



PROTOCOLO

de intervención
desde el trabajo
social en los Centros
de Atención a las
Drogodependencias



| MADRID

AYUNTAMIENTO DE MADRID
ÁREA DE GOBIERNO DE MEDIO AMBIENTE, SEGURIDAD Y MOVILIDAD
ORGANISMO AUTÓNOMO MADRID SALUD
INSTITUTO DE ADICCIONES DE LA CIUDAD DE MADRID

**Documento Técnico del Instituto de Adicciones
Edición digital
Madrid, octubre de 2012**

**C/ Juan Esplandiú 11-13 / 28007 Madrid
Tfno: 91 480 04 18
msasubdireccion@madrid.es
www.madridsalud.es**

PARTICIPANTES EN EL GRUPO DE MEJORA PARA LA CREACIÓN DEL PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Grupo de trabajo

Maria Victoria Bermejo Gutiérrez
(Coordinadora grupo)
Trabajadora Social, Asesora Técnica del Dpt. de Reinserción

Maria Lucia Pamo Díaz
Trabajadora Social, Jefa de División de Reducción del Daño
Servicio de Asistencia

Loreto Sánchez-Laulhe Centenera
Trabajadora Social, CAD de Hortaleza

Ana Maria; García Sánchez
Trabajadora Social, CAD de Tetuán

Ana Isabel López Melendro
Trabajadora Social, CAD de San Blas

Miguel Castillejo Arroyo
Trabajador Social, CAD de Villaverde

Maria Arévalo Baeza
Trabajadora Social, CAD de Vallecas

Marta Tejedor Jimenez
Trabajadora Social, CAD de Arganzuela

Silvia Gil Suárez
Trabajadora Social, CAD de Latina

Supervisión

M^a Nieves Herrero Yuste
Subdirectora General de Coordinación de Programas de Adicciones

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN	5
2. INTRODUCCIÓN	6
3. GLOSARIO	8
4. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO	13
5. MARCO NORMATIVO	14
6. POBLACIÓN DIANA	18
7. EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL	19
7.1. Atención a la demanda inicial	21
7.2. Valoración interdisciplinar	22
7.3. Evaluación multidimensional y diseño del Programa Personalizado de Intervención (PPI)	24
7.4. Desarrollo del PPI	26
7.4.1. Aportaciones del Trabajador Social	26
7.4.2. Intervención con el paciente	42
7.4.3. Intervención con la familia	44
7.5. Coordinación	45
8. INTERVENCIÓN CON COLETIVOS CON NECESIDADES ESPECIALES	47

9. INTERVENCIÓN CON LA COMUNIDAD	50
10. EVALUACIÓN	53
11. BIBLIOGRAFÍA.....	55
12. ANEXOS	57

ANEXOS

- ANEXO 1: HISTORIA SOCIAL
- ANEXO 2: EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL (EVALUACIÓN OBJETIVA DE RESULTADOS DE TRATAMIENTO). DOCUMENTO GUÍA.
- ANEXO 3: INTERVENCIÓN GRUPAL EN CAD
- ANEXO 4: CÓDIGO DEONTOLÓGICO

1

PRESENTACIÓN

Tal y como recoge el Plan de Adicciones para la Ciudad de Madrid 2011-2016, (Ayuntamiento de Madrid, 2011) el origen multicausal de las drogodependencias y las diversas áreas y facetas personales que suelen verse afectadas por las drogodependencias, hacen necesario plantearse un abordaje del problema desde una perspectiva integral e integradora, que ponga en juego diferentes disciplinas profesionales, de forma que puedan contemplarse los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ocupacionales de cada paciente.

En este 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 áreas profesionales, de modo que no se plantean 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 plantean en las distintas fases del proceso de intervención, mediante un sistema de evaluación continua del paciente y de sus circunstancias, teniendo en cuenta que la mejora de cada una de las áreas afectadas va a influir positivamente, de forma directa e inmediata, en el resto.

Dada la complejidad de la intervención interdisciplinar, se hace necesaria la existencia de protocolos de actuación para las distintas áreas profesionales, a fin de facilitar la necesaria coordinación en la intervención terapéutica conjunta. El objeto de los mismos 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 Social en los CAD”, se ha elaborado gracias al trabajo de un grupo de mejora, en el que han participado trabajadores sociales de todos los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones y representa un importante esfuerzo de sistematización de las diferentes actuaciones del Trabajador Social en un CAD y de registro de las mejores prácticas desarrolladas en el área social, evidenciando un compromiso con el modelo de calidad implantado en Madrid Salud.

