupos diseñados desde la Terapia Ocupacional en los CAD poseen características peculiares para conseguir adaptarse a las necesidades de los pacientes en función, principalmente, de la etapa en la que se encuentran. Así, existen grupos diseñados para pacientes cuyo objetivo primordial es la reducción del daño, mientras que otros se orientan más a la consolidación de los hábitos ocupacionales adecuados o a la consecución de la integración social y laboral y un nivel adecuado y satisfactorio de bienestar individual y social. Es decir, el programa personalizado de intervención con el paciente (PPI), contemplará la posible inclusión del mismo en el grupo o grupos terapéuticos que puedan resultar adecuados para la consecución de los objetivos.

De este modo, la intervención ocupacional que desarrollan los Terapeutas Ocupacionales, tanto en su formato individual como grupal, no constituye nunca un fin en sí mismo, sino que aporta un medio para el logro de los objetivos del PPI. Si bien la simple actividad no puede considerarse terapéutica, dicha actividad adquiere ese sentido cuando se planifica e integra en un programa individualizado de intervención con unos objetivos concretos,

produciéndose de ese modo un cambio significativo desde el simple “pasar el tiempo” a la calidad de función terapéutica.

Las personas con trastornos adictivos deben ser conscientes de la relevancia que la actividad tiene en su proceso de recuperación. En esta línea es importante que conozcan cuál es el objetivo de las actividades que desarrollan e, incluso, ser capaces de descubrir sus propios objetivos. El Terapeuta Ocupacional debe analizar la función o funciones que puede cumplir cada actividad de modo previo a su inclusión en el PPI de los pacientes, al tiempo que deberá ayudarles a encontrar el nexo entre la actividad y su recuperación y a aprender a comprender ese nexo por sí mismos, hecho que se hará más evidente cuando comiencen a experimentar los cambios.



Descripción de actividades.

Entre las actividades de Terapia Ocupacional a desarrollar en el marco de la intervención grupal, se encuentran las siguientes:

- **Arteterapia/Laborterapia:** A través de actividades creativas, se fomentan actitudes positivas como la capacidad de esfuerzo, la tolerancia a la frustración, la capacidad de espera, etc. O aptitudes psicomotrices como la coordinación óculo-manual y viso-motora. Por otra parte, a través de este tipo de actividades, el Terapeuta Ocupacional trabaja objetivos pre-vocacionales, apoyando a los pacientes en la selección de actividades ayudándole a descubrir facetas personales adecuadas y adaptadas a sus competencias ocupacionales de cara a un futuro proyecto laboral/formativo.
- **Socioterapia:** A través de la confrontación, puestas en común, trabajos grupales (periódico, cine-fórum, etc.), se facilitan habilidades de socialización como el saber escuchar, respetar, tolerar, esperar turno, expresar opiniones, hacer crítica y autocrítica. Paralelamente puede trabajarse el autocontrol de las reacciones impulsivas inadecuadas y de las conductas inapropiadas. El reflejo de las

reacciones personales en los miembros del grupo supone una excelente oportunidad para conocer, asumir y aceptar tanto las dificultades como las fortalezas personales, incrementando el autoconocimiento.

- **Terapias recreativas:** Mediante dinámicas a través de juegos pedagógicos y relacionales se les ofrece a los pacientes nuevas formas de disfrute del ocio y se fomentan actitudes más activas y participativas. Al mismo tiempo y, al igual que ocurre con otras técnicas, pueden ejercitarse temas como la memoria, la capacidad de atención y concentración, la tolerancia frente al fracaso o la frustración, el respeto a las normas y a los compañeros, etc.
- **Terapias basadas en el deporte:** A través del ejercicio físico y de las variadas actividades que podemos realizar en relación con el mismo, se pueden trabajar múltiples aspectos importantes para la rehabilitación en adicciones, ya estén directamente relacionadas con mejoras físicas sobre el organismo de los pacientes, como la mejora de la potencia muscular o de los ángulos articulares, o bien en relación con aspectos más psicológicos, como la canalización adecuada de las tensiones, la cooperación, el espíritu de equipo, etc.
- **Terapias psicomotrices, técnicas de relajación y de imaginación:** Con diferentes técnicas psicomotrices y de relajación, conseguimos un mejor conocimiento e interiorización de la imagen del esquema corporal y estados psicofísicos que favorecen el bienestar. Por otra parte, desde estados de relajación y con ejercicios de imaginación y visualización, activamos la faceta creadora y la percepción de control interno.
- **Musicoterapia:** Resulta de gran utilidad como complemento de otras dinámicas y supone una ayuda en la percepción y expresión de sentimientos, especialmente cuando resulta difícil su expresión con palabras, y la liberación de tensiones emocionales.

9.2. Clasificación de la actividad grupal desde la Terapia Ocupacional.

A continuación se ofrece información sobre los diferentes tipos de grupos que desarrolla el Terapeuta Ocupacional en un CAD según la siguiente clasificación:

1. Grupos orientados al cambio de estilo de vida.
 - 1.1. Grupo de inicio de Terapia Ocupacional.
 - 1.2. Grupo de actividades de Terapia Ocupacional.
2. Grupos orientados a la mejora de destrezas y habilidades.
 - 2.1. Grupo de relajación.

- 
- 2.2. Grupo de estimulación cognitiva.
 - 2.3. Grupo de actividades de la vida diaria y habilidades sociales.
 - 2.4. Taller de lectura y escritura creativa.
 - 2.5. Grupo de ludoterapia.
 - 2.6. Taller de radio.
- 3. Grupos orientados a la adquisición de hábitos saludables.
 - 3.1. Grupo de actividades físico-deportivas.
 - 3.2. Taller de ocio.
- 4. Grupos de intervención con colectivos específicos.
 - 4.1. Grupo de estrategias preventivas para el programa de jóvenes y adolescentes.
 - 4.2. Grupo de pacientes sin Hogar en riesgo de exclusión social
- 5. Grupos de orientación y asesoramiento familiar.
 - 5.1. Grupo de familiares.

1. GRUPOS ORIENTADOS AL CAMBIO DEL ESTILO DE VIDA.

1.1. Grupo de inicio de Terapia Ocupacional.

Perfil:	- Pacientes en proceso de desintoxicación y/o con consumo activo. Se excluyen pacientes con patología psiquiátrica aguda y aquellos que acudan al grupo bajo el efecto de la sustancia.
Objetivos:	- Aumentar su adherencia al tratamiento en el centro. - Motivar hacia la abstinencia. - Propiciar un clima de apoyo a las actividades básicas e instrumentales (aseo, cuidado de la ropa, sueño y vigilia, etc.) generando rutinas y normalizando horarios. - Reducir los daños asociados al consumo. - Lograr que el paciente tome conciencia de la necesidad de la intervención grupal, como medio de contención, apoyo y estímulo a la participación.
Contenidos:	- Área de drogas: Contención, proceso de cambio, educación para la salud (ABVD). - Área socio-relacional: discriminación ocupacional, volición, implicación familiar. - Área de desarrollo personal y organización propia: planificación estructurada, hábitos y rutinas. ABVD.
Metodología/ Tipología:	- Actividades expresivo-creativas y manipulativas: arte-terapia, ergoterapia, con actividades manuales sencillas con pocas instrucciones y bajo nivel de improvisación (lijado de madera, pintado de superficies grandes, espejos, recortar y pegar, escayolas, etc.). - Actividades psicofísicas: estiramientos y entrenamiento del arco articular, equilibrio y ligera tonificación. Entrenar para una paulatina resistencia física. - Actividades de la Vida Diaria (entrenamiento del auto-cuidado y de las tareas del hogar). ABVD: higiene, alimentación y descanso. AIVD: tareas domésticas (cuidado de la casa, cuidado de otros, cocina, ropa, comunicaciones y manejo de dinero, etc.). - Ejercicios de memoria, atención y concentración (pasatiempos, sopas de letras, sudokus etc.).
Encuadre:	- Grupo abierto, dirigido y participativo. Hasta 15 pacientes. Duración: una hora diaria tres días a la semana.
Responsabilidad:	- Coordinador del grupo: Terapeuta Ocupacional. - Colaboraciones puntuales de otras áreas profesionales, como el área sanitaria o la social.

1.2. Grupo de actividades de Terapia Ocupacional.

(Este grupo constituye el espacio vertebral de la intervención desde la Terapia Ocupacional en un CAD).

Perfil:	- Pacientes abstinentes a cualquier sustancia de abuso, que precisan de un espacio de contención. Se excluyen pacientes con patología psiquiátrica aguda.
Objetivos:	- Mantener y afianzar la abstinencia. - Aumentar la adherencia y la motivación hacia el tratamiento. - Eliminar la conducta adictiva haciendo al individuo consciente de las variables intervinientes en el hábito. - Modificar el estilo cognitivo del sujeto. - Activar las potencialidades afectivas, físicas, psicosociales y senso-perceptivas y entrenar las capacidades para favorecer su autonomía e independencia.
Contenidos:	- Área de drogas: conductas de riesgo y de protección, contención, estilo de vida sin drogas, proceso de cambio, educación para la salud. - Área socio-relacional: comunicación, grupo de iguales, cooperación, normas y límites, asertividad, discriminación ocupacional. - Área de desarrollo personal y organización propia: equilibrio ocupacional competencias y componentes del desempeño ocupacional, AVD, autonomía, autoestima planificación estructurada, hábitos y rutinas, rol e identidad ocupacional. - Área laboral/formativa: habilitación, intereses, habilidades, destrezas. - Área de ocio y tiempo libre: organización y planificación, intervención y participación ambiental, contacto con recursos de ocio y cultura, causalidad personal (volición).
Metodología:	- Actividad con objetivo. Análisis previo de la actividad y del motivo a tratar. - Actividad es igual a objeto intermediario.
Tipología:	- Actividades de la Vida Diaria, entrenamiento del auto-cuidado y de las tareas del hogar: ABVD, como higiene, alimentación y descanso, AIVD, como tareas domésticas, cuidado de la casa, cuidado de otros, cocina, ropa, comunicaciones y manejo de dinero y AAVD, como gestión administrativa y burocrática. - Socio terapia: interacción/confrontación entre los miembros del grupo (cine-fórum, debates, lectura de prensa, grupos de discusión etc.). - Actividades expresivo-creativas y manipulativas: arte-terapia, ergoterapia, repujado, dibujo y pintura, marquetería, macramé, cestería, maquetas, puzles, cerámica, etc. - Actividades lúdico-recreativas: juegos de mesa (ajedrez, parchís, damas...) juegos pedagógicos (scattergoris, tabú, party, trivial...) y entrenamientos cognitivos (sudoku, sopa de letras, palabras encadenadas...), juegos relacionales (historia deformada, teléfono roto, que llevo en la mochila, etc.). - Actividades relacionadas con nuevas tecnologías: informática, videoconsolas, comunicación y búsquedas en internet, redes sociales, etc. - Actividades culturales y de ocio: exposiciones, museos, visitas guiadas etc.
Encuadre:	- Grupo abierto, participativo y semidirectivo. Máximo de 17 pacientes. Duración de dos a tres horas diarias. Periodicidad de tres a cinco días a la semana.
Responsabilidad:	- Coordinador del grupo: Terapeuta Ocupacional. - Colaboraciones puntuales de otras áreas y otros profesionales.

2.GRUPOS ORIENTADOS A LA MEJORA DE DESTREZAS Y HABILIDADES.

2.1. Grupo de relajación.

Perfil:	- Pacientes abstinentes a cualquier sustancia de abuso, en proceso de deshabitación. Se excluyen pacientes con patología psiquiátrica aguda.
Objetivos:	- Con diferentes técnicas de relajación, conseguir estados psicofísicos que favorezcan el bienestar. - Mejorar la respiración y la conciencia de la misma y del propio cuerpo. - Mejora del tono muscular y del estado mental del individuo.
Contenidos:	- Área de drogas. Control de estrés y ansiedad. Manejo del craving. - Área de desarrollo personal y organización propia. Equilibrio y desempeño emocional.
Metodología/ Tipología:	- Diferentes modelos de la técnica de control de estrés y relajación, a través de la palabra, con el apoyo de música e introduciendo ejercicios de imaginación. - Adiestramiento en relajación progresiva (método Jacobson, Schutz).
Encuadre:	- Grupo abierto, dirigido. Máximo de 17 pacientes. Duración de treinta a cuarenta y cinco minutos, un día a la semana.
Responsabilidad:	- Coordinador del grupo: Terapeuta Ocupacional.
Observaciones:	- En cada dispositivo de atención el Terapeuta aplicará técnicas diferentes según disponibilidad y perfiles. - La técnica de relajación puede ser utilizada en otros grupos como complemento.

2.2. Grupo de estimulación cognitiva.

Perfil:	- Pacientes abstinentes a cualquier sustancia de abuso, en proceso de deshabitación. Se excluyen pacientes con patología psiquiátrica aguda. Se procura establecer un perfil homogéneo en las disfuncionalidades cognitivas (deterioro), tanto en la fase aguda de la patología adictiva (transitoria), como en la crónica como secuela del consumo.
Objetivos:	- Modificar las actitudes y estereotipos negativos sobre la irreversibilidad de las alteraciones cognitivas. - Conocer el funcionamiento de la propia memoria y de sus otras funciones cognitivas (metacognición y metamemoria) y tener una adecuada percepción de este fenómeno. - Mejorar el proceso básico de la atención. - Mejorar la memoria y la capacidad de concentración. - Mejorar las funciones ejecutivas. - Estimular otros procesos básicos cognitivos como la percepción, el lenguaje y la capacidad de abstracción. - Promover la transferencia de los conocimientos y hábitos adquiridos en el entrenamiento a la vida diaria. - Facilitar la comunicación.
Contenidos:	- Área de drogas. Estimulación/rehabilitación del daño sobre áreas de cognición. - Área socio-relacional. Capacidades y habilidades para la comunicación. AAVD y AIVD. - Área de desarrollo personal y organización propia. Funciones ejecutivas.
Metodología/ Tipología:	- Utilización de fichas y registros, de juegos didácticos y pedagógicos y de material audiovisual.
Encuadre:	- Grupo abierto, dirigido. Máximo de 17 pacientes. Duración de una hora y media, un día a la semana.
Responsabilidad:	- Coordinador del grupo: Terapeuta Ocupacional.
Observaciones:	- En cada dispositivo de atención el Terapeuta aplicará técnicas diferentes según disponibilidad y perfiles.

2.3. Grupo de actividades de la vida diaria y habilidades sociales.

Perfil:	- Pacientes en situación de abstinencia. Se excluyen pacientes con patología psiquiátrica aguda.
Objetivos:	- Adquirir y mantener las ABVD (aseo, alimentación, vestido, etc.), las AIVD (tareas domésticas, autocuidado, economía, transporte) y mejorar las actitudes de participación y colaboración. - Potenciar la asertividad, empatía, y aceptación de críticas.
Contenidos:	- Área de drogas. Autogestión de hábitos y rutinas saludables. - Área socio-relacional. Capacidades para las relaciones interpersonales. Sentimiento de satisfacción personal en el establecimiento de relaciones. - Área de desarrollo personal y organización propia. Roles y autoestima. - Área de ocio y tiempo libre. Uso saludable del tiempo libre.
Metodología/ Tipología:	- Dinámicas participativas. Uso del menaje para actividades del hogar y auto-cuidados.
Encuadre:	- Grupo semiabierto, semidirigido. Máximo de 15 pacientes. Duración de una hora y media, un día a la semana.
Responsabilidad:	- Coordinador del grupo: Terapeuta Ocupacional.