2 INTRODUCCIÓN

“La profesión de Trabajo Social nació con un marcado carácter ético debido a su propia vocación de servicio y ayuda a las personas”. “El objetivo de la profesión es facilitar la relación entre las personas y el medio social, dado que esta relación puede ser problemática por las carencias que padecen y/o por los obstáculos que pone la propia sociedad para el desarrollo y bienestar de todos los ciudadanos”. (Lázaro, Rubio, Juárez, 2010)

En la Asamblea de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales de Montreal, Canadá, en Julio de 2000 se aprobó la siguiente definición Trabajo Social:

“El Trabajo Social es la disciplina de la que se deriva la actividad profesional del Trabajador Social y del Asistente Social, que tiene por objeto la intervención social ante las necesidades sociales para promover el cambio, la resolución de los problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la libertad de la sociedad para incrementar el bienestar, mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales y aplicando la metodología específica en la que se integra el trabajo social de caso, grupo y comunidad. El Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el Trabajo Social”

Es importante resaltar la relación entre el Trabajo Social y la Salud, que se remonta al siglo XIX. El Trabajo Social nació vinculado a la ciencia médica y desde entonces mantiene una estrecha relación con ella.

Como hito histórico fundamental, debemos hacer mención a 1978, año en que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la declaración de Alma Ata, adopta un cambio fundamental en el concepto de salud. A partir de esta declaración, la salud deja de entenderse solamente como la mera ausencia de enfermedad, para ser definida como el “estado de completo bienestar físico, psíquico y social”. Este hito histórico, que supuso el desarrollo de nuevos paradigmas en la atención a la salud de las personas, supuso no solo acentuar la dimensión social de las disciplinas sanitarias, sino también el necesario carácter interdisciplinar de las intervenciones en salud, en cuya vertiente social, el Trabajo Social es una profesión de referencia de esta nueva concepción de la salud (OMS, 1978).

A partir de Alma Ata, todos los países asumen esta nueva concepción de la salud y reorganizan sus estructuras y sistemas sanitarios para poder conseguirla y desarrollarla.

La finalidad del Trabajo Social (TS) es la investigación de las condiciones sociales de las personas, grupos, colectivos y contextos que en interacción con su medio presentan dificultades en su desarrollo global, promoviendo cambios a través de la intervención que resuelvan dichos problemas, potencien las capacidades de las personas para vivir en sociedad de modo más pleno y modifiquen aquellos impedimentos sociales que puedan obstaculizarlo.

En esta línea Escartín, Palomar y Suarez (1997 p.34), destacando el carácter eminentemente activador de la intervención del Trabajador Social, la define como “el proceso de ayuda realizado por un profesional colocado en un contexto de un sistema organizado de servicios, dirigidos a individuos, grupos o sujetos colectivos tendente a activar un cambio, tanto en el modo de situarse ante los problemas como en relación a los demás”

El Trabajador Social realiza su actividad profesional en múltiples y diversas áreas y ámbitos de desempeño, siendo una profesión centrada en la acción social. Detecta y reconoce las problemáticas sociales y diseña estrategias de acción de cara a modificar la realidad social a través de la relación de ayuda a las personas -en un proceso de empoderamiento y prevención de disfunciones- y la dinamización de recursos institucionales y comunitarios, con la finalidad última de aumentar el bienestar.

Surge de los ideales humanistas y democráticos y sus valores se basan en el respeto a la igualdad, libertad y dignidad de todo ser humano siendo los derechos humanos y la justicia social los elementos constitutivos de la motivación y justificación de su ejercicio profesional.

Desde esta perspectiva se comprende la importancia que las aportaciones del Trabajo Social al área de las Drogodependencias, especialmente en el tratamiento de las personas afectadas. En la actualidad está fuera de toda duda la necesidad de plantear intervenciones integrales, que tengan en cuenta las diferentes dimensiones que suelen verse afectadas por esta problemática. El papel del Trabajador Social y su perspectiva resultan claves a la hora de intervenir, considerando de una forma especialmente importante todos los aspectos relacionados con la capacidad de las personas para relacionarse socialmente, para sentirse miembros activos y participativos de la sociedad y para lograr el mayor grado posible de integración laboral y social. El papel de los trabajadores sociales, desde esta perspectiva, incluye, no solo la acción directa con los afectados, sino también, la intervención con las familias, con el medio social próximo y con la sociedad en su conjunto, propiciando cambios positivos en la percepción de los drogodependientes y facilitando la aceptación de los mismos y los apoyos necesarios.

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.

Desarraigo social

Pérdida de vínculos afectivos y de influencias externas estables y positivas (familiares y/o sociales), que pueden causar una falta de sentimiento de pertenencia y de apoyo social, así como un aislamiento social progresivo.

Entre los factores de riesgo de desarraigo añadidos encontramos la presencia de enfermedades físicas o mentales, el desempleo, el consumo de alcohol u otras drogas, etc.

Entre los factores de protección podemos citar la cercanía y accesibilidad a las redes asistenciales (servicios sociales, sanitarios, específicas de adicciones, etc.), así como la presencia de un tejido asociativo rico y organizado.

Estrategia:

Del lat. “*strategia*”, y este del gr. “*στρατηγία*”.

Arte, traza para dirigir un asunto. (RAE, 2001)

En un proceso regulable, conjunto de las reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento.

Hace referencia al Instrumento terapéutico y al régimen de utilización del mismo. Determinar qué tipo de actuación concreta o qué tipo de recurso habrá que prescribir y cuál debe ser la intensidad de utilización de los mismos.

Evaluación multidimensional

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

Exclusión social

Proceso complejo, diferente para cada persona que consiste en una pérdida progresiva de las oportunidades de integración y participación del individuo en la sociedad. Es un continuum que va desde la integración hacia la desafiliación y desarraigamiento social.

Puede afectar a uno o varios de los siguientes ámbitos: Económico (en la producción o en el consumo), político-legal (participación política, sistema administrativo, protección social, etc.) y social-relacional (ausencia de redes o problemática dentro de las redes sociales o familiares).

Intervención social

Conjunto de acciones que se realizan de manera formal u organizada respondiendo a las necesidades sociales con el propósito, tanto de prevenir, paliar o corregir procesos de exclusión social, como de promover procesos de inclusión o participación social para mejorar el contexto de un colectivo o de la población de un territorio dado.

Itinerario

Dirección y descripción de un camino con expresión de los lugares, accidentes, paradas, etc., que existen a lo largo de él (RAE, 2001).

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.

Necesidades sociales (tipología)

Dentro de la enumeración de necesidades a veces se establecen tipologías que en algunos casos son clásicas dentro de las ciencias sociales:

Las necesidades de mínimo vital, también llamadas necesidades primarias o básicas, que «son las imprescindibles para garantizar la existencia de la vida» (Ramos, 2003) relativas a la alimentación y vestido o alojamiento.

Necesidades de autonomía personal o necesidades secundarias, que recogen dificultades personales para realizar actividades elementales, causadas por impedimentos físicos, psíquicos o culturales.

Necesidades de convivencia o sociales, que son las que están vinculadas a una realidad y a un contexto histórico-social en función de las distintas perspectivas teóricas que pueden estar relacionadas con el núcleo de convivencia, conflictos de relación familiar o con la comunidad, reflejándose en este último apartado las de relación social en el vecindario o barrio. También se recogerían en este apartado las relacionadas con el conocimiento o desconocimiento de recursos sociales y con la utilización del tiempo libre (Ramos, 2003).

Personas sin Hogar

Personas que no pueden acceder o conservar un alojamiento estable, adaptado a su situación personal, y que proporcione un marco adecuado de convivencia. Esta dificultad puede ser debida a razones económicas u otras barreras sociales, o bien a la presencia de dificultades personales para llevar una vida autónoma.

Clasificación Europea del Sinhogarismo

- ***Sin techo***. Personas que viven en un espacio público, a la intemperie, duermen en un refugio nocturno y/o se ven obligados a pasar varias horas al día en un espacio público.
- ***Sin vivienda***. Personas que viven en albergues o centros de acogida, en alojamientos temporales (Albergues para mujeres, casas refugio, alojamientos para solicitantes de asilo o inmigrantes, instituciones de internamiento, alojamientos específicos con apoyo de especialistas para personas sin hogar, etc.).
- ***Con vivienda insegura***. Personas que no pueden pagar un alquiler y se ven obligados a vivir con familiares y/o amigos, personas con orden de desahucio o que viven bajo la amenaza de violencia por parte de la pareja o la familia.

- **Con vivienda inadecuada.** Personas que viven en una estructura temporal (chabolas, caravanas), en alojamiento improPIO y/o en hacinamiento extremo.

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.