2.4. Taller de lectura y escritura creativa.

Perfil:	- Pacientes con abstinencia consolidada, interesados por esta actividad. Se excluyen pacientes con patología psiquiátrica aguda.
Objetivos:	- Promover habilidades y mecanismos para hacer evaluación crítica de lo leído. - Analizar textos y comprender el valor de los mismos. - Diferenciar y discriminar ideas y conceptos generales para evaluación crítica. - Impulsar alternativas culturales en el tiempo libre. - Fomentar habilidades de comunicación, fluidez verbal, capacidad de expresión y espontaneidad expresiva oral y escrita. - Mejorar la concentración, atención, memoria e imaginación. - Desarrollar capacidad de razonamiento, observación y reflexión. - Promover la discusión grupal y la aceptación de opiniones y críticas. - Favorecer el conocimiento y uso de recursos comunitarios.
Contenidos:	- Área socio-relacional. Mecanismos de adaptación cognitivos, expresivos y creativos. Competencias y valores ocupacionales individuales y de cooperación. Sentimiento de utilidad auto-percibida y satisfacción personal en el desempeño de ocupaciones. Capacidades de pensamiento, razonamiento y análisis para la comunicación. - Área de desarrollo personal y organización propia. Habilidades de comunicación, crítica y participación en lo social. - Área de ocio y tiempo libre. Gratificación personal.
Metodología/ Tipología:	- Dinámicas participativas, planificación de lecturas y supervisión de las mismas.
Encuadre:	- Grupo semiabierto, semidirigido, tendente a la autogestión. Máximo de 10 pacientes. Duración de una hora y media. Un día a la semana.
Responsabilidad:	- Coordinador del grupo: Terapeuta Ocupacional.

2.5. Grupo de ludoterapia.

Perfil:	- Pacientes abstinentes a cualquier sustancia de abuso, en proceso de deshabitación / consolidación de la abstinencia. Se excluyen pacientes con patología psiquiátrica aguda.
Objetivos:	- Incrementar la satisfacción emocional. - Ayudar al paciente a conectar su mundo interior con la realidad externa. - Mejorar la plasticidad cerebral del paciente. - Facilitar la salida del paciente de la situación de crisis (“parada vital”), que puede suponer la drogodependencia. - Mejorar la interrelación entre mente (pensamientos, sentimientos) y cuerpo. - Fortalecer las defensas del yo y la integración de la personalidad. - Mejorar las competencias laborales y pre-laborales de forma lúdica. - Incrementar del repertorio de actividades interpersonales.
Contenidos:	- Área socio-relacional. Relaciones interpersonales gratificantes. Control de impulsos. Contacto con realidad externa. Situaciones “como si”. Expresión de necesidades y sentimientos. - Área de desarrollo personal y organización propia. Satisfacción a través de las interrelaciones. - Área laboral/formativa. Entrenamiento lúdico laboral. - Área de ocio y tiempo libre. Actividades interpersonales lúdicas.
Metodología:	- Actividades: ejercicios físicos, asociativos, técnicas dramáticas, juegos de grupo, relajación y puesta en común.
Encuadre:	- Grupo abierto, dirigido. Máximo de 17 pacientes. Duración de una hora y media, un día a la semana.
Responsabilidad:	- Coordinador del grupo: Terapeuta Ocupacional. Co-terapeuta, Psicólogo o Trabajador Social.
Observaciones:	- El Terapeuta podrá aplicar la técnica de forma diferente en cada dispositivo de atención en función de los perfiles y la disponibilidad.

2.6. Taller de radio.

Perfil:	- Pacientes con abstinencia consolidada interesados por esta actividad. Se excluyen pacientes con patología psiquiátrica aguda.
Objetivos:	- Potenciar las habilidades de comunicación, fluidez y expresión verbales. Espontaneidad expresiva oral y escrita. - Mejorar la concentración, atención, memorización e imaginación. - Desarrollar capacidad de razonamiento, observación y reflexión. - Promover la discusión grupal y la aceptación de opiniones y críticas. - Fomentar el conocimiento y uso de recursos comunitarios. Independencia y autonomía personal.
Contenidos:	- Área socio-relacional. Capacidad de pensamiento, razonamiento, y análisis para la comunicación. - Área de desarrollo personal y organización propia. Habilidades de comunicación, crítica y participación social. Intervención sobre el entorno. - Área de ocio y tiempo libre. Satisfacción personal.
Metodología / Tipología:	- Diseño y elaboración grupal de programas de radio y emisión de los mismos.
Encuadre:	- Grupo abierto, dirigido. Máximo de 15 pacientes. Duración de una hora y media, un día a la semana.
Responsabilidad:	- Coordinador del grupo: Terapeuta Ocupacional. Colaboración técnicos de radio.

3. GRUPOS ORIENTADOS A LA ADQUISICIÓN DE HABITOS SALUDABLES.

3.1. Grupo terapéutico de actividades físico-deportivas.

Perfil:	- Pacientes abstinentes a cualquier sustancia de abuso, en proceso de deshabituación. Se excluyen pacientes con patología psiquiátrica u orgánica aguda.
Objetivos:	- Mejorar la calidad de vida en sus vertientes física, psicológica y social mediante el desarrollo de hábitos saludables. - Favorecer la autonomía, mediante la adquisición de habilidades de desempeño ocupacional (factores sensoriales, neuromusculares, motores y cognitivos). - Mejorar conciencia y conocimiento del esquema corporal, mediante la adquisición de técnica deportiva. - Facilitar la participación social y la integración en la comunidad mediante la utilización de recursos deportivos normalizados y el desarrollo de comportamientos adaptativos. - Prevenir y canalizar las tensiones, el estrés y la ansiedad y promover el manejo adecuado de los mismos. - Fomentar el espíritu de equipo, la colaboración y el respeto a los compañeros, las normas y las figuras de autoridad en un ambiente lúdico-deportivo. - Incrementar la tolerancia a la frustración y el manejo adecuado de la competitividad. - Preparar al individuo para una autonomía en planificación de su tiempo libre.
Contenidos:	- Área de drogas. Educación para la salud (ABVD). - Área socio-relacional. Equilibrio funcional (regulador de la actividad). Cooperación y solidaridad. - Área de desarrollo personal y organización propia. Análisis, estimulación y desarrollo propioceptivo. Autoestima. Tolerancia a la frustración. Interacción e integración psicomotriz (Manejo de los estados psicofísicos de relajación y activación). Bienestar personal. - Área de ocio y tiempo libre. Intereses y actividades físico-deportivas. Ocio saludable.
Metodología:	- Actividad deportiva. Actividades básicas. Rehabilitación psicomotriz. Educación física de base. Acondicionamiento físico. Deportes: natación, pádel, fútbol-sala, baloncesto, tenis, bádminton, frontón, etc. - Actividad integradora. Integración en recursos deportivos públicos (Instituto Municipal de Deportes, etc.) y centros deportivos privados. - Integración en juegos deportivos y asociaciones de distrito.
Encuadre:	- Grupo abierto, dirigido. Máximo: 17 pacientes. Duración 1:30', un día/semana.
Responsabilidad:	- Coordinador del grupo: Terapeuta Ocupacional. Dirigido por un monitor deportivo.
Observaciones:	- En cada dispositivo de atención el Terapeuta aplicará técnicas diferentes según disponibilidad y perfiles.

3.2. Taller de ocio.

Perfil:	- Pacientes abstinentes a cualquier sustancia de abuso, en proceso de deshabituación, con carencias en el ámbito del ocio. Se excluyen pacientes con patología psiquiátrica aguda.
Objetivos:	- Sensibilizar a los participantes acerca de la importancia del uso adecuado del ocio y del tiempo libre, de forma que entiendan éste como un elemento normalizador, fundamental para su desarrollo personal y su integración social plena. - Motivar y canalizar los intereses de los participantes en este ámbito. Descubrir y desarrollar aptitudes personales. - Fomentar en los participantes una actitud de iniciativa y de utilización de recursos normalizados de ocio y tiempo libre existentes en la ciudad. - Proporcionar herramientas que faciliten una auto-planificación del tiempo libre, de forma saludable y adaptada a la realidad de cada participante. - Fomentar la participación en la vida de la comunidad mediante el contacto y la utilización de los recursos de ocio de forma individualizada y responsable.
Contenidos:	- Área de ocio y tiempo libre. - Equilibrio funcional entre actividad e inactividad. Importancia de la alternancia en las actividades lúdicas /actividades productivas. - Etapas vitales y diferentes tipos de ocio. Roles personales y ocio. El ocio en familia. - Competencias personales necesarias para desarrollar un ocio gratificante: capacidad de planear y organizarse, responsabilidad, capacidad de trabajo en equipo, iniciativa, tenacidad y creatividad. - Autoestima personal y habilidades sociales. - Distintas alternativas de ocio; elección de las mismas en función de los objetivos que se pretende conseguir: desarrollo de habilidades artísticas y estéticas, capacidad de expresión y comunicación, talleres temáticos, deportes y trabajo corporal, etc. - Generación de nuevos intereses; importancia de ampliar el repertorio de actividades de ocio.
Metodología:	- Seis áreas temáticas con objetivos y metodología específica, recogidas en el Programa de integración social a través del ocio del Instituto de Adicciones de Madrid Salud. - Técnicas de dinamización grupal: De presentación y animación, de análisis de temas y dramáticas.
Encuadre:	- Grupo abierto o semiabierto, dirigido. Máximo 17 pacientes. Duración: de una hora y media, un día a la semana.
Responsabilidad:	- Coordinador del grupo: Terapeuta Ocupacional.

4. GRUPOS DE INTERVENCIÓN CON COLECTIVOS ESPECIFICOS.

4.1. Grupo de estrategias preventivas para jóvenes y adolescentes.

Perfil:	- Jóvenes que demandan atención por sanción administrativa, por uso problemático o abuso de drogas, o derivados por otros recursos por encontrarse en situación de riesgo.
Objetivos:	- Informar/asesorar sobre aspectos relevantes de la crisis adolescente. - Reducir la influencia de los factores y de riesgo y las conductas asociadas al consumo. - Incrementar las conductas y estrategias preventivas personales como factores de protección relacionados con la salud. - Incrementar la conciencia de los riesgos asociados al consumo de drogas. - Incrementar la capacidad de autoanálisis y la capacidad de reflexión crítica sobre el entorno.
Contenidos:	- Área de drogas. Las drogas y sus riesgos. Conciencia de problema. Factor de riesgo de consumo de drogas. - Área socio-relacional. Habilidades y recursos personales en la relación grupal (grupo de iguales y grupo familiar). Autoestima. - Área de desarrollo personal y organización propia. Autoanálisis. Reflexión crítica. Asertividad. Valores. Normas y límites. - Área de ocio y tiempo libre. Ocio saludable. Grupo de iguales. Alternativas de ocio al consumo de drogas.
Metodología / Tipología:	- Dinámicas participativas. Técnicas de role-playing. Audiovisuales. Puestas en común.
Encuadre:	- Grupo semiabierto, dirigido. Máximo de 12 usuarios. Duración de dos horas, un día a la semana.
Responsabilidad:	- Coordinador del grupo: Terapeuta Ocupacional con colaboración de otras áreas

4.2. Grupo de pacientes sin Hogar en riesgo de exclusión social.

Perfil:	- Los pacientes pueden estar en situación de consumo activo pero, para poder acudir al grupo, los efectos del consumo deben estar dentro de unos niveles de forma que no les impida participar en la dinámica. Se excluyen pacientes con patología psiquiátrica aguda.
Objetivos:	- Aumentar su adherencia al tratamiento en el centro. - Motivar hacia la abstinencia. - Propiciar un clima de apoyo a las actividades básicas e instrumentales (aseo, cuidado de la ropa, sueño y vigilia etc.) generando rutinas, normalizando horarios y minimizando su privación ocupacional. - Reducir los daños asociados al consumo. - Lograr que el paciente tome conciencia de la necesidad de la intervención grupal, como medio de contención, apoyo y estímulo a la participación.
Contenidos:	- Área de drogas: Contención, proceso de cambio, educación para la salud (ABVD). - Área socio-relacional: Discriminación ocupacional, volición. - Área de desarrollo personal y organización propia: Planificación estructurada, hábitos y rutinas. ABVD.
Metodología / Tipología:	- Actividades expresivo-creativas y manipulativas: Arte-terapia, ergoterapia, con actividades manuales sencillas con pocas instrucciones y bajo nivel de improvisación (lijado de madera, pintado de superficies grandes, espejos, recortar y pegar, escayolas, etc.) - Actividades psicofísicas: Estiramientos y entrenamiento del arco articular, equilibrio y ligera tonificación. Entrenar para una paulatina resistencia física. - Actividades de la Vida Diaria (entrenamiento del auto-cuidado y de las tareas del hogar). ABVD: higiene, alimentación y descanso. AIVD: Tareas domésticas (Cuidado de la casa, cuidado de otros, cocina, ropa, comunicaciones y manejo de dinero, etc.). - Ejercicios de memoria, atención y concentración (pasatiempos, sopas de letras, sudokus etc.).
Encuadre:	- Grupo abierto, dirigido y participativo. Hasta 15 pacientes. Duración: una hora diaria tres días a la semana.
Responsabilidad:	- Coordinador del grupo: Terapeuta Ocupacional. - Colaboraciones puntuales de otras áreas y otros profesionales, como el área sanitaria o la social.

5. GRUPOS DE ORIENTACIÓN Y ASESORAMIENTO FAMILIAR.

5.1. Grupo de familiares.

Perfil:	- Familiares implicados en el tratamiento, cuyo vínculo emocional con el paciente sea significativo y con capacidad de influencia en la vida del paciente.
Objetivos:	- Implicar a los familiares en el proceso de tratamiento. - Ayudar a la familia a aceptar su rol como familiar de drogodependiente, que incluye el asesoramiento para su conocimiento de la patología adictiva. - Disminuir el nivel de ansiedad de la familia mediante la oferta de un espacio de reflexión. - Mejorar las competencias y habilidades familiares, mediante el entrenamiento en el desempeño de los distintos roles. - Mejorar la capacidad de la familia para organizar adecuadamente las actividades de la vida diaria, elaborando conjuntamente estrategias ocupacionales de distribución y reajuste del tiempo. - Mejorar la capacidad de la familia para el manejo adecuado de las normas de convivencia y la resolución de conflictos.
Contenidos:	- Área de drogas. Mecanismos de refuerzo orientado a la consolidación de la abstinencia. - Área socio-relacional. Confrontación, mediación y negociación (normas, límites, etc.) - Área de desarrollo personal y organización propia. Autocuidados, relaciones de la familia con el entorno social no centradas en el paciente. - Área de ocio y tiempo libre. Ocio familiar saludable y compartido.
Metodología / Tipología:	- Dinámicas participativas.
Encuadre:	- Grupo semiabierto, semidirigido. Máximo de 20 familiares. Duración de una hora y media, un día a la semana.
Responsabilidad:	- Coordinador del grupo: Terapeuta Ocupacional.
Observaciones:	- Además de este grupo de familiares de pacientes adultos, existen otros grupos de familias con características diferentes como por ejemplo el grupo de familiares de jóvenes y adolescentes o el grupo mixto de pacientes y sus familias.



10

EVALUACIÓN.

Como señala el Plan de Adicciones 2011 – 2016, la evaluación constituye un elemento imprescindible de análisis de la organización y de la eficacia de las intervenciones, que permite valorar los resultados y efectos alcanzados, facilitando la alineación de los recursos (humanos, tecnológicos, financieros y organizacionales) en la consecución de los objetivos.

El Instituto de Adicciones cuenta con una larga experiencia en el desarrollo de sistemas de registro y evaluación de las actividades que realiza en las diferentes áreas objeto de su competencia.

Por otra parte, en los últimos años se ha realizado un importante esfuerzo orientado a alinear los sistemas de evaluación y de gestión de la calidad de dicho Instituto en el marco de las directrices del Observatorio de la Ciudad de Madrid, que es el órgano municipal que tiene la función de desarrollar e implantar las herramientas y metodologías necesarias para obtener y difundir información sobre la calidad de los servicios prestados por la organización municipal. Así, el Instituto de Adicciones ha incorporado instrumentos como el Sistema de Indicadores de Gestión, el Sistema de Cartas de Servicios, el Sistema de Evaluación de Necesidades, expectativas y satisfacción del ciudadano, el Sistema de Sugerencias y Reclamaciones y los Cuadros de mando.

La implementación de estos instrumentos y los sistemas de registro que se utilizan, como el Sistema unificado para registro de adicciones (SUPRA), con cuyos datos se elabora la memoria anual del Instituto, garantizan el seguimiento adecuado de los programas y la planificación.

Gracias a la información recogida en base a estos sistemas, es posible identificar las áreas de mejora y diseñar las acciones correspondientes, en las que participan los diferentes profesionales del Instituto de Adicciones. Los Terapeutas Ocupacionales han colaborado de forma muy activa en este tipo de iniciativas, tanto mediante su participación en diferentes grupos de mejora como mediante su colaboración en la implementación y seguimiento de las medidas a adoptar, flexibilizando y adecuando sus actuaciones desde la Terapia Ocupacional en función de las nuevas necesidades detectadas en el proceso de mejora continua.

A efectos de este protocolo interesa explicitar los mecanismos de evaluación referentes al proceso de atención integral de los pacientes atendidos en los CAD, tal y como se ha definido en los apartados anteriores de este documento.

El Sistema de Evaluación multidimensional, al que se ha hecho referencia anteriormente, permite obtener información acerca de la situación en la que se encuentra el paciente, partiendo de la valoración inicial y mediante un seguimiento continuo hasta llegar al fin de la intervención.

Para facilitar dicha evaluación, los equipos técnicos de los CAD utilizan el Programa Personalizado de Intervención (PPI), como instrumento facilitador del adecuado seguimiento y evaluación de los cambios que se producen en el paciente a lo largo de la intervención. Este Programa fija unos objetivos iniciales en cada una de las dimensiones, cuyo grado de consecución va facilitando la planificación de las intervenciones de los diferentes profesionales.

La evaluación multidimensional inicial de los pacientes se realiza en base a un Sistema de evaluación objetiva de resultados de tratamiento. Este instrumento proporciona al equipo técnico la posibilidad de medir objetivamente, a través de una serie de indicadores, los cambios y la evolución que se va produciendo en las diferentes dimensiones o áreas de intervención, en función de los objetivos fijados en el PPI. Este seguimiento y evaluación continua del paciente, permite al Terapeuta Ocupacional, desde una perspectiva de flexibilidad, introducir las modificaciones y ajustes necesarios a lo largo del proceso de intervención, para facilitar la consecución de los objetivos.

Al finalizar la intervención con el paciente, e independientemente del motivo de finalización de dicha intervención (alta, cambio de lugar de residencia, abandono, etc.), este sistema permite conocer en qué medida se han producido cambios en el paciente en la dirección de los objetivos marcados en las diferentes áreas de intervención, es decir, nos permite realizar una evaluación de resultados.

Esta evaluación de resultados al finalizar la intervención constituye, a su vez, el punto de partida para realizar, con posterioridad, el seguimiento pos-alta del paciente. Este seguimiento pretende conocer hasta qué punto los cambios producidos durante el proceso de intervención se mantienen en el tiempo. Para ello será necesario realizar, en unos plazos determinados (seis meses, un año) una recogida de información acerca de los indicadores más significativos.

En el ámbito de la Terapia Ocupacional, existen técnicas e instrumentos específicos que permiten al Terapeuta profundizar en el conocimiento de los pacientes y planificar las estrategias concretas de intervención más adecuadas.

Resulta pertinente realizar la evaluación ocupacional en adicciones funcionalmente, desde lo más global a lo más específico, evaluando las áreas de ejecución o desempeño ocupacional (AVD, actividades productivas, juego y actividades de ocio, tiempo libre y esparcimiento), para llegar a identificar después las destrezas o componentes ocupacionales que están afectados en el paciente (componentes sensorio motores, cognitivos, psicológicos y psicosociales).

Existen múltiples procedimientos de evaluación que van desde una evaluación global de todo el individuo (área cognitiva, afectiva, relacional) hasta instrumentos ó técnicas que evalúan solo aspectos específicos y determinados. Las técnicas son variadas: cuantitativas y cualitativas, estandarizadas y no estandarizadas, objetivas y subjetivas, al igual que ocurre

con las herramientas: cuestionarios, auto informes (registro de roles, de rutinas, de intereses etc.), auto registros, entrevistas, observación, actividades con fines diagnósticos, reuniones de equipos, informes de terceros, reuniones familiares, etc.

El área Ocupacional utiliza además otros instrumentos, como el OPHI-II (Occupational History Interviews) ya mencionados en el capítulo 7. Este instrumento es el que se utiliza principalmente en adicciones por su gran adaptabilidad a estas patologías, ya que permite valorar la organización de la rutina, roles de vida, intereses, valores y objetivos, ayudándonos a diseñar y elaborar el Itinerario Ocupacional.

Otros cuestionarios, como el ACIS (Assessment Of communication and interaction Sklls), el OSA (Occupational Self –Assesment), el ACL-5 (Allen Cognitive Level) son también de gran utilidad. Por último, mencionar instrumentos para la evaluación de cambios con intervenciones concretas, como por ejemplo el *Cuestionario de Evaluación del Ocio en Adicciones* (pre y post) que se pasa al inicio y finalización del "taller de ocio" (adjunto en Anexos).



11

BIBLIOGRAFÍA.

- American Psychiatric Association. DSM IV. (1995) *Manuel diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson.
- Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales APETO. (1999) *Documento técnico sobre Terapia Ocupacional*. Disponible en: [http://www.terapia-ocupacional.com/Definicion_TO.shtml] (acceso el 6 de mayo de 2013).
- Becoña, E. (1998) *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid, Plan Nacional sobre Drogas.
- Beneit, J.V.; Garcia, C.; Mayor, L.I. (Coords.) (1997) *Intervención en drogodependencias. Un enfoque multidisciplinar*. Madrid, Síntesis.
- Daley, DC.; Zuckoff, A. (2004) *Cómo mejorar el cumplimiento terapéutico en la patología dual y en pacientes drogodependientes*. Barcelona, Editorial Glosa.
- Duarte, P; Noya B. (1998) *Terapia Ocupacional en Salud Mental: principios y práctica*. Barcelona, Masson.
- Escohotado, A. (2005) *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona, Anagrama.
- Freixa, F.; Soler Insa, P.A.; Ballus, C. (1981) *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinar*. Barcelona, Fontanella.
- Freixa, N. *La entrevista con el enfermo alcohólico. Estrategias motivacionales*. Jano 2000; LIX: 1383-1384.
- Gómez-Tolón, J. (1997) *Fundamentos metodológicos de la Terapia Ocupacional*.
- Graña, J.L. (ed.). (1998) *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid, Debate.

- Grieve, J. (2009) *Neuropsicología para terapeutas ocupacionales. Evaluación de la Percepción y la Cognición*. Madrid, E. Panamericana.
- Hopkins, H.L. (1998) *Terapia Ocupacional*. Madrid, E. Panamericana.
- Instituto de Adicciones de Madrid Salud. (2007) *Programa de intervención social a través del ocio*. Madrid, Ayuntamiento de Madrid.
- Instituto de Adicciones de Madrid Salud. (2011) *Actividad físico-deportiva en el tratamiento de las drogodependencias*. Madrid, Ayuntamiento de Madrid.
- Kielhofner, G. (2004) *Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación*. Madrid, E. Panamericana.
- Kielhofner, G. (2006) *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. Buenos Aires, E. Panamericana.
- Kielhofner, G.; Mallison, T.; Crawford, C.; Novak, M.; Rigby, M.; Henry, A. et al. (1998) *Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (OPHI-II)*. University of Illinois, Chicago. Department of Occupational Therapy.
- MacDonald, E.M. (1979) *Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación*. Barcelona, Salvat Editores.
- Madrid-Mazorra, F.J. (2004) *Rehabilitación psicosocial y Terapia Ocupacional: una nueva visión desde el modelo de la ocupación humana*. Terapia Ocupacional. Disponible en: [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rhb_psicosocial_TOJMMazorra.shtml] (acceso el 6 de mayo de 2013).
- Miller, W.; Rollnick, S. (1999) *Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica.
- Moruno-Miralles, P.; Romero Ayuso, D. (2003) *Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas*. Barcelona, Masson.
- Moruno Miralles, P. (2005) *La ocupación como método de tratamiento en Salud Mental*. Disponible en: [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Ocupacion_metodo_tto_salud_mental.shtml] (acceso el 6 de mayo de 2013).
- Paish, W. (1999) *Manual de las Ciencias del Deporte*. Madrid, Tutor.

- Pedrero, E.J. (1991) *Lo terapéutico y lo educativo: dos áreas de intervención*. Terapia Ocupacional 8:22-5.
- Plan Municipal Contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid. (1995) *Revisión del modelo de atención: Una respuesta a las nuevas formas de drogodependencia*. Madrid, Ayuntamiento de Madrid.
- Polonio, B; Durante, P.; Noya, B. (2001) *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional*. Madrid, E. Panamericana.
- Prochaska, J.O.; Prochaska, J.M. (1993) *Modelo Transteórico para conductas adictivas*. Casas, M.; Gossop, M. (eds.) *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona, CITRAN.
- Rojas Bermúdez J.G. (1984) *¿Qué es Psicodrama?* Buenos Aires, Celcius.
- Rojo Mota, G. (2008) *Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones. Trastornos Adictivos*. 10(2):88-97 Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13124766&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=182&ty=3&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v10n02a13124766pdf001.pdf (acceso el 6 de mayo de 2013).
- Sociedad Española de Toxicomanías. (2011) *Neurociencia y Adicción*. Pedrero, E.J. (coord.). Disponible en: <http://set.org.es/wp-content/uploads/2011/06/NEUROCIENCIA-Y-ADICCI%C3%93N-2011.pdf> (acceso el 6 de mayo de 2013).
- Tejero, A.; Trujols, J. (1994) *El Modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente: Un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas*. Graña, J.L. (ed.) *Conductas adictivas*. Madrid, Debate.
- Verdejo, A.J. (2006) *Funciones ejecutivas y toma de decisiones en drogodependientes: rendimiento neuropsicológico y funcionamiento cerebral*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/16052882.pdf> (acceso el 6 de mayo de 2013).



12

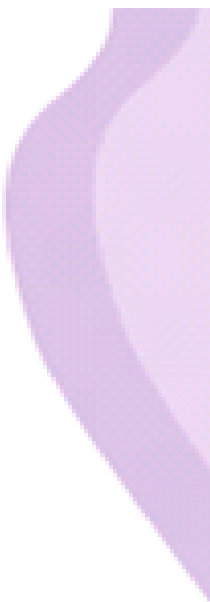
ANEXOS.

ANEXO 1. HISTORIA OCUPACIONAL.

ANEXO 2. CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN-VALORACIÓN.

**ANEXO 3. EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL (EVALUACIÓN
OBJETIVA DE RESULTADOS DE TRATAMIENTO).
DOCUMENTO GUÍA.**





ANEXO 1

HISTORIA OCUPACIONAL.

1.HÁBITOS Y RUTINAS COTIDIANAS	2.ROLES DE VIDA	3. TIEMPO LIBRE Y PROYECTOS	4.DESEMPEÑO HABILIDADES	5.ENTORNO	6.ACUERDO TERAPÉUTICO	7.RESUMEN
--------------------------------------	--------------------	-----------------------------------	----------------------------	-----------	--------------------------	-----------

LABORABLES (literal)

ADAPTADAS

SÍ

NO

FIN DE SEMANA (literal)

ADAPTADAS

SÍ

NO

Actividades de la vida diaria

(Desplegable si se desea consultar)

(No desplegado. Si se pone no adaptada se abre el desplegable y se marca la que no está adaptada)

ADAPTADAS

SÍ

NO

ABVD

Higiene.....

Vestido.....

Alimentación.....

Descanso.....

Salud.....

AIVD

Cuidado espacio personal.....

Cuidado casa.....

Cuidado de otros.....

Cocina.....

Ropa.....

Comunicación.....

Transporte.....

Manejo dinero.....

AAVD

Manejo tiempo.....

Gestiones en la comunidad.....

Mantenimiento hogar.....

Autonomía (en relación con el núcleo de convivencia)

(EMD. Vector "Socio-relacional". Objetivo 5 "Convivencia" Indicador 5.2)

(Desplegable con posibilidad de una sola elección)

4. Autonomía económica (1) y funcional (2)

3. Autonomía funcional y dependencia económica

2. Autonomía económica y dependencia funcional

1. Dependencia económica y funcional

(1) Autonomía económica: Es la que tienen las personas que tienen ingresos propios, independientemente de la fuente de dichos ingresos (salarios, rentas de integración, pensiones por minusvalías, etc.).

(2) Autonomía funcional: Autonomía para las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales.

VOLICIÓN:

Juicio clínico ocupacional y observaciones (literal)

1.HÁBITOS Y RUTINAS COTIDIANAS	2.ROLES DE VIDA	3. TIEMPO LIBRE Y PROYECTOS	4.DESEMPEÑO HABILIDADES	5.ENTORNO	6.ACUERDO TERAPÉUTICO	7.RESUMEN
--------------------------------------	--------------------	-----------------------------------	----------------------------	-----------	--------------------------	-----------

FAMILIA

EJERCE

SÍ

EN
PROCESO

NO

RELACIONES SOCIALES

SÍ

EN
PROCESO

NO

TRABAJO Y ESTUDIOS

SÍ

EN
PROCESO

NO

VOLICIÓN:

Juicio clínico ocupacional y observaciones (literal)

1.HÁBITOS Y RUTINAS COTIDIANAS	2.ROLES DE VIDA	3. TIEMPO LIBRE Y PROYECTOS	4.DESEMPEÑO HABILIDADES	5.ENTORNO	6.ACUERDO TERAPÉUTICO	7.RESUMEN
--------------------------------------	--------------------	-----------------------------------	----------------------------	-----------	--------------------------	-----------

USO DEL TIEMPO LIBRE (Individual y social)

Satisfacción: Valora el grado de satisfacción respecto de la utilización del tiempo libre

(EMD. Vector “Ocio”. Objetivo 3 – Indicador 3.3.)

(Desplegable con posibilidad de una sola elección)

1. Muy satisfecho.
2. Algo satisfecho.
3. Ni satisfecho ni insatisfecho. Indiferente.
4. Insatisfecho.

TIENE

SÍ

EN
PROCESO

NO

OCIO

Ocio saludable: Valora la gestión adecuada de actividades de ocio saludable en el tiempo libre semanal y la adecuación de las mismas en nº y tipo (solitarias o compartidas).

(EMD. Vector “Ocio”. Objetivo 3 – Indicador 3.1.)

(Desplegable con posibilidad de una sola elección)

4. Tiene tiempo libre y realiza un número adecuado de actividades de ocio saludable (más de 5 y menos de 15). Su ocio es tanto solitario como compartido.
3. Tiene tiempo libre y realiza un número adecuado de actividades de ocio saludable. Su ocio es solo solitario o solo compartido.
2. Tiene tiempo libre pero presenta déficits (1) o hiperactividad (2) en la planificación y/o ejecución de actividades de ocio saludable.
1. No tiene tiempo libre o bien aquel del que dispone es difícil de organizar o no sabe gestionarlo.

- (1). Déficit: Menos de 5 actividades de ocio diferentes a la semana.
- (2). Hiperactividad: Más de 15 actividades diferentes de ocio a la semana.
- (3). Difícil de organizar: cambios de turno o circunstancias personales o laborales impiden la planificación y el desarrollo de las actividades de ocio.

Ocio de riesgo (1): Valora la presencia de actividades de ocio de riesgo en el tiempo libre.

(EMD. Vector “Ocio”. Objetivo 3 – Indicador 3.2.)

(Desplegable con posibilidad de una sola elección)

4. No ha realizado actividades de ocio de riesgo en el último año.
3. Ha realizado alguna actividad de ocio de riesgo en el último año.
2. Realiza actividades de ocio de riesgo alguna vez al mes.
1. Realiza actividades de ocio de riesgo una o más veces a la semana.