Recursos sociales

Son «aquellos medios humanos, materiales, técnicos, financieros e institucionales de que se dota a sí misma una sociedad para hacer frente a las necesidades de sus individuos, grupos y comunidades en cuanto a miembros integrantes de ellas» (De Heras, Cortajanera, 1985).

Técnicas sociales

Son los procedimientos y medios que utilizan los Trabajadores Sociales para hacer efectivos y operativos los objetivos que se proponen alcanzar para llevar a cabo su trabajo (Trigueros, 1998).

La técnica es el saber práctico que permite la utilización racional de unos instrumentos para obtener un resultado determinado (Colomer, 1987).

El conjunto de procedimientos y recursos de que sirven las Ciencias Sociales.

Pericia y habilidad para usar estos procedimientos y recursos. (Equipo de profesores de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de San Sebastián).

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.

Visita a Domicilio

Técnica de actuación del Trabajo Social que presenta la particularidad de incluir otras dos técnicas, la observación y la entrevista. Se caracteriza por tener un objetivo definido, de diagnóstico o de intervención (investigación, asesoramiento, seguimiento de la actuación profesional, etc.). Permite conocer la realidad socio-económica familiar, ambiental y cultural, revistiendo un valor estratégico con el proceso de actuación profesional.

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 social 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 trabajadores sociales, aportando diferentes metodologías y estrategias de intervención, tanto individuales como familiares, grupales y comunitarias y recopilando experiencias de buenas prácticas en la intervención social en adicciones.

5

MARCO NORMATIVO

1. Ámbito nacional

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.

El **Plan de Acción 2009-2012** establece, en relación con la reducción de la demanda, asistencia e integración social la necesidad de garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumo de drogas, y entre las acciones a llevar a cabo incluye:

- Normalizar la asistencia sanitaria a los drogodependientes basándose en la evidencia científica mediante la elaboración de protocolos, guías y catálogos de intervenciones.
- Colaborar al desarrollo de programas específicos de atención a las drogodependencias en jóvenes y mejorar su acceso a un tratamiento de calidad, con especial atención a los jóvenes internados en centros de menores o que hayan tenido problemas con la justicia.
- Desarrollar programas de asistencia a las familias de los afectados por las drogodependencias, reforzando su papel en el tratamiento y la reinserción e incluyendo, en su caso, la constitución de grupos de autoayuda.
- Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.

2. Ámbito autonómico

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.

La **Ley 11/2003 de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid** se constituye también como la Ley marco de la praxis de los trabajadores sociales de los CAD del Instituto de Adicciones.

Su objeto es garantizar el desarrollo de la acción social mediante un sistema de servicios sociales destinado a contribuir al bienestar social, mediante la prevención, eliminación o tratamiento de las causas que impiden el pleno desarrollo de individuos y grupos.

Su finalidad es la promoción del bienestar de las personas, la prevención de situaciones de riesgo y la compensación de déficits de apoyo social, centrándose en los factores de vulnerabilidad o dependencia.

Define las necesidades sociales como aquellas derivadas del derecho de la persona a realizarse como un ser social en el ámbito convivencial, interpersonal, familiar y relacional entre el individuo y el entorno social.

Entre sus principios destacamos el protagonismo de la persona en todas las intervenciones que afecten a su interés y en la gestión del cambio y la coordinación entre administraciones e iniciativa social, para establecer actuaciones coherentes y programas conjuntos, especialmente en el ámbito del empleo, salud, educación, vivienda y cultura.

Define las prestaciones del sistema público de servicios sociales como las actuaciones o medios, como forma de protección singular, que se ofrecen a personas o grupos para alcanzar, restablecer o mejorar su bienestar. Estas prestaciones pueden ser técnicas, económicas o materiales.

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 interviniéntes, 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, su entorno familiar y social próximo y la comunidad de la que forman parte.

A efectos de este protocolo y teniendo en cuenta que el objetivo último del proceso de atención integral en drogodependencias es la integración social de los afectados, es necesario subrayar la importancia del trabajo con la comunidad, ya que resulta esencial para favorecer dicha integración.