- (1). Ocio de riesgo: Actividades de ocio que ponen en riesgo la integridad física y/o la abstinencia.

SÍ

EN
PROCESO

NO

1.HÁBITOS Y RUTINAS COTIDIANAS	2.ROLES DE VIDA	3. TIEMPO LIBRE Y PROYECTOS	4.DESEMPEÑO HABILIDADES	5.ENTORNO	6.ACUERDO TERAPÉUTICO	7.RESUMEN
--------------------------------	-----------------	-----------------------------	-------------------------	-----------	-----------------------	-----------

Intereses: Valora la diversificación de intereses por la realización de actividades de ocio saludable, según 5 categorías: Deportivas, Culturales, Lúdico-recreativas, Sociales, Relacionadas con tecnologías de la información y comunicación.

(EMD. Vector "Ocio". Objetivo 1 – Indicador 1.1.)

(Desplegable con posibilidad de una sola elección)

4. Muestra interés por actividades de 5 categorías.
3. Muestra interés por actividades de 4 categorías.
2. Muestra interés por actividades de 2-3 categorías.
1. Muestra interés por actividades en 1 o ninguna categoría.

INSCRITOS EN ALGUN ACTIVIDAD DE OCIO

TIENE

SÍ

EN
PROCESO

NO

PROYECTOS, INTERESES Y OBJETIVOS

SÍ

NO

VOLICIÓN:

Juicio clínico ocupacional y observaciones (literal)

1.HÁBITOS Y RUTINAS COTIDIANAS	2.ROLES DE VIDA	3. TIEMPO LIBRE Y PROYECTOS	4.DESEMPEÑO HABILIDADES	5.ENTORNO	6.ACUERDO TERAPÉUTICO	7.RESUMEN
--------------------------------------	--------------------	-----------------------------------	----------------------------	-----------	--------------------------	-----------

PERCEPCIÓN LIMITACIONES Y HABILIDADES/DESTREZAS	LIM		HH		AJUSTADA	
SENSORIOMOTORAS	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO
COGNITIVAS	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO
INTERACCIÓN Y COMUNICACIÓN INERPERSONAL	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO	SÍ/NO

Destrezas: Valora la presencia de destrezas suficientes, en las áreas física, cognitiva y afectivo-social, para la realización de actividades de ocio saludable.

(EMD. Vector “Ocio”. Objetivo 2 – Indicador 2.1.)
(Desplegable con posibilidad de una sola elección)

- 4. Presenta suficientes destrezas en las 3 áreas.
- 3. Presenta suficientes destrezas en 2 áreas.
- 2. Presenta suficientes destrezas solo en 1 área.
- 1. Carece de destrezas suficientes en las 3 áreas.

ASUME RESPONSABILIDADES	SÍ	EN PROCESO	NO
--------------------------------	---------------	-----------------------	---------------

Autonomía (en el empleo)
(EMD. Vector “Formativo-laboral”. Objetivo 3 “Empleabilidad”. Indicador 3.2.)
(Desplegable con posibilidad de una sola elección)

- 4. Dispone de herramientas y habilidades suficientes para el acceso a un empleo.
- 3. Dispone de ciertas herramientas y habilidades para el acceso a un empleo, requiriendo apoyo intermitente.
- 2. Dispone de limitadas herramientas y habilidades para el acceso a un empleo, necesitando apoyo generalizado.
- 1. Carece de herramientas y habilidades para el acceso a un empleo.

Mantenimiento
(EMD. Vector “Formativo-laboral”. Objetivo 3 “Empleabilidad”. Indicador 3.3.)
(Desplegable con posibilidad de una sola elección)

- 4. Dispone de habilidades de mantenimiento y mantiene el empleo al menos 6 meses.
- 3. Dispone de habilidades de mantenimiento pero no mantiene el empleo al menos 6 meses.
- 2. No dispone de habilidades de mantenimiento pero mantiene el empleo al menos 6 meses.
- 1. No dispone de habilidades de mantenimiento y no mantiene el empleo al menos 6 meses.

VOLICIÓN:

Juicio clínico ocupacional y observaciones (literal)

1.HÁBITOS Y RUTINAS COTIDIANAS	2.ROLES DE VIDA	3. TIEMPO LIBRE Y PROYECTOS	4.DESEMPEÑO HABILIDADES	5.ENTORNO	6.ACUERDO TERAPÉUTICO	7.RESUMEN
--------------------------------------	--------------------	-----------------------------------	----------------------------	-----------	--------------------------	-----------

ENTORNO FÍSICO

F.
PROTECCIÓN

F.
RIESGO

ENTORNO SOCIO-FAMILIAR

ENTORNO PRODUCTIVO

ENTORNO DE TIEMPO LIBRE

VOLICIÓN:

Juicio clínico ocupacional y observaciones (literal)

1.HÁBITOS Y RUTINAS COTIDIANAS	2.ROLES DE VIDA	3. TIEMPO LIBRE Y PROYECTOS	4.DESEMPEÑO HABILIDADES	5.ENTORNO	6.ACUERDO TERAPÉUTICO	7.RESUMEN
--------------------------------------	--------------------	--------------------------------	----------------------------	-----------	--------------------------	-----------

	(Fecha automática) ACUERDOS	(Fecha automática) REVISIÓN	(Fecha automática) REVISIÓN	(Fecha automática) REVISIÓN
HÁBITOS Y RUTINAS COTIDIANAS	(Espacio suficiente y ajustado al contenido)			
ROLES DE VIDA				
TIEMPO LIBRE Y PROYECTOS				
DESEMPEÑO HABILIDADES				
ENTORNO				

PLAN DE INTERVENCIÓN OCUPACIONAL

☐ INDIVIDUAL

☐ FAMILIAR

☐ GRUPAL

Nombre grupo

Tipo Actividad
(externa-interna)

Inicio

Fin

Motivo salida

- (Aquí debería estar ya escrito el listado de grupos a los que se puede incorporar el paciente)
- ...

- Al anotarle aquí, aparecería dado de alta automáticamente en el listado de miembros del grupo y en la hoja de seguimiento.
- Igual sucedería al darle salida del grupo
- **Vinculado a listado de grupos y hoja de seguimientos**
- Cada vez que se modifique algo o se introduzca algo nuevo en la Historia Ocupacional, debería aparecer la fecha automáticamente.

ANEXO 2

CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN-VALORACIÓN.

CUESTIONARIO SOBRE OCUPACION TIEMPO LIBRE

Clave RAD:

Fecha:

Escala de Likert (1):

0.- No realiza // 1.- Realiza poco // 2.- Realiza bastante // 3.- Realiza mucho // 4.- No sabe no contesta

Escala de Likert (2):

0.- No me interesa // 1.- Me interesa poco // 2.- Me interesa bastante // 3.- Me interesar mucho // 4.- No sabe no contesta

	TIPO	¿Participabas anteriormente?	¿Participas actualmente?	¿Cuántos días/mes?	¿Te gustaría realizarla en el futuro?
Escala	Likert	(1)	(1)		(2)
Actividades deportivas	Montar en bicicleta				
	Jugar al golf				
	Jugar al fútbol				
	Jugar al tenis				
	Jugar al baloncesto				
	Piscina				
	Otros				
Actividades culturales	Estudiar idiomas				
	Asistir a charlas conferencias /exposiciones				
	Leer				
	Escribir				
	Ir a conciertos				
	Curso sobre un tema de interés				
	Ir al cine /teatro				
	Visitas culturales (campo, ciudad)				
	Estudiar por placer				
	Otras actividades				
Actividades lúdicas/ hobbies	Coleccionar				
	Practicar jardinería				
	Coser/ Tejer				
	Jugar cartas				
	Escuchar radio				
	Arreglar o reparar objetos				
	Bailar				
	Fotografiar				
	Escuchar música				
	Hacer puzles				
	Cocinar por placer				
	Ver películas				
	Cazar-pescar				

	TIPO	¿Participabas anteriormente?	¿Participas actualmente?	¿Cuántos días/mes?	¿Te gustaría realizarla en el futuro?
Escala	Likert	(1)	(1)		(2)
	Pasear/senderismo				
	Viajar/excursiones				
	Hacer maquetas				
	Hacer pasatiempos				
	Manualidades (cerámica, pintura)				
	Cuidar mascotas				
	Observar animales y naturaleza				
	Decorar la casa				
	Cantar/Estar en un grupo musical				
	Ver escaparates				
	Ver deporte				
	Cuidar animales				
	Observar animales y naturaleza				
	Otras				
Actividades Sociales	Reuniones con amigos				
	Reuniones familiares (pareja, hijos...)				
	Jugar bolos				
	Juegos de mesa				
	Barbacoas				
	Ir a fiestas, pubs, discotecas, bares...				
	Ir a rastros/ mercadillos				
	Acampar				
	Participar en asociaciones (religiosas, políticas, vecinos, clubs, peñas...)				
	Actividades de voluntariado				
	Estar en la calle/ parque con amigos				
	Otras actividades				
Nuevas Tecnologías	Redes Sociales: foros, chats, facebook				
	Juegos (videojuegos, consolas...)				
	Navegar en internet				
	Móviles (hablar o mandar mensajes)				

CUESTIONARIO DE INTERESES ADAPTADO A POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE (Keilhofner - Neville 1983)

Autores: M^a Sol de Ena de la Cuesta y los colaboradores del área de Terapia Ocupacional.

CUESTIONARIO EVALUACIÓN OCIO (PRE Y POST)			
Elaborado por el Área de Terapia Ocupacional en coordinación con el Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones de Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid.			
Grado de acuerdo con cada frase.	Nada de acuerdo (1)	Poco de acuerdo (2)	Muy de acuerdo (3)
1. Para mí es importante realizar y disfrutar de actividades de ocio adecuadas a mis intereses.	1	2	3
2. Me interesa mucho aprender a planificar adecuadamente mis actividades de ocio.	1	2	3
3. Me gustaría participar en algún programa o taller para aprender a planificar y disfrutar de las actividades de ocio.	1	2	3
4. Me resulta fácil hacer actividades de ocio en mi tiempo libre.	1	2	3
5. Soy capaz de organizarme de modo que mis obligaciones familiares, sociales y laborales no me impidan realizar actividades de ocio.	1	2	3
6. Soy capaz de organizar por mí mismo/a mis actividades de ocio sin ningún problema.	1	2	3
7. Para disfrutar realmente de una actividad de ocio, no necesariamente necesito compartirla con otras personas.	1	2	3
8. Las actividades de ocio en compañía de otras personas siempre me resultan muy interesantes.	1	2	3
9. Me resulta fácil incorporarme a actividades de ocio en compañía de otras personas.	1	2	3
10. Tengo habilidades personales suficientes para desarrollar diversas actividades de ocio.	1	2	3
11. No tengo complejos ni problemas personales que	1	2	3

me impidan o dificulten disfrutar de actividades de ocio.			
12. Conozco recursos de mi ciudad para desarrollar actividades de ocio.	1	2	3
13. Suelo utilizar recursos de mi entorno para disfrutar actividades de ocio.	1	2	3
14. Dispongo de medios suficientes (medios económicos, tiempo libre, apoyo familiar, etc.) para disfrutar de actividades de ocio.	1	2	3
15. Suelo planificar mis actividades de ocio y reservar un tiempo para las mismas.	1	2	3
16. En general, me siento bastante satisfecho/a con la forma en que tengo organizada mi vida.	1	2	3
17. Generalmente, realizo actividades de ocio que me ayudan a sentirme seguro/a y satisfecho/a.	1	2	3
18. Suelo realizar periódicamente algún tipo de actividad que me ayuda a desarrollar mis capacidades físicas.	1	2	3
19. Suelo realizar periódicamente algún tipo de actividad que me ayuda a desarrollar mis capacidades intelectuales.	1	2	3
20. Suelo realizar semanalmente algún tipo de actividad de ocio con mi familia.	1	2	3
21. Suelo realizar semanalmente algún tipo de actividad que me ayuda a tener y mantener relaciones sociales.	1	2	3
22. Suelo realizar semanalmente algún tipo de actividad que me ayuda a desarrollar mi creatividad.	1	2	3
23. Sé cómo encontrar la forma de realizar actividades de ocio gratuitas.	1	2	3
24. Soy capaz de disfrutar de las pequeñas cosas del día a día.	1	2	3

CUESTIONARIO SOBRE OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE

Adaptado por el área de Terapia Ocupacional del Instituto de Adicciones Madrid Salud del Ayuntamiento Madrid.

Adaptado del cuestionario de Fernández y Pavón, 1990

Edad:

Sexo:

	LO HACES ACTUALMENTE SI = X NO = vacío	SOLÍAS HACERLO SI = X NO = vacío	TE GUSTARÍA HACERLO SI = X NO = vacío
1. Escuchar música	☐	☐	☐
2. Tocar algún instrumento	☐	☐	☐
3. Ir al cine	☐	☐	☐
4. Arreglar o reparar objetos	☐	☐	☐
5. Bailar	☐	☐	☐
6. Pintar	☐	☐	☐
7. Arreglarme físicamente	☐	☐	☐
8. Dibujar	☐	☐	☐
9. Realizar trabajos manuales	☐	☐	☐
10. Practicar deportes	☐	☐	☐

11. Ir al campo	☐	☐	☐
12. Ir al teatro	☐	☐	☐
13. Cantar	☐	☐	☐
14. Pasear	☐	☐	☐
15. Tomar el sol	☐	☐	☐
16. Ir a la piscina	☐	☐	☐
17. Conocer otros lugares	☐	☐	☐
18. Leer (libros, cómics, revistas, periódicos, etc.)	☐	☐	☐
19. Estudiar	☐	☐	☐
20. Escribir (cartas, diarios, poemas, cuentos, etc.)	☐	☐	☐
21. Pasatiempos	☐	☐	☐
22. Escuchar la radio	☐	☐	☐
23. Observar a la gente (parque, terraza, ventana, etc.)	☐	☐	☐
24. Planificar actividades	☐	☐	☐
25. Montar en vehículos (bicicleta, moto, coche, etc.)	☐	☐	☐

26. Estar con mi pareja	☐	☐	☐
27. Estar con mis hijos	☐	☐	☐
28. Ordenar mis cosas	☐	☐	☐
29. Dedicar más horas al trabajo habitual	☐	☐	☐
30. Establecer / buscar relaciones sexuales	☐	☐	☐
31. Viajar	☐	☐	☐
32. Hacer excursiones	☐	☐	☐
33. Realizar algún curso sobre temas de interés	☐	☐	☐
34. Móviles: hablar o mandar o recibir mensajes, etc.	☐	☐	☐
35. Asistir a conciertos musicales	☐	☐	☐
36. Juegos de mesa (cartas, parchís, dominó...)	☐	☐	☐
37. Cocinar	☐	☐	☐
38. Labores domésticas	☐	☐	☐
39. Ir de compras	☐	☐	☐
40. Coleccionar algo	☐	☐	☐

41. Salir a mirar tiendas, escaparates	☐	☐	☐
42. Actividades de jardinería	☐	☐	☐
43. Jugar al billar, dardos, fútbolín	☐	☐	☐
44. Jugar con videojuegos, ordenador	☐	☐	☐
45. Estar con amigos	☐	☐	☐
46. Comer	☐	☐	☐
47. Conocer gente nueva	☐	☐	☐
48. Ir a discotecas, pubs, bares	☐	☐	☐
49. Cuidar animales	☐	☐	☐
50. Ver televisión, vídeos, etc.	☐	☐	☐
51. Ligar	☐	☐	☐
52. Redecorar, arreglar la casa, el cuarto, etc.	☐	☐	☐
53. Dormir	☐	☐	☐
54. Asistir a acontecimientos deportivos	☐	☐	☐
55. Ir a museos, conferencias y exposiciones	☐	☐	☐

56. Visitas familiares	☐	☐	☐
57. Cuidar a personas	☐	☐	☐
58. Lugares de ocio (parque de atracciones, zoo, planetario)	☐	☐	☐
59. Visitar rastro, mercadillos	☐	☐	☐
60. Ir a fiestas populares (verbenas, romerías, fiestas, etc.)	☐	☐	☐
61. Hacer reuniones, fiestas en casa	☐	☐	☐
62. Ir a restaurantes	☐	☐	☐
63. Conversar	☐	☐	☐
64. Realizar actividades religiosas	☐	☐	☐
65. Participar en asociaciones (partidos políticos, peñas deportivas, asociaciones vecinales, etc.)	☐	☐	☐
66. Actividades relacionadas con la costura	☐	☐	☐
67. Internet: foros, chats, webs, etc.	☐	☐	☐

EAVDA - EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADICCIONES													
Clave	Hª	Edad	Sexo	Vivienda				Ocupación				Fecha 1ª	
Valoración		No realiza (0)	No realiza y se interesa (1)	Realiza con apoyos (2)		Realiza solo con deficiencias (3)		Realiza solo y bien (4)				Puntuación	
		1ª 2ª	1ª 2ª	1ª 2ª		1ª 2ª		1ª 2ª				1ª 2ª	
ABVD													
Higiene													
	Lavado ,baño, ducha												
	Boca												
	Cabello												
	Uñas												
Vestido													
	Limpieza-cuidado ropa												
	Calzado												
	Adecuación de vestido												
Alimentación													
	Dieta equilibrada												
	Respeto horarios												
	Nº adecuado comidas												
Descanso													
	Horas suficientes												
	Regulación de horarios												
Salud													
	Control medicación												
	Gestión citas												
AIVD													
Cuidado espacio personal													
	Hacer cama												
	Barrer-fregar-limpiar												
	Ordenar												

Cuidado casa													
	Barrer-fregar-limpiar												
	Ordenar												
	Limpieza WC												
	Limpieza cocina												
	Poner-quitar mesa												
	Fregar vajilla												
	Sacar basura												
Cuidado de otros													
	Familiares-amigos												
	Pareja-hijos												
	Animales-plantas												
Cocina													
	Planificar menú-compra												
	Manejo electrodomest.												
	Preparar comida fría												
	Cocinar												
Ropa													
	Preparar-poner lavado												
	Tender												
	Planchar												
Comunicación													
	Teléfono												
	Ordenador												
Trasporte													
	Uso trasporte público												
	Uso vehículo privado												
Manejo dinero													
	Pequeñas compras												
	Control ingresos-gtos.												
	Gestiones bancarias												
	Compras grandes												

AAVD														
Manejo tiempo														
	Estructura rutina día													
	Prioriza tareas													
	Tiempos-actividades													
Gestiones en la comunidad														
	Conoce donde													
	Cumplimenta documentos													
Mantenimiento hogar														
	Bricolaje													
	Arreglos importantes													
Resultado		Limitaciones personales						Prioridades del paciente						
ABVD.- AIVD.- AAVD.-	1ª	2ª	Físicas.- Psíquicas.- Sensoriales.- Contexto.-						ABVD.- AIVD.- AAVD.- Apreciación personal.-					
Observaciones:														
Objetivos:														



ANEXO 3

EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL (EVALUACIÓN OBJETIVA DE RESULTADOS DE TRATAMIENTO). DOCUMENTO GUÍA.



EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL
(DOCUMENTO GUÍA)

EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL (DOCUMENTO GUÍA)

<u>VECTORES</u>	<u>Ponderación</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Indicadores</u>	<u>Págs.</u>
1. SALUD Y AUTOCUIDADOS.....	16%.....	5.....	11.....	3
2. PSICOPATOLOGÍA	18%.....	6.....	7.....	9
3. CONSUMO.....	28%.....	5.....	12.....	16
4. FAMILIAR.....	11%.....	4.....	8.....	24
5. SOCIO-RELACIONAL.....	11%.....	5.....	6.....	30
6. FORMATIVO-LABORAL.....	9%.....	4.....	8.....	35
7. OCIO.....	7%.....	3.....	6.....	41
TOTAL.....	100%.....	32.....	58	

- Indicadores según profesional/es responsable de la cumplimentación:**

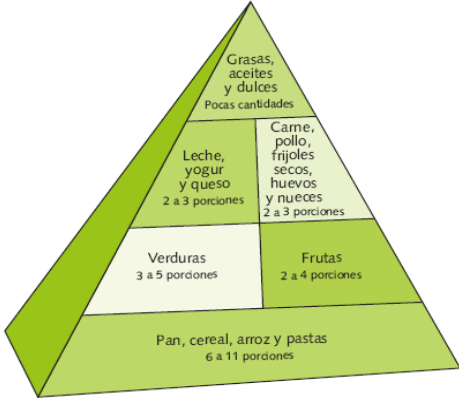
	<i>Responsable 1º</i>	<i>Responsable 2º</i>
• Médicos	4.....	16
• Enfermeros	9.....	4
• Psicólogos	13.....	2
• T.T.S.S.	13.....	13
• T.T.O.O.	8.....	12
• Profesional	11.....	0

VECTOR 1: SALUD Y AUTOCUIDADOS (16)

OBJETIVO GENERAL

Reducir y controlar los riesgos y daños asociados y/o producidos por el consumo de drogas. Conseguir hábitos saludables.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	PONDERACIÓN
1. Conseguir y mantener un estado nutricional adecuado.	Nutrición	Referido a los hábitos de alimentación que realiza el individuo: • Índice de Masa Corporal (I.M.C.) dentro de rangos saludables. • Dieta equilibrada. • Patrón de eliminación.	4
2. Conseguir y mantener hábitos de higiene saludables.	Higiene	Conductas relacionadas con el aseo, el ejercicio físico y el sueño: • Higiene del sueño y ejercicio físico. • Higiene corporal. • Higiene buco-dental.	3
3. Adquirir y mantener una sexualidad saludable.	Sexualidad	Conductas relacionadas con la sexualidad: • Sexo más seguro. • Satisfacción sexual.	3
4. Conseguir y mantener adherencia al tratamiento.	Adherencia al tratamiento	Participación e implicación del paciente en su proceso de tratamiento: • Cumplimiento de pautas de tratamiento farmacológico. • Cumplimiento de pautas de tratamiento no farmacológico.	5
5. Prevenir y controlar las patologías asociadas e/o inducidas por el consumo de drogas para mejorar la calidad de vida.(Modificado Karnofsky).	Enfermedades	Repercusión de los signos y síntomas de las patologías en la calidad de vida del paciente.	5

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
1. Conseguir y mantener un estado nutricional adecuado. Nombre: Nutrición. Ponderación: 4	Referido a los hábitos de alimentación que realiza el individuo - Índice de Masa Corporal (I.M. C.) dentro de rangos saludables - Dieta equilibrada - Patrón de eliminación <u>Dieta equilibrada:</u> Frecuencia de comidas y dieta variada (PIRÁMIDE ALIMENTICIA): pan, cereal, arroz, pasta, frutas, verduras y lácteos, las porciones corresponden a consumo diario; pescado, pollo, huevos y legumbres, las porciones corresponden a 2-3 veces por semana; grasas y dulces, las porciones corresponden a 2 a 3 veces al mes. 	1.1 ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN RANGOS SALUDABLES. IMC = $\text{Peso/Talla al cuadrado}$ Ponderación 50% (Enfermero/médico)	4	Normopeso (20 - 24,9).
			3	Sobrepeso (25-29,9). Bajo peso (18-19,9).
			2	Obesidad (30-34,9). Anorexia (15-17,9).
			1	Obesidad mórbida (> 35). Caquexia (<14,9).
		1.2 DIETA EQUILIBRADA Frecuencia de comidas y "dieta variada". (1) Ponderación 30% (Enfermero/médico)	4	Dieta variada y 3 o más ingestas al día.
			3	Dieta variada y hasta 2 ingestas al día.
			2	Dieta no variada y 3 o más ingestas al día.
			1	Dieta no variada y hasta 2 ingestas al día.
		1.3 PATRÓN DE ELIMINACIÓN Frecuencia de eliminación y dificultad en la eliminación (Entendiendo regularidad como la frecuencia de entre 2 -3 veces / día hasta 2-3 veces / semana). Ponderación 20% (Enfermero/médico)	4	Regular y sin dificultad.
			3	Regular con dificultad.
			2	Irregular sin dificultad.
			1	Irregular con dificultad.

(1) "Dieta variada": Aquella que incluye alimentos de todos los grupos alimenticios. Para valorarla se realiza una encuesta dietética retrospectiva referida a un periodo de tiempo determinado, habitualmente mediante recordatorio de ingesta de 24 horas o encuesta sobre frecuencia de consumo de alimentos en un periodo más amplio, por ejemplo de una semana.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
2. Conseguir y mantener hábitos de higiene saludables. Nombre: Higiene. Ponderación: 3	Conductas relacionadas con el aseo, el ejercicio físico y el sueño: - Higiene del sueño y ejercicio físico. - Higiene corporal. - Higiene buco-dental.	2.1 HIGIENE DEL SUEÑO, EJERCICIO FÍSICO. Valora la capacidad para un sueño reparador (1) y la frecuencia de actividad física. Ponderación 33,33% (Enfermero/médico)	4	Sueño reparador y actividad física.
			3	Sueño reparador y no actividad física.
			2	Sueño no reparador y actividad física.
			1	Sueño no reparador y no actividad física.
		2.2 HIGIENE CORPORAL Frecuencia aseo / semana. Ponderación 33,33% (Enfermero/médico)	4	Aseo corporal diario.
			3	Aseo corporal 3 – 5 veces / semana.
			2	Aseo corporal 1 - 2 veces / semana.
			1	Aseo corporal menos de 1 vez / semana.
		2.3 HIGIENE BUCO-DENTAL. Estado de la boca y piezas dentales (valorando la limpieza como la frecuencia de cepillados dentales de al menos una vez al día y la funcionalidad).(2) Ponderación 33,33% (Enfermero/médico)	4	Limpia y funcional.
			3	No limpia y funcional.
			2	Limpia y no funcional.
			1	No limpia y no funcional.

(1) Sueño reparador: Valorando tanto la calidad como la sensación de haber descansado, las interrupciones y la conciliación.

(2) "Funcionalidad": Capacidad de la dentadura para realizar de forma adecuada las funciones de masticación y de pronunciación.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
3. Adquirir y mantener una sexualidad saludable. Nombre: Sexualidad. Ponderación: 3	Conductas relacionadas con la sexualidad: • Sexo más seguro. • Satisfacción sexual.	3.1 SEXO MÁS SEGURO. UTILIZACIÓN DEL PRESERVATIVO. Frecuencia de la utilización del preservativo en la relación sexual. Ponderación 80% (Enfermero/médico)	4	Siempre (100%).
			3	Casi siempre (50% – 99%).
			2	A veces (0 % – 49%).
			1	Nunca (0%).
		3.2 SATISFACCIÓN SEXUAL. Percepción del paciente respecto de su sexualidad. Ponderación 20% (Enfermero/médico)	4	Satisfecho.
			3	Casi siempre satisfecho.
			2	A veces satisfecho.
			1	Nunca satisfecho.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
4. Conseguir y mantener la adherencia al tratamiento. Nombre: Adherencia al tratamiento. Ponderación: 5	Participación e implicación del paciente en su proceso de tratamiento: - Cumplimiento de pautas de tratamiento farmacológico. - Cumplimiento de pautas de tratamiento no farmacológico.	4.1 CUMPLIMIENTO DE PAUTAS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. Frecuencia de cumplimiento de las pautas de tratamiento farmacológico. Ponderación 50% (Médico/enfermero)	4	Siempre (90% - 100%) o bien no precisa tratamiento farmacológico.
			3	Casi siempre (60% – 89%).
			2	A veces (10 % – 59%).
			1	Nunca (menos del 10%).
		4.2 CUMPLIMIENTO DE PAUTAS DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO. Frecuencia de cumplimiento de las pautas de tratamiento no farmacológico. Ponderación 50% (Profesional de referencia)	4	Siempre (90% - 100%).
			3	Casi siempre (60% – 89%).
			2	A veces (10 % – 59%).
			1	Nunca (menos del 10%).

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
5. Prevenir y controlar las patologías asociadas y/o inducidas por el consumo de drogas para mejorar la calidad de vida (modificado Karnofsky). Nombre: Enfermedades. Ponderación: 5	Repercusión de los signos y síntomas de las patologías en la calidad de vida del paciente.	5.1 VALORACIÓN DE PRESENCIA DE ENFERMEDAD, FUNCIONALIDAD Y GRADO DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE. (Modificado Karnofsky) Ponderación 100% (Médico/enfermero)	4	Faltan indicios de presencia de enfermedad.
			3	Casi siempre puede realizar actividad normal con o sin esfuerzo, con signos o síntomas leves.
			2	Capaz de cuidarse pero no puede trabajar y requiere apoyo ocasionalmente.
			1	Requiere gran atención. Cuidados especiales. No se vale por si mismo.

VECTOR 2: PSICOPATOLOGÍA (18)

OBJETIVO GENERAL

Lograr la mayor estabilidad psíquica posible del paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	PONDERACIÓN
1. Restablecer el contacto con la realidad, alterado por trastornos del pensamiento y/o la percepción.	Realidad	Valoración y reducción de las alteraciones en el contacto con la realidad , ya sea en forma de alteraciones el pensamiento o alteraciones en la percepción , de forma que no afecten o lo hagan en la menor medida posible, a la funcionalidad del paciente.	5
2. Reducir el nivel de ansiedad patológico.	Ansiedad	Valoración y reducción de el nivel de ansiedad patológico del paciente y sus síntomas, de forma que no afecten o lo hagan en la menor medida posible, a su funcionalidad.	3
3. Estabilizar el estado de ánimo.	Ánimo	Valoración y reducción de las alteraciones del estado de ánimo del paciente y sus síntomas, de forma que no afecten o lo hagan en la menor medida posible, a su funcionalidad.	4
4. Incrementar la capacidad de autocontrol del sujeto y minimizar el riesgo de violencia.	Impulsividad	Valoración y reducción de los trastornos del control de los impulsos del paciente, de forma que no afecten o lo hagan en la menor medida posible, a su funcionalidad. Reducción del riesgo de acciones violentas que comprometan la integridad d las personas o de la propiedad.	4
5. Minimizar el riesgo de suicidio.	Suicidio	Valoración y reducción de el riesgo de suicidio del paciente y/o de la presencia de ideas o intentos autolíticos.	4
6. Optimizar las capacidades cognitivas del paciente para que sea funcional.	Capacidad cognitiva	Valoración y reducción de el grado de deterioro cognitivo del paciente y mejora, en lo posible, de sus capacidades cognitivas y su funcionalidad.	3