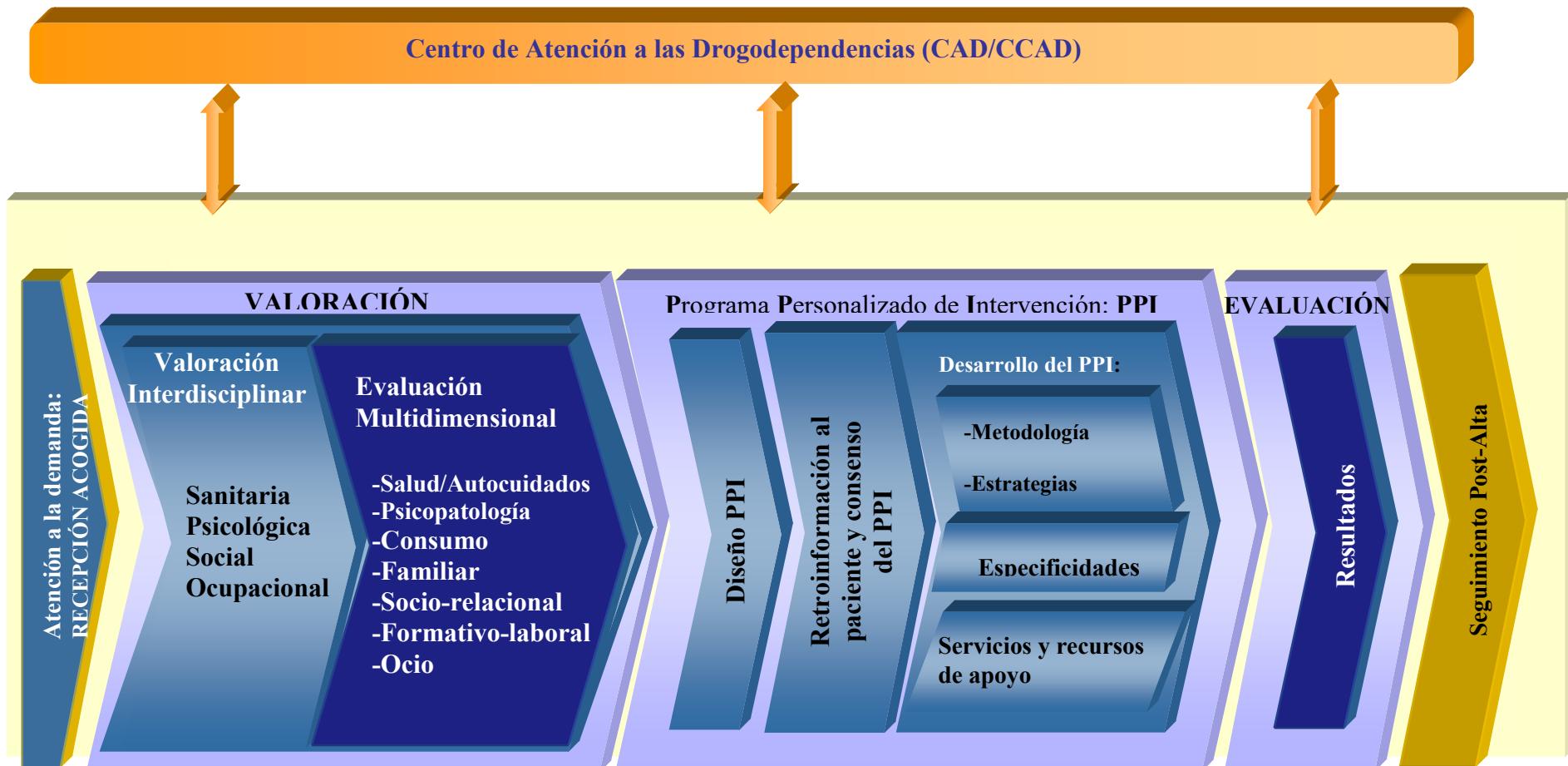
7

EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL

El Trabajador Social, al igual que el resto de los profesionales, que forman parte del equipo interdisciplinar de los CAD, tiene un claro papel que cumplir en el proceso de atención integral.

El Plan de Adicciones describe el proceso de atención integral en función de una serie de etapas. Si bien dichas etapas no siempre son fáciles de delimitar en la práctica, ya que están íntimamente interrelacionadas entre sí y se producen la mayoría de las veces de forma simultánea en el tiempo de intervención, es necesario describirlas como momentos diferentes del proceso para su mejor comprensión. 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.

La atención a las demandas que se producen en los CAD, se lleva a cabo mediante dos actuaciones: la **recepción** y la **acogida**. La recepción, que es el primer contacto que tiene el drogodependiente con el centro, se realiza generalmente por parte del personal administrativo e incluye la toma de datos iniciales y la asignación de una primera cita con un técnico. La acogida es esa primera entrevista con un técnico.