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
1. Restablecer el contacto con la realidad, alterado por trastornos del pensamiento y/o la percepción. Nombre: Realidad. Ponderación: 5	Valoración y reducción de las alteraciones en el contacto con la realidad, ya sea en forma de alteraciones del pensamiento o alteraciones en la percepción, de forma que no afecten o lo hagan en la menor medida posible, a la funcionalidad del paciente.	1.1 ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO. Presencia de síntomas (ideas delirantes, delirios) y gravedad de los mismos. Ponderación 50% (Psicólogo/médico)	4	Ausencia de alteraciones.
			3	Leve (ideas delirantes simples y ocasionales).
			2	Moderado (delirio bien sistematizado y/o que condiciona la intervención. El sujeto manifiesta algún nivel de conciencia de su delirio).
			1	Grave (delirio bien sistematizado y/o que condiciona la intervención. El sujeto no hace crítica).
		1.2 ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN. Presencia de síntomas (alucinaciones) y gravedad de los mismos. Ponderación 50% (Psicólogo/médico)	4	Ausencia de alteraciones.
			3	Presencia de alucinaciones ocasionales.
			2	Presencia persistente de alucinaciones.
			1	Presencia de más de una modalidad sensorial de alucinación y que condiciona de forma importante el tratamiento.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
2. Reducir el nivel de ansiedad patológico. Nombre: Ansiedad. Ponderación: 3	Valoración y reducción del nivel de ansiedad patológico del paciente y sus síntomas, de forma que no afecten o lo hagan en la menor medida posible, a su funcionalidad.	2.1 PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD. Presencia de síntomas patológicos de ansiedad más o menos invalidantes para la funcionalidad del paciente. Ponderación 100% (Psicólogo/médico)	4	Ausencia de ansiedad patológica.
			3	Presencia de síntomas que generan malestar pero que no interfieren en la funcionalidad del paciente.
			2	Presencia de síntomas que dificultan la funcionalidad y que requieren intervención terapéutica.
			1	Presencia de síntomas invalidantes para la funcionalidad del paciente y que requieren intervención terapéutica.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
3. Estabilizar el estado de ánimo. Nombre: Ánimo. Ponderación: 4	Valoración y reducción de las alteraciones del estado de ánimo del paciente y sus síntomas, de forma que no afecten o lo hagan en la menor medida posible, a su funcionalidad.	3.1 PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE ALTERACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO. Presencia de síntomas de alteración del estado de ánimo más o menos invalidantes para la funcionalidad del paciente. Ponderación 100% (Psicólogo/médico)	4	Estado eutímico.
			3	Presencia de síntomas que generan malestar pero que no interfieren en la funcionalidad del paciente.
			2	Presencia de síntomas que dificultan la funcionalidad y que requieren intervención terapéutica.
			1	Presencia de síntomas invalidantes para la funcionalidad del paciente y que requieren intervención terapéutica.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
4. Incrementar la capacidad de autocontrol y minimizar el riesgo de violencia. Nombre: Impulsividad. Ponderación: 4	Valoración y reducción de los trastornos del control de los impulsos del paciente, de forma que no afecten o lo hagan en la menor medida posible, a su funcionalidad. Reducción del riesgo de acciones violentas que comprometan la integridad de las personas o de la propiedad.	4.1 PRESENCIA DE EPISODIOS DE DESCONTROL DE IMPULSOS. Presencia de episodios de descontrol de impulsos o de reacciones desproporcionadas a la intensidad de estresores psicológicos y sociales, actos de violencia que comprometan la integridad de las personas o la propiedad. Ponderación 100% (Psicólogo/médico)	4	Ausencia de episodios de descontrol de impulsos (graves o leves) al menos durante los últimos 6 meses.
			3	Presencia de, al menos, un episodio leve (1) de descontrol de impulsos en los últimos 6 meses.
			2	Presencia de, al menos, un episodio grave (2) de descontrol de impulsos en los últimos 6 meses.
			1	Presencia actual (en el último mes) de, al menos, un episodio grave de descontrol de impulsos.

- (1) Episodio leve de descontrol de impulsos: Reacciones desproporcionadas a la intensidad de estresores psicológicos y sociales, sin comportamientos agresivos que comprometan la integridad del propio paciente, de otras personas o de la propiedad.
- (2) Episodio grave de descontrol de impulsos: Reacciones desproporcionadas a la intensidad de estresores psicológicos y sociales, acompañados de comportamientos agresivos que comprometan la integridad del propio paciente, de otras personas o de la propiedad.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
5. Minimizar el riesgo de suicidio. Nombre: Suicidio. Ponderación: 4	Valoración y reducción del riesgo de suicidio del paciente y/o de la presencia de ideas o intentos autolíticos.	5.1 INTENTOS PREVIOS DE SUICIDIO. Entendiendo el "intento" como un acto demostrado, con intencionalidad de muerte, que ha requerido algún tipo de intervención para evitarla. Ponderación 100% (Psicólogo/médico)	4	Ausencia de ideación autolítica actual y de antecedentes de intentos autolíticos.
			3	Ausencia de ideación suicida actual pero presencia de antecedentes de intentos autolíticos.
			2	Presencia actual de ideas autolíticas no estructuradas, no persistentes, con o sin antecedentes.
			1	Presencia de ideación actual planificada y persistente o intento autolítico reciente (en el último mes), con o sin antecedentes.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
6. Optimizar las capacidades cognitivas del paciente para que sea funcional. Nombre: Capacidad cognitiva. Ponderación: 3	Valoración y reducción de el grado de deterioro cognitivo del paciente y mejora, en lo posible, de sus capacidades cognitivas y su funcionalidad.	6.1 DETERIORO COGNITIVO. Afectación de las capacidades cognitivas del paciente y de su funcionalidad. Ponderación 100% (Psicólogo/T Ocupacional)	4	Ausencia de deterioro o funciones cognitivas conservadas.
			3	Deterioro específico de carácter leve de alguna de las capacidades cognitivas o deterioro leve generalizado, que interfiere pero no compromete la funcionalidad del paciente.
			2	Deterioro específico de carácter grave de alguna de las capacidades cognitivas o deterioro moderado generalizado, que compromete la funcionalidad del paciente..
			1	Deterioro severo de las capacidades cognitivas, que compromete seriamente la funcionalidad del paciente.

VECTOR 3: CONSUMO (28)

OBJETIVO GENERAL

Lograr la abstinencia, la máxima reducción del consumo o el consumo de menor riesgo

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	PONDERACIÓN
1. Conocer e identificar efectos y riesgos de las drogas que consume.	Conciencia de problema	Que el paciente sea capaz de reconocer cuales son las consecuencias que el consumo de drogas tiene en su propia vida e incrementar su motivación para implicarse en el tratamiento.	3
2. Abandonar o reducir el consumo de las drogas por las que solicita tratamiento.	Abstinencia/reducción	Mantener periodos libres de consumo que vendrán determinados por la sustancia o sustancias que generan la demanda. Dejar de consumir o disminuir tanto en la cantidad como en el número de veces que se consume la droga o drogas que el paciente identifica como generadoras de la demanda de tratamiento.	5
3. Evitar o reducir el consumo de drogas, que no han generado la demanda.	Consumo de otras drogas	No iniciar el consumo o, si ya se consume, disminuir la cantidad y número de veces que se utilizan las drogas que no generan la demanda, con la finalidad de evitar que se desplace el problema a otra droga.	3
4. Evitar o reducir los daños y riesgos asociados al consumo.	Daños y riesgos	Disminuir las consecuencias negativas que el consumo produce y prevenir la aparición de otros daños y riesgos directamente asociadas al acto del consumo. <u>Daño</u> : Consecuencia negativa concreta asociada directamente al acto de consumo de drogas <u>Riesgo</u> : Probabilidad que tiene la conducta de consumir drogas de causar alguna consecuencia negativa.	4
5. Evitar, disminuir o distanciar las recaídas y reducir su impacto.	Recaídas	Distanciar, disminuir o evitar las recaídas así como su impacto en el paciente. <u>Recaída</u> : Después de un periodo de abstinencia (mínimo de 3 meses), vuelta a un patrón mantenido de consumo con repetición de conductas que conformaban el estilo de vida previo a tratamiento.	3

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
1. Conocer e identificar efectos y riesgos de las drogas que consume. Nombre: Motivación y Conciencia de problema. Ponderación: 3	Que el paciente sea capaz de reconocer cuales son las consecuencias que el consumo de drogas tiene en su propia vida e incrementar su motivación para implicarse en el tratamiento.	1.1 MOTIVACIÓN Y CONCIENCIA DE PROBLEMA. Inspirado en estadios de Modelo Transteórico del Cambio. Ponderación 100% (Psicólogo/Médico)	4	Mantiene y consolida los cambios realizados en su conducta y estilo de vida durante al menos 6 meses.
			3	Es consciente de su problema y cambia su conducta y estilo de vida asociado al consumo.
			2	Es consciente de que existe un problema, considera la posibilidad de cambiar o inicia pequeños cambios. Su actitud es ambivalente.
			1	No se plantea modificar su conducta (de consumo y estilo de vida asociado) y/o no es consciente de que esa conducta representa un problema.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt	Descripción
2. Abandonar o reducir el consumo de las drogas por las que solicita tratamiento. Nombre: Abstinencia / reducción. Ponderación: 5	Mantener periodos libres de consumo que vendrán determinados por la sustancia o sustancias que generan la demanda. Dejar de consumir o disminuir tanto en la cantidad como en el número de veces que se consume la droga o drogas que el paciente identifica como generadoras de la demanda de tratamiento.	2.1 CONSTATACIÓN DEL CONSUMO SEGÚN CONTROLES TOXICOLÓGICOS. Resultados de las determinaciones toxicológicas realizadas al paciente. En el caso de una valoración inicial, la puntuación solo podrá ser 1 o 4. (1) Ponderación 20% (Profesional de referencia)	4	100% de determinaciones negativas.
		2.2 "NÚMERO DE VECES" QUE HA CONSUMIDO DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES. Ponderación 30% (Profesional de referencia)	3	Más del 50% de determinaciones negativas.
			2	Menor o igual al 50% de determinaciones negativas.
			1	0% de determinaciones negativas o refiere consumo activo.
		2.3 "CANTIDAD DE SUSTANCIA" CONSUMIDA EN EL ÚLTIMO MES Mide el incremento o la disminución de la cantidad de sustancia/s consumida/s, con respecto a la cantidad que el paciente consumía al iniciar tratamiento. Nota: En la evaluación inicial, si hay consumo se puntuaría 1 y, si no hay consumo, se puntuaría 4. Ponderación 10% (Profesional de referencia)	4	Ninguna.
			3	Alguna al mes.
			2	Alguna a la semana.
			1	Diaria, una o más veces.
		2.3 "CANTIDAD DE SUSTANCIA" CONSUMIDA EN EL ÚLTIMO MES Mide el incremento o la disminución de la cantidad de sustancia/s consumida/s, con respecto a la cantidad que el paciente consumía al iniciar tratamiento. Nota: En la evaluación inicial, si hay consumo se puntuaría 1 y, si no hay consumo, se puntuaría 4. Ponderación 10% (Profesional de referencia)	4	100% de disminución.
			3	Más del 50% de disminución.
			2	Menos del 50% de disminución.
			1	0% de disminución o aumento del consumo.

(1) En la valoración inicial, un único control realizado al paciente, independientemente del resultado del mismo, se considerará como el 100% y se puntuará en función del resultado (1, si es positivo y 4 si es negativo)

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
2. Abandonar o reducir el consumo de las drogas por las que solicita tratamiento. Nombre: Abstinencia / reducción. Ponderación: 5	Mantener periodos libres de consumo que vendrán determinados por la sustancia o sustancias que generan la demanda. Dejar de consumir o disminuir tanto en la cantidad como en el número de veces que se consume la droga o drogas que el paciente identifica como generadoras de la demanda de tratamiento.	2.4 INTENSIDAD. CANTIDAD DE SUSTANCIA CONSUMIDA EN RELACIÓN A UNIDAD DE TIEMPO. Mide el tipo de consumo "en atracón", como consumo de especial riesgo. Ponderación 10% (Profesional de referencia)	4	Ausencia de consumos en atracón en el último año.
			3	Algún consumo en atracón en el último año.
			2	Algún consumo en atracón en los últimos tres meses.
			1	Algún consumo en atracón en el último mes.
		2.5 RELACIÓN DEL PACIENTE CON LA SUSTANCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. (1) Ponderación 30% (Profesional de referencia)	4	Ninguna (Abstinencia).
			3	Uso.
			2	Abuso.
			1	Dependencia.

(1) Nota: Cuando a lo largo del periodo de 12 meses, el paciente haya tenido episodios de uso, abuso o dependencia (según criterios DSM IV R) o ninguna, se tomará como referencia el de mayor gravedad.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
3. Evitar o reducir el consumo de drogas que no han generado la demanda. Nombre: Consumo de otras drogas. Ponderación: 3	No iniciar el consumo o, si ya se consumen, disminuir la cantidad y número de veces que utilizan las drogas que no generan la demanda, con la finalidad de evitar que se desplace el problema a otras sustancias.	3.1 CONSUMO DE OTRAS DROGAS. Mide el consumo de sustancias nuevas que no generaron la demanda, tomando como referencia el último mes. Ponderación 100 % (Profesional de referencia)	4	No consume ninguna droga distinta a la o las que generaron la demanda.
			3	Reduce.
			2	Mantiene.
			1	Inicia o aumenta el consumo de otras drogas.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
4. Evitar o reducir los daños y riesgos asociados al consumo. Nombre: Daños y riesgos. Ponderación: 4	<i>Disminuir las consecuencias negativas que el consumo produce y prevenir la aparición de otros daños y riesgos directamente asociadas al acto del consumo.</i> <u>Daño</u>: Consecuencia negativa concreta asociada directamente al acto de consumo de drogas. <u>Riesgo</u>: Probabilidad que tiene la conducta de consumir drogas de causar alguna consecuencia negativa.	4.1 INTOXICACIÓN GRAVE. Entendiendo intoxicación grave como aquella que precisa atención médica, independientemente de si el paciente la recibe o no. Ponderación 25% (Médico/enfermero)	4	No existencia de episodios de intoxicación grave en los últimos 3 meses.
			3	Al menos 1 episodio de intoxicación grave en los últimos 3 meses.
			2	Al menos 1 episodio de intoxicación grave en el último mes.
			1	Al menos 1 episodio de intoxicación grave en la última semana.
		4.2 DAÑOS Y RIESGOS DIRECTAMENTE ASOCIADOS AL ACTO DEL CONSUMO. Ponderación 25% (Enfermero/médico)	4	No existen daños ni conductas de riesgo (1) directamente asociados al acto del consumo.
			3	No existen daños pero hay conductas de riesgo (1) asociadas al consumo.
			2	No existen conductas de riesgo(1) asociadas al consumo pero hay daños.
			1	Existen conductas de riesgo(1) y daños físicos, psíquicos y/o sociales directamente asociados al acto del consumo.

(1) Conducta de riesgo: Conducta asociada al consumo que incrementa la probabilidad de generar daños (compartir jeringuillas u otro material de consumo, no asepsia, conducir bajo los efectos del consumo, etc.).

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
4. Evitar o reducir los daños y riesgos asociados al consumo. Nombre: Daños y riesgos. Ponderación: 4	<i>Disminuir las consecuencias negativas que el consumo produce y prevenir la aparición de otros daños y riesgos directamente asociados al acto del consumo.</i> <i><u>Daño:</u> Consecuencia negativa concreta asociada directamente al acto de consumo de drogas.</i> <i><u>Riesgo:</u> Probabilidad que tiene la conducta de consumir drogas de causar alguna consecuencia negativa.</i>	4.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA. <i>Mide la presencia y gravedad de la sintomatología de abstinencia presentada por el paciente.</i> Ponderación 25% (Médico/enfermero)	4	Ausencia de síntomas de abstinencia.
			3	Sintomatología de abstinencia leve, que no requiere tratamiento farmacológico.
			2	Sintomatología de abstinencia moderada que requiere tratamiento farmacológico ambulatorio.
			1	Sintomatología de abstinencia grave que requiere ingreso hospitalario.
		4.4 VIA DE CONSUMO.(1) Ponderación 25% (Profesional de referencia)	4	Ninguna (Abstinencia).
			3	Esnifada u oral.
			2	Fumada o inhalada.
			1	Parenteral.

(1) En el caso de que se consuma por varias vías, (independientemente de que se trate de una o varias sustancias), se tomará como referencia la vía de mayor riesgo.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
5. Evitar, disminuir o distanciar las recaídas y reducir su impacto. Nombre: Recaída. Ponderación: 3	Distanciar, disminuir o evitar las recaídas, así como su impacto en el paciente. <i>Recaída:</i> Después de un periodo de abstinencia (mínimo de 3 meses), vuelta a un patrón mantenido de consumo con repetición de conductas que conformaban el estilo de vida ligado al consumo.	5.1 RECAÍDAS. (1) (2) Ponderación 100% (Profesional de referencia)	4	No existen consumos ni conductas asociadas al estilo de vida de consumo.
			3	No existen consumos pero si inicio de conductas asociadas al estilo de vida de consumo.
			2	Consumos esporádicos, con o sin vuelta al estilo de vida de consumo.
			1	Patrón mantenido de consumo, con o sin vuelta al estilo de vida de consumo.