El Trabajador Social, al igual que otros profesionales del CAD, tiene el primer contacto con el paciente, a través de esta primera entrevista de acogida, que incluye una triple dimensión: como relación, como técnica y como proceso.

A través de la misma se pretenden cumplir con una serie de objetivos, previstos en 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.

El profesional que realice esta acogida (sea el Trabajador Social u otro profesional del equipo) deberá, en todo caso, realizar un primer análisis de la demanda del paciente y o su familia, así como de su motivación y expectativas frente al tratamiento y procurar reforzar y apoyar el deseo de cambio del paciente ayudándole a salir de su ambivalencia inicial.

Asimismo recogerá información sobre otras variables del paciente y cumplimentará los siguientes instrumentos:

- RAD Sanitario
- RAD Social
- Historia de consumo
- Sustancia principal
- Vía y motivo de acceso

7.2. Valoración interdisciplinar

Todo paciente debe ser valorado teniendo en cuenta las áreas sanitaria, psicológica, social y ocupacional, de forma que, a través del análisis de la información referente a estas 4 áreas, pueda realizarse una evaluación del paciente en función de las 7 dimensiones señaladas en el modelo de atención integral (salud y auto-cuidados, psicopatología, consumo, familiar, socio-relacional, formativo-laboral y de ocio).

Por lo que se refiere al área social, es en esta etapa en la que el trabajador social recaba los datos y la información necesaria para poder realizar un diagnóstico social del paciente. Todo este estudio y diagnóstico social será aportado por el trabajador social, posteriormente, al resto del equipo para poder realizar la evaluación multidimensional del paciente y el diseño del PPI.

El estudio y **diagnóstico social** incluirá información relativa del propio paciente y a su medio familiar y social (su entorno). Consistirá en una síntesis de las características del sujeto, reflejando la dimensión de la situación problema, las necesidades sociales y las dificultades que pueda presentar en relación a las variables estudiadas, y también las fortalezas o puntos fuertes en los que poder apuntalar la intervención. Este primer diagnóstico social se complementará con información acerca de:

- La droga o drogas de las que abusa o depende
- La frecuencia, gravedad y duración del problema.
- La forma en que el usuario y su familia viven la situación-problema y el modo en que son capaces de afrontarla.
- La forma en que se plantea la demanda (prestando especial atención a las demandas implícitas). Es importante conocer lo que el paciente y/o la familia identifican como problema y la forma en que lo presentan.
- Conocer si ha habido intentos previos de solución y cuáles han sido.
- La motivación
- La forma de acceso

La recogida de toda esta información se completará con una primera hipótesis de trabajo o propuesta de intervención social, que incluya la, posibilidad de utilización de los recursos propios de la red del Instituto de Adicciones, o de otros recursos externos

El instrumento más importante de que el Trabajador Social dispone para realizar una recogida sistemática de la información es la *Historia Social*. A través de este instrumento se recoge, tanto la información inicial e imprescindible para una primera valoración, como otras informaciones complementarias que permiten, en un proceso dinámico, mantener actualizada la información sobre el paciente a lo largo de todo el proceso de tratamiento y facilitar las intervenciones del Trabajador Social.

Otro instrumento para la recogida de información por parte del Trabajador Social y del resto de los profesionales del equipo, es el *Sistema de Evaluación Multidimensional* o *Sistema de evaluación objetiva de resultados del tratamiento*, que recoge información acerca de las 7 dimensiones señaladas en el modelo de atención integral (salud y auto-cuidados, psicopatología, consumo, familiar, socio-relacional, formativo-laboral y de ocio) y facilita el seguimiento y la evaluación de la evolución del paciente con respecto a las mismas.

La Historia Social incorpora ya una serie de ítems, que se corresponden con indicadores de este Sistema pero, además, deberán ser recogidos por el trabajador social, en su papel de Profesional de Referencia, otras informaciones, que complementan las recogidas en la Historia Social y que son necesarias para completar la evaluación multidimensional.

Interesan especialmente al Trabajador Social aquellos aspectos o variables sociales que puedan suponer un riesgo de exclusión y la relación de ellas con el consumo del paciente, ya que el problema de la drogodependencia suele estar íntimamente relacionado con otro tipo de dificultades con el entorno. A continuación se relacionan algunas de estas variables a investigar especialmente por parte del trabajador social:

- Situación familiar del paciente (datos actuales, antecedentes, dinámica, estructura, estilo de comunicación, normas y límites familiares, consumo en la familia, puntos fuertes o potencialidades, limitaciones, etc.).
- Trayectoria formativo-laboral: formación, trabajos previos, situación laboral actual, inquietudes y expectativas formativas y laborales a corto, medio y largo plazo (disposición para la actividad laboral, conductas orientadas a la misma, nivel de ajuste de expectativas formativo-laborales, capacitación respecto a objetivos profesionales, actividad laboral y tipo de contrato, satisfacción respecto de su actividad laboral).
- Situación económica y grado de autonomía personal
- Red social del paciente y análisis de sus posibles riesgos o potencialidades, existencia o no de relaciones de apoyo fuera del ámbito del consumo.
- Nivel de arraigo, participación e integración social del paciente en su medio, grado de conocimiento del medio y el entorno social, uso de recursos sociales.
- Características del tipo de ocio del paciente y de la gestión de su tiempo libre, especialmente en relación a la utilización de recursos de ocio.
- Situación judicial (actual y posibles antecedentes), análisis de su posible influencia en el proceso de tratamiento.
- Situación administrativa. En el caso de extranjeros no comunitarios, valoración de si se encuentra o no en situación regular.
- Características del medio y el entorno en el que se desenvuelve el paciente y de los posibles riesgos u oportunidades del mismo.

- Situación convivencial del paciente, tipo de núcleo de convivencia y nivel de adecuación y normalización del mismo.

Una variable que resulta especialmente relevante para el Trabajador Social es el conocimiento acerca de si el paciente pertenece a alguno de los *colectivos con necesidades especiales*, descritos en el modelo de atención integral del Plan de Adicciones que puedan suponer un mayor riesgo de exclusión (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 y personas con conflictos legales o judiciales). Las necesidades especiales que presentan precisan de una identificación precoz. En el apartado 8 de este documento se describe la intervención con estos colectivos.

En resumen, los pasos a seguir por el trabajador social en la etapa de Valoración interdisciplinar y evaluación multidimensional son los siguientes:

1. Recabar, en entrevista/s con el paciente los datos e informaciones oportunas para cumplimentar la historia social (cumplimentar la historia social y contrastar la información que sea susceptible de ello, realizando los contactos y las coordinaciones oportunas).
2. Recoger información respecto de otras variables no específicas del Trabajador Social.
3. Realizar un primer diagnóstico social de la situación del paciente y propuesta de intervención desde el Área Social para el diseño del Programa Personalizado de Intervención (PPI). Siempre que el Trabajador Social lo considere necesario, se realizarán ya unas primeras orientaciones e indicaciones al paciente, que vayan dando respuesta a sus necesidades sociales básicas, o bien, se realizan las intervenciones o coordinaciones que, por su urgencia o gravedad, resulten prioritarias.
4. Aportar toda la información a la reunión para la valoración interdisciplinar y la evaluación multidimensional del paciente.

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

Las diferentes perspectivas profesionales obtenidas sobre el paciente deben concluir en una evaluación multidimensional del mismo, que se realiza por parte del equipo interdisciplinar. Esta evaluación se realiza en función de las siete dimensiones o ejes señalados en el modelo de atención (salud y auto-cuidados, psicopatología, consumo, área familiar, socio-relacional, formativo-laboral y de ocio).

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

- Los objetivos que se pretenden conseguir con la intervención.

- Las actividades a desarrollar para la consecución de dichos objetivos.
- Los recursos de apoyo que se consideran necesarios.

Si bien los objetivos a conseguir son compartidos por todos los profesionales que atienden al paciente, las distintas disciplinas profesionales pueden aportar estrategias, técnicas y contenidos de intervención diferentes y complementarios.

El Trabajador Social es el profesional que asesora al equipo acerca de la situación social del paciente, de las necesidades sociales que presenta y acerca de los recursos de apoyo más adecuados a utilizar para conseguir los objetivos fijados en el PPI.

Entre los recursos de apoyo que pueden resultar necesarios a lo largo de la intervención, existen algunos para cuya coordinación, el papel del Trabajador Social resulta de vital importancia (recursos sociales, de empleo, formativos, convivenciales, etc.).

Una vez realizado el diseño inicial del PPI, deberá ser consensuado con el paciente. Resulta fundamental realizar una devolución de los resultados de la valoración multidimensional al paciente y, a veces también, a la familia, como paso previo a la definición y concreción del programa de intervención.