(1) En el caso de que se trate de un paciente con consumo activo ininterrumpido se tomará como referencia la situación de consumo en la que se encuentre en ese momento

(2) En el caso de que se trate de la primera evaluación del paciente, si el paciente está consumiendo, se valorará un 1 y, si no está consumiendo será un 4

VECTOR 4: FAMILIAR (11)

OBJETIVO GENERAL

Conseguir y mantener unas relaciones familiares adecuadas y satisfactorias para el paciente

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	PONDERACIÓN
1. Tomar conciencia de su posición en la estructura y dinámica familiar y mejorar su funcionalidad.	Estructura y dinámica familiar	- Tipo y desempeño de roles, establecimiento y cumplimiento de normas, demarcación de límites, asunción de responsabilidades familiares. - Manera de relacionarse en la familia: adecuación de la comunicación a la situación (circunstancias laborales, sociales, personales,) y edad del paciente.	4
2. Identificar la función del consumo y generar alternativas.	Significado del consumo en la familia	- Función del consumo del individuo en la familia, en la dinámica y estructura familiar que contribuyen a su mantenimiento. - Utilización de alternativas de respuesta (conductas) saludables / adaptativas.	5
3. Adecuar el grado de implicación de la familia en el tratamiento.	Implicación familiar en el tratamiento	Participación e implicación de los miembros de la familia en el proceso de tratamiento.	5
4. Afrontar las diferentes situaciones de crisis de forma eficaz minimizando las repercusiones de la historia familiar.	Consumo familiar y resolución de crisis	- Si existe consumo en algún miembro de la familia que se valore significativo para el paciente. - Afrontamiento de las diferentes etapas evolutivas (formación de pareja, nacimiento hijos, adolescencia, vejez) y crisis familiares debidas a otras circunstancias, (situaciones de violencia/abusos, abandonos, separaciones, fallecimientos, abortos, proceso migratorio, situaciones económicas, exclusión social, exclusión familiar) de manera cohesionada y adaptativa.	4

ACLARACIONES SOBRE EL EJE 4 (FAMILIAR)

Los objetivos del eje engloban al propio paciente en su relación con la familia. Se trata de medir y trabajar la relación del paciente con su familia. Este eje **no será anulable en ningún caso**, si bien deberán tenerse en cuenta las siguientes aclaraciones.

En la valoración de los pacientes pueden darse dos posibles circunstancias en relación con la familia:

1. Que el paciente tenga familia.
2. Que el paciente no tenga familia.

Los criterios para valorar cual de las dos situaciones afecta al paciente que valoramos son los siguientes:

- **El paciente tiene familia.**

Como norma general, se entiende por "familia del paciente", aquella familia, de origen o propia que, en el momento en el que se esté efectuando la evaluación, forma parte del núcleo de convivencia del paciente.

También se entiende por "familia del paciente", aquella familia que, no conviviendo con el mismo, tiene capacidad de influencia sobre las circunstancias del tratamiento.

- **El paciente no tiene familia.**

Cuando no existe familia o, existiendo, no cumple los criterios anteriores.

Ejemplos de "no tiene familia":

- La familia está alejada geográficamente y no tiene capacidad de influencia sobre las circunstancias del tratamiento.
- Personas sin hogar, que han roto los vínculos familiares.

En todos los casos en los que se cumplan criterios de "el paciente no tiene familia", la puntuación en todos los indicadores será un 1, tal y como queda recogido en el valor 1 de todos los indicadores, si bien la puntuación objetivo será variable en función de la valoración del caso.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
1. Tomar conciencia de su posición en la estructura y dinámica familiar y mejorar su funcionalidad. Nombre: Estructura y dinámica familiar. Ponderación: 4	- Tipo y desempeño de roles, establecimiento y cumplimiento de normas, demarcación de límites, asunción de responsabilidades familiares. - Manera de relacionarse en la familia: adecuación de la comunicación a la situación (circunstancias laborales, sociales, personales,) y edad del paciente.	1.1 EXISTENCIA DE NORMAS Y LÍMITES Y ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDADES. Manejo y grado de cumplimiento de normas, límites y responsabilidades familiares (No agresiones, no consumos en casa, respeto a la propiedad, cumplimiento de horarios, colaboración doméstica, etc.). Ponderación 60 % (T. Social/T. Ocupacional)	4	Casi siempre (mas del 80% de las veces).
			3	Con bastante frecuencia (entre el 50% y el 79%).
			2	Con poca frecuencia (entre el 25% y el 49%).
			1	Casi nunca (menos del 25% de las veces) o el paciente no tiene familia.
		1.2 COMUNICACIÓN. Ajuste de la comunicación familiar a la situación y edad del paciente. Ponderación 40% (T. Social/Psicólogo)	4	Casi siempre (mas del 80% de las veces).
			3	Con bastante frecuencia (entre el 50% y el 79%).
			2	Con poca frecuencia (entre el 25% y el 49%).
			1	Casi nunca (menos del 25% de las veces) o el paciente no tiene familia.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
2. Identificar la función del consumo y generar alternativas. Nombre: Significado del consumo en la familia. Ponderación: 5	• Función del consumo del individuo en la familia, en la dinámica y estructura familiar que contribuyen a su mantenimiento. • Utilización de alternativas de respuesta (conductas) saludables/adaptativas	2.1 IDENTIFICACIÓN DE LA FUNCIÓN DEL CONSUMO. El paciente conoce o identifica los efectos (la relación, la repercusión) que tiene el consumo de drogas en el núcleo familiar (en las relaciones familiares, en los conflictos, en la dinámica familiar)". Ponderación 40 % (Psicólogo/T. Social)	4	Casi siempre (mas del 80% de las veces).
			3	Con bastante frecuencia (entre el 50% y el 79%).
			2	Con poca frecuencia (entre el 25% y el 49%),
			1	Casi nunca (menos del 25% de las veces) o el paciente no tiene familia.
		2.2 GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS. Es capaz de utilizar conductas alternativas al consumo dentro del contexto familiar. Ponderación 60% (Psicólogo/T. Social)	4	Casi siempre (mas del 80% de las veces).
			3	Con bastante frecuencia (entre el 50% y el 79%).
			2	Con poca frecuencia (entre el 25% y el 49%).
			1	Casi nunca (menos del 25% de las veces) o el paciente no tiene familia.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
3. Adecuar el grado de implicación de la familia en el tratamiento. Nombre: Implicación familiar en el tratamiento. Ponderación: 5	Participación e implicación de los miembros de la familia en el proceso de tratamiento.	3.1 ASISTENCIA DE LA FAMILIA A TRATAMIENTO. Asistencia de la familia a citas, grupos, actividades, etc. Ponderación 40 % (P.R.)	4	Acude entre el 80% y el 100% de las veces indicadas.
			3	Acude entre el 50% y el 79% de las veces indicadas.
			2	Acude entre el 25% y el 49% de las veces indicadas.
			1	Acude menos del 25% de las veces indicadas o el paciente no tiene familia.
		3.2 GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS. Grado de cumplimiento, por parte de la familia, de acuerdos e indicaciones relacionados con el tratamiento. Ponderación 60% (P.R.)	4	Cumple entre el 80% y el 100%
			3	Cumple entre el 50% y el 79%
			2	Cumple entre el 25% y el 49%
			1	Cumple menos del 25% o el paciente no tiene familia.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
4. Afrontar las diferentes situaciones de crisis de forma eficaz, minimizando las repercusiones de la historia familiar. Nombre: Consumo familiar y resolución de crisis familiares. Ponderación: 4	- Existencia de consumo en algún miembro de la familia que se valore significativo para el paciente. - Afrontamiento de las diferentes etapas evolutivas (formación de pareja, nacimiento hijos, adolescencia, vejez) y de crisis familiares debidas a otras circunstancias, (situaciones de violencia/abusos, abandonos, separaciones, fallecimientos, abortos, proceso migratorio, situaciones económicas, exclusión social, exclusión familiar) de manera cohesionada y adaptativa.	4.1 CONSUMO FAMILIAR. Valoración de la existencia o no de consumo por parte de uno o más miembros de la familia, que puedan resultar <u>significativos</u> para el paciente. (Si son varios los familiares que consumen, se tomará como referencia el que tenga una mayor significación o capacidad de influencia sobre el paciente). Ponderación 30 % (T.Social/Psicólogo)	4	No consumo.
		4.2 AFRONTAMIENTO DE CRISIS. Capacidad de la familia para afrontar las crisis con cohesión y adaptabilidad. Ponderación 70% (Psicólogo/T.Social)	3	Uso.
			2	Abuso.
			1	Dependencia o el paciente no tiene familia.
			4	Casi siempre (mas del 80% de las veces).
			3	Con bastante frecuencia (entre el 50% y el 79%).
			2	Con poca frecuencia (entre el 25% y el 49%).
			1	Casi nunca (menos del 25% de las veces) o no tiene familia.

VECTOR 5: SOCIO-RELACIONAL (11)

OBJETIVO GENERAL

Conseguir y mantener unas relaciones sociales saludables.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	PONDERACIÓN
1. Establecer y mantener vínculos sociales fuera del ámbito del consumo.	<i>Relaciones y vínculos sociales</i>	<i>Capacidad para establecer vínculos sociales, en sus diferentes ámbitos (laboral, relacional, grupo de amigos...).</i>	5
2. Adquirir, potenciar y mejorar las habilidades sociales.	<i>Habilidades sociales</i>	<i>Capacidad para manejar las habilidades sociales (asertividad, empatía, resolución de conflictos, expresión de sentimientos y necesidades...) en sus relaciones.</i>	4
3. Adquirir y mantener una actitud social autónoma y responsable.	<i>Autonomía y responsabilidad social</i>	<i>En qué medida conoce y ejerce sus derechos y deberes como individuo. En qué medida se responsabiliza de su conducta y de las consecuencias de la misma (actos antisociales, actos prosociales).</i>	4
4. Conocer y utilizar adecuadamente los recursos sociales normalizados.	<i>Conocimiento y utilización de recursos</i>	<i>Grado de conocimiento, capacidad de acceso y utilización de los recursos comunitarios normalizados (sanitarios, educativos, judiciales, de Servicios Sociales, administrativos, tejido asociativo...).</i>	3
5. Lograr la autonomía en relación al núcleo de convivencia.	<i>Convivencia</i>	<i>Capacidad para conseguir y mantener un núcleo convivencial adecuado y autónomo, ya sea solo o con su familia (de origen o propia).</i>	3

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
1. Establecer y mantener vínculos sociales fuera del ámbito del consumo. Nombre: Relaciones y vínculos sociales. Ponderación: 5	Capacidad para establecer vínculos sociales, en sus diferentes ámbitos (laboral, relacional, grupo de amigos...).	1.1 RELACIONES DE APOYO FUERA DEL ÁMBITO DEL CONSUMO. Personas fuera del ámbito de consumo con las que se relaciona y lo apoyan. Ponderación 100% (T.Social/T.Ocupacional)	4	Tiene relaciones fuera del ámbito del consumo y apoyo en varios ámbitos (laboral, grupo de amigos..etc.).
			3	Tiene relaciones fuera del ámbito del consumo y, al menos una, es de apoyo.
			2	Tiene relaciones fuera del ámbito del consumo, pero no existe apoyo.
			1	Sin relaciones ni apoyos fuera del ámbito de consumo.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
2 Adquirir, potenciar y mejorar las habilidades sociales. Nombre: Habilidades sociales. Ponderación: 4	Capacidad para manejar las habilidades sociales (asertividad, empatía, resolución de conflictos, expresión de sentimientos y necesidades...) en sus relaciones.	2.1 ACTITUDES PERSONALES EN LAS RELACIONES SOCIALES. Actitudes personales que mantiene en su modo de relacionarse. Ponderación 100% (Psicólogo/T.Social)	4	Mantiene habitualmente una actitud asertiva.
			3	A veces mantiene una actitud asertiva.
			2	Actitud pasiva (no se expresa habitualmente).
			1	Actitud agresiva y/o conflictiva.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
. Adquirir y mantener una actitud social autónoma y responsable. Nombre: Autonomía y responsabilidad social. Ponderación: 4	<i>En qué medida conoce y ejerce sus derechos y deberes como individuo.</i> <i>En que medida su conducta es antisocial o dañina hacia otras personas (actos antisociales) o en qué medida su conducta es adecuada con otras personas o, incluso, las beneficia (actos pro-sociales).</i> <i>En qué medida reconoce las consecuencias de su conducta y se responsabiliza de ellas.</i>	3.1 RESPONSABILIDAD Y CONFLICTIVIDAD SOCIAL EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES. Ponderación 100% (Psicólogo/T. Social)	4	Se responsabiliza de su conducta (1) y no tiene un comportamiento conflictivo ni antisocial (2).
			3	No se responsabiliza de su conducta pero no tiene un comportamiento conflictivo ni antisocial.
			2	No se responsabiliza de su conducta y tiene un comportamiento conflictivo o antisocial pero sin consecuencias jurídicas.
			1	No se responsabiliza de su conducta y tiene conflictos sociales graves y/o violentos con consecuencias jurídicas.

(1) Responsabilizarse de la propia conducta: Reconocer y hacerse cargo de las consecuencias de la misma.

(2) Comportamiento conflictivo o antisocial: Comportamiento dañino hacia otras personas o hacia la sociedad.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
4. Conocer y utilizar adecuadamente recursos sociales normalizados. Nombre: Conocimiento y uso de recursos. Ponderación: 3	Grado de conocimiento, capacidad de acceso y utilización de recursos comunitarios .normalizados (sanitarios, educativos, judiciales, de Servicios Sociales, administrativos, tejido asociativo...).	4.1. CONOCIMIENTO Y USO DE RECUSOS. Ponderación 100% (T.Social/T.Ocupacional)	4	Conoce recursos normalizados y utiliza adecuadamente todos los que necesita.
			3	Conoce recursos normalizados y utiliza adecuadamente algunos de los que necesita.
			2	Conoce y no utiliza recursos normalizados o los utiliza inadecuadamente.
			1	No conoce o no puede (1) acceder a recursos normalizados.

(1) "No puede": Por no tener los "papeles" en regla o por motivos similares.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	CONSUMIDA BAREMO	
			Punt.	Descripción
5. Lograr la autonomía en relación al núcleo de convivencia. Nombre: Convivencia. Ponderación: 3	Capacidad para conseguir y mantener un núcleo convivencial adecuado y autónomo, ya sea solo o con su familia (de origen o propia).	5.1 TIPO DE NÚCLEO DE CONVIVENCIA. Ponderación 50 % (T.Social/T.Ocupacional)	4	Núcleo de convivencia normalizado.
			3	Tiene alojamiento aunque vive aislado o en núcleo de convivencia disfuncional.
			2	Núcleo de convivencia institucional o inestable (centros de acogida, alojamientos de la red, etc.).
			1	Persona sin hogar o en situación de calle.
		5.2 AUTONOMÍA. Ponderación 50% (T.Ocupacional/T.Social)	4	Autonomía económica (1) y funcional (2).
			3	Autonomía funcional y dependencia económica.
			2	Autonomía económica y dependencia funcional.
			1	Dependencia económica y funcional.

(1) **Autonomía económica:** Es la que tienen las personas que tienen ingresos propios, independientemente de la fuente de dichos ingresos (salarios, rentas de integración, pensiones por minusvalías, etc.).

(2) **Autonomía funcional:** Autonomía para las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales.

VECTOR 6: FORMATIVO-LABORAL (9)

OBJETIVO GENERAL

Conseguir y mantener una formación y/o trabajo adecuado, satisfactorio y estable.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	PONDERACIÓN
1. Fomentar la motivación e implicación del paciente en su proceso de formación y empleo.	Motivación (para la formación y/o el empleo)	Motivación del paciente para conseguir un empleo por cuenta propia o ajena. Inquietudes e intereses formativo-laborales.	3
2. Ajustar las expectativas formativo – laborales del usuario en función de su perfil profesional y de la situación del mercado laboral.	Nivelación de expectativas	Toma de conciencia por parte del paciente de la situación real del momento, determinada por: - la experiencia laboral, la formación realizada. - Las características personales (edad, sexo, situación física, etc.). - los factores de riesgo o de vulnerabilidad presentes (consumo, enfermedades, psicopatología, etc.). - la situación del mercado de trabajo.	2
3. Adquirir herramientas para conseguir el mayor grado posible de capacitación laboral, en orden a conseguir incrementar la empleabilidad.	Empleabilidad	En qué medida dispone de una capacitación y formación adecuada, en función de sus necesidades, habilidades personales e intereses En qué medida cuenta con las habilidades y herramientas necesarias para conseguir y/o mantener una actividad laboral.	5
4. Conseguir que su situación laboral sea adecuada a su situación vital.	Situación laboral	Situación laboral en la que se encuentra el paciente. Grado de satisfacción con el empleo. Grado de adecuación de la situación laboral a la situación del paciente.	4

ACLARACIONES SOBRE EL EJE FORMATIVO – LABORAL

El objetivo para este eje y para otros hay que plantearlo a fin de tratamiento, de modo que, aunque en una primera fase el equipo no se plantee objetivos a corto plazo en este eje, si pueden plantearse en el PPI, por lo que esto no sería motivo de anulación.

Se anularía en los siguientes casos:

- Jubilación (siempre).
- Incapacidad total permanente para todo tipo de trabajos (siempre).
- Pensionistas*, amas de casa e incapacidades parciales, cuando no se contemple como objetivo la incorporación laboral.

No se anularía

En todos los demás casos. Tener en cuenta especialmente que no se anularía en:

- Pensionistas*, amas de casa e incapacidades parciales, cuando se contemple como objetivo la incorporación laboral.
- Extranjeros no regularizados con los que se puedan conseguir otros objetivos del eje al margen del empleo.

* Se entiende por pensionista: Personas perceptoras de pensiones de viudedad, contributivas o no, además de los jubilados, que se han contemplado en los casos de anulación del eje.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
1. Fomentar la motivación e implicación del paciente en su proceso de formación y empleo. Nombre: Motivación Ponderación: 3	Motivación del paciente para conseguir un empleo por cuenta propia o ajena. Inquietudes e intereses formativo-laborales.	1.1 DISPOSICIÓN PARA LA ACTIVIDAD FORMATIVO – LABORAL. Ponderación 50 % (T.Social/T.Ocupacional)	4	Identifica y expresa sus intereses con un proyecto definido.
			3	Expresa intereses, pero no tiene un proyecto definido.
			2	No muestra intereses.
			1	Muestra oposición a cualquier actividad formativo – laboral.
		1.2 CONDUCTAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVO – LABORAL. Ponderación 50% (T.Social/T.Ocupacional)	4	Muestra iniciativa y lleva a cabo las pautas que se le indican desde el C.A.D. y/o el S.O.L.
			3	No muestra iniciativa, pero lleva a cabo de forma constante las pautas que se le indican desde el C.A.D. y/o el S.O.L.
			2	Lleva a cabo de forma irregular las pautas que se le indican desde el C.A.D. y/o el S.O.L.
			1	No lleva a cabo ninguna de las pautas que se le indican desde el C.A.D. y/o el S.O.L.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
2. Ajustar las expectativas formativo – laborales del usuario en función de su perfil profesional y de la situación del mercado laboral. Nombre: Nivelación de expectativas. Ponderación: 2	Toma de conciencia por parte del paciente de la situación real del momento, determinada por: - la experiencia laboral, la formación realizada. - las características personales (edad, sexo, situación física, etc.). - los factores de riesgo o de vulnerabilidad presentes (consumo, enfermedades, psicopatología, etc.). - la situación del mercado de trabajo.	2.1 AJUSTE DE EXPECTATIVAS. Ponderación 100% (T.Social/T.Ocupacional)	4	Sus expectativas formativo – laborales se ajustan totalmente a la situación real.
			3	Sus expectativas formativo – laborales se ajustan parcialmente a la situación real.
			2	Sus expectativas formativo – laborales no se ajustan a la situación real pero acepta indicaciones de cambio.
			1	Sus expectativas formativo – laborales no se ajustan a la situación real y no acepta indicaciones de cambio.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
3. Adquirir herramientas para conseguir el mayor grado posible de capacitación laboral, en orden a conseguir incrementar la empleabilidad. Nombre: Empleabilidad. Ponderación: 5	En qué medida dispone de una capacitación y formación adecuada, en función de sus necesidades, habilidades personales e intereses. En qué medida cuenta con las habilidades y herramientas necesarias para conseguir y/o mantener una actividad laboral . (1) Habilidades para el mantenimiento del empleo: - Habilidades sociales (comunicación, interacción con compañeros, resolución de conflictos, trabajo en equipo, etc.). - Habilidades para el desempeño (conocimientos y destreza necesarias para el desempeño del puesto de trabajo). - Hábitos normalizados (cumplimiento de horarios, higiene, etc.).	3.1 CAPACITACIÓN. Valora la presencia o no de experiencia y formación acorde con el objetivo profesional del paciente. Ponderación 33,33% (T.Social/T.Ocupacional)	4	Dispone de formación y de experiencia acordes con su objetivo profesional.
			3	Dispone de formación y de experiencia, pero no acorde con un objetivo profesional.
			2	Dispone de formación o de experiencia, pero no acorde con un objetivo profesional.
			1	Carece de formación y de experiencia.
		3.2 AUTONOMÍA. Valora hasta qué punto dispone de herramientas y habilidades para el acceso a un empleo. Ponderación 33,33% (T.Ocupacional/T.Social)	4	Dispone de herramientas y habilidades suficientes para el acceso a un empleo.
			3	Dispone de ciertas herramientas y habilidades para el acceso a un empleo, requiriendo apoyo intermitente.
			2	Dispone de limitadas herramientas y habilidades para el acceso a un empleo, necesitando apoyo generalizado.
			1	Carece de herramientas y habilidades para el acceso a un empleo.
		3.3 MANTENIMIENTO. Valora hasta qué punto dispone de habilidades para el mantenimiento del empleo. ⁽¹⁾ Ponderación 33,33% (T.Ocupacional/T.Social)	4	Dispone de habilidades de mantenimiento (1) y mantiene el empleo al menos 6 meses.
			3	Dispone de habilidades de mantenimiento pero no mantiene el empleo al menos 6 meses.
			2	No dispone de habilidades de mantenimiento pero mantiene el empleo al menos 6 meses.
			1	No dispone de habilidades de mantenimiento y no mantiene el empleo al menos 6 meses.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
4. Conseguir que su situación laboral sea adecuada a su situación vital. Nombre: Situación laboral. Ponderación: 4	Situación laboral en la que se encuentra el paciente. Grado de satisfacción con el empleo. Grado de adecuación de la situación laboral a la situación del paciente.	4.1. ACTIVIDAD LABORAL. Ítems adaptados al SUPRA, añadiendo la categoría "trabajo sin contrato" y omitiendo "desconocido". Ponderación 50 % (T.Social/T.Ocupacional)	4	Contrato o relación laboral indefinida. Empleo por cuenta propia.
			3	Contrato o relación laboral temporal.
			2	Parado con trabajo previo. Trabajo sin contrato. Trabajando sin sueldo para la familia.
			1	Parado sin trabajo previo. Labores del hogar. Estudiando, opositando.
		4.2 ADECUACIÓN/SATISFACCIÓN. Mide la satisfacción del paciente con su actividad laboral, así como el grado de adecuación de la misma en orden a la consecución de los objetivos del tratamiento. Ponderación 50% (T.Social/T.Ocupacional)	4	Actividad laboral satisfactoria y facilita la consecución de los objetivos del tratamiento.
			3	Actividad laboral insatisfactoria pero facilita la consecución de los objetivos del tratamiento.
			2	Actividad laboral satisfactoria aunque dificulta la consecución de los objetivos del tratamiento.
			1	Actividad laboral insatisfactoria e impide la consecución de los objetivos del tratamiento o no trabaja.

VECTOR 7: OCIO (7)

OBJETIVO GENERAL

Lograr la organización proactiva del tiempo libre y el disfrute de un ocio saludable.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	PONDERACIÓN
1. Lograr el mayor grado posible de motivación para el ocio y el desarrollo de intereses para un ocio saludable.	Intereses y motivación (para el ocio)	- Identificación, mantenimiento y diversificación de los intereses relacionados con el ocio y el tiempo libre.⁽¹⁾ - Incremento de la motivación para desarrollar actividades de "ocio saludable".	3
2. Optimizar las competencias para organizar el tiempo y las actividades.	Competencias	- Mejora en las destrezas personales (físicas, cognitivas y afectivo- sociales) relacionadas con el desarrollo del ocio- tiempo libre, dando especial importancia a la toma de conciencia de las propias posibilidades y limitaciones. - Conocimiento y utilización correcta de los recursos de ocio disponibles.	4
3. Lograr el adecuado desarrollo de actividades de ocio saludable, tanto solitario como compartido y la disminución de las actividades de ocio de riesgo.	Actividades	- Desarrollo, mantenimiento y diversificación de las actividades de ocio saludable realizadas y mejora en la adecuación de las mismas. - Gestión adecuada del tiempo en general- que tendrá que distribuirse de forma equilibrada- y del tiempo libre(b) en particular, evitando tanto la hiperactividad como la ausencia total planificación del tiempo libre. - Participación en actividades sociales de ocio saludable.	5

(1) Tiempo libre: Aquel que no está dedicado ni al trabajo, ni a cubrir las necesidades biológicas, ni cumplir con obligaciones personales, familiares o sociales ineludibles.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
1. Lograr el mayor grado posible de motivación para el ocio y el desarrollo de intereses para un ocio saludable. Nombre: Intereses y motivación. Ponderación: 3	- Identificación, mantenimiento y diversificación de los intereses relacionados con el ocio y el tiempo libre. - Incremento de la motivación para desarrollar "actividades de "ocio saludable. "(1)	1.1 INTERESES. Valora la diversificación de intereses por la realización de actividades de ocio saludable ⁽¹⁾, según 5 categorías: ⁽²⁾ - Deportivas - Culturales - Lúdico-recreativas - Sociales - Relacionadas con tecnologías de la información y comunicación. Ponderación 100 % (T.Ocupacional/T.Social)	4	Muestra interés por actividades de 5 categorías.
			3	Muestra interés por actividades de 4 categorías.
			2	Muestra interés por actividades de 2 -3 categorías.
			1	Muestra interés por actividades en 1 o ninguna categoría.

(1) Actividades de ocio saludable: Actividades de ocio planificadas, que no ponen en riesgo ni la integridad física, ni la abstinencia de las persona, y que están adaptadas a las necesidades personales.

(2) Categorías de actividades de ocio-tiempo libre:

1. *Deportivas: Practicar deportes, jugar al billar, dardos, montar en bicicleta, etc.*
2. *Culturales: Ir a museos, conferencias, exposiciones, tocar un instrumento, ir al cine o al teatro, etc.*
3. *Lúdico/ recreativas – Hobbies: Pasear, tomar el sol, ir a restaurantes, lugares de ocio, coleccionar, etc.*
4. *Eminentemente sociales: Actividades familiares, sociales, comunitarias en las que el relacionarse con los demás, tiene un peso fundamental. Estar con amigos o familiares, hacer reuniones/fiestas en casa, etc.*
5. *Nuevas tecnologías y medios de comunicación: Ver televisión, escuchar radio, videos, etc., internet/ foros/chats/webs, videojuegos, etc.*

(Las actividades: comer, dormir, dedicar horas extra al trabajo habitual, labores domésticas y de cuidado personal no se consideran actividades de ocio)

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt.	Descripción
2. Optimizar las competencias para organizar tiempo y actividades. Nombre: Competencias. Ponderación: 4	- Mejora en las destrezas personales (físicas, cognitivas y afectivo- sociales) relacionadas con el desarrollo del ocio-tiempo libre, dando especial importancia a la toma de conciencia de las propias posibilidades y limitaciones. - Conocimiento y utilización correcta de los recursos de ocio disponibles.	2.1 DESTREZAS. Valora la presencia de destrezas suficientes (1), en las áreas física, cognitiva y afectivo-social, para la realización de actividades de ocio saludable. Ponderación 70 % (T.Ocupacional/T.Social)	4	Presenta suficientes destrezas en las 3 áreas.
			3	Presenta suficientes destrezas en 2 áreas.
			2	Presenta suficientes destrezas solo en 1 área.
			1	Carece de destrezas suficientes en las 3 áreas.
		2.2 UTILIZACIÓN DE RECURSOS DE OCIO. Valora el conocimiento y la buena utilización de recursos de ocio Ponderación 30% (T.Social/T Ocupacional)	4	Conoce recursos de ocio y hace una buena utilización de, al menos, 3 recursos.
			3	Conoce recursos de ocio y hace una buena utilización de 1 ó 2.
			2	Conoce recursos de ocio pero no los utiliza o hace una utilización inadecuada de los mismos.
			1	No conoce recursos de ocio.

(1) Destrezas suficientes: La persona tiene capacidad para desarrollar una determinada actividad de ocio de forma autónoma.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt	Descripción
3. Lograr el adecuado desarrollo de actividades de ocio saludable, tanto solitario como compartido y la disminución de las actividades de ocio de riesgo. Nombre: Actividades. Ponderación: 5	Desarrollo, mantenimiento y diversificación de las actividades de ocio saludable realizadas y mejora en la adecuación de las mismas. Gestión adecuada del tiempo en general- que tendrá que distribuirse de forma equilibrada- y del tiempo libre en particular, evitando tanto la hiperactividad como la ausencia total planificación del tiempo libre. Participación en actividades sociales de ocio saludable.	3.1 OCIO SALUDABLE. Valora la gestión adecuada de actividades de ocio saludable en el tiempo libre semanal y la adecuación de las mismas en nº y tipo (solitarias o compartidas). Ponderación 50% (T.Ocupacional/T.Social)	4	Tiene tiempo libre y realiza un número adecuado de actividades de ocio saludable (más de 5 y menos de 15). Su ocio es tanto solitario como compartido.
			3	Tiene tiempo libre y realiza un número adecuado de actividades de ocio saludable. Su ocio es solo solitario o solo compartido.
			2	Tiene tiempo libre pero presenta <i>déficits</i> (1) o <i>hiperactividad</i> (2) en la planificación y/o ejecución de actividades de ocio saludable.
			1	No tiene tiempo libre o bien aquel del que dispone es <i>difícil de organizar</i> (3) o no sabe gestionarlo.
		3.2 OCIO DE RIESGO. (4) Valora la presencia de actividades de ocio de riesgo en el tiempo libre. Ponderación 20% (T.Ocupacional/T.Social)	4	No ha realizado actividades de ocio de riesgo en el último año.
			3	Ha realizado alguna actividad de ocio de riesgo en el último año.
			2	Realiza actividades de ocio de riesgo alguna vez al mes.
			1	Realiza actividades de ocio de riesgo una o más veces a la semana.
		3.3 SATISFACCIÓN. Valora el grado de satisfacción respecto de la utilización del tiempo libre. Ponderación 30% (T.Ocupacional/T.Social)	4	Muy satisfecho.
			3	Algo satisfecho.
			2	Ni satisfecho ni insatisfecho (Indiferente).
			1	Insatisfecho.

(1) Déficit: Menos de 5 actividades de ocio diferentes a la semana.

(2) Hiperactividad : Más de 15 actividades diferentes de ocio a la semana.

(3) Difícil de organizar: Constantes cambios de turno o circunstancias personales o laborales impiden la planificación y el desarrollo de las actividades de ocio.

(4) Ocio de riesgo: Actividades de ocio que ponen en riesgo la integridad física y/o la abstinencia.



INSTITUTO DE ADICCIONES