Esta devolución de los resultados de la evaluación multidimensional permite cubrir los siguientes objetivos:

- *Trasladar al paciente, y en su caso a la familia, una información objetiva, clara y precisa de los problemas y de las fortalezas encontradas en cada una de las áreas objeto de evaluación, como forma de ayudarles a tomar conciencia del problema y de la gravedad del mismo, así como de las posibles soluciones.*
- *Contrastar esta valoración con el grado de conocimiento y conciencia del problema por parte del paciente y su familia.*
- *Argumentar las razones que justifican un determinado plan de intervención, sus ventajas y sus dificultades, a fin de que el paciente, y en su caso la familia, tomen conciencia clara de su situación y del papel que pueden jugar en las posibles soluciones.*
- *Explicar los contenidos y las acciones que se proponen en el Programa Personalizado de Intervención (PPI), como pueden ser la incorporación a determinados grupos, citas individuales con los diferentes profesionales, administración de fármacos, desintoxicación, etc., y el papel que el paciente y la familia deben jugar en las mismas o los requisitos de cada una de ellas.*
- *Ajustar, de acuerdo con el paciente, los objetivos del PPI a la situación particular del mismo, motivándole para lograr el mayor grado posible de implicación en el programa terapéutico.*

- *Adecuar las expectativas iniciales del paciente acerca del tratamiento que se le ofrece, reajustando las que resulten inadecuadas y reconvirtiendo demandas poco realistas del paciente o de la familia.*

7.4. Desarrollo del PPI

Una vez diseñado el PPI y consensuado con el paciente, se inicia el proceso de intervención o desarrollo del mismo, que implica la puesta en práctica de la metodología, las estrategias y las actuaciones específicas, que resulten necesarias en cada caso y la implicación de los recursos de apoyo al tratamiento y a la reinserción que sean precisos, ya se trate de servicios y recursos de la propia red del Instituto de Adicciones o de otras redes sanitarias o sociales.

El desarrollo del PPI incluye, además, el seguimiento y la evaluación continua del mismo por parte del equipo terapéutico, de forma que puedan introducirse las modificaciones necesarias en función de la evolución del paciente.

El nivel o la intensidad de la intervención del Trabajador Social en el desarrollo del PPI dependerán en gran medida, de la mayor o menor presencia de factores de riesgo de exclusión social, de modo que, a mayor presencia de riesgo de exclusión, la intensidad o el peso de la intervención del trabajador social en el caso, deberá ser mayor.

7.4.1. Aportaciones del Trabajador Social

El trabajador Social interviene en la consecución de todos los objetivos fijados para el paciente en el PPI en los 7 ejes recogidos en la evaluación multidimensional. (Salud y auto cuidados, psicopatología, consumo, familiar, socio-relacional, formativo-laboral y ocio), al igual que ocurre con el resto del equipo técnico.

No obstante existen estrategias de actuación diferenciadas e instrumentos de apoyo que son más específicos del ámbito de actuación del Trabajador Social en drogodependencias y son precisamente estas técnicas e instrumentos los que constituyen la aportación fundamental del Trabajador Social al Proceso de Atención Integral del drogodependiente.

En las siguientes, y partiendo del Sistema de Evaluación Multidimensional, se describen las actuaciones del Trabajador Social para la consecución de los objetivos del PPI en las dimensiones señaladas. Se han seleccionado aquellos objetivos en los que el peso de las actuaciones del Trabajador Social es mayor:

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 Trabajador Social/PR	Instrumentos de apoyo (técnicas prestaciones, recursos)
<ol style="list-style-type: none">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.	<p>Acceso a información sobre recursos de salud, deportivos, de ocio, formativos.</p> <p>Participación e implicación del paciente y su familia en el tratamiento no farmacológico</p>	<ul style="list-style-type: none">- Información y orientación sobre expectativas de tratamiento.- Establecimiento de un vínculo terapéutico adecuado con el paciente ofreciéndole un espacio de escucha, ayuda y reflexión.- Asesoramiento sobre posibles recursos (específicos y no específicos) a utilizar.- Refuerzo del papel de la familia como figura clave de apoyo y acompañamiento en el proceso de atención.- Recepción y elaboración de informes.- Coordinación entre las partes intervenientes a lo largo del proceso terapéutico: Con el equipo del CAD y los recursos externos.- Intervención en crisis fuera de agenda.	<ul style="list-style-type: none">- Entrevistas semi-estructuradas de información y asesoramiento.- Entrevistas motivacionales individuales y familiares- Entrevistas de seguimiento presencial y/o telefónico pautadas- Informes sociales- Recursos de apoyo al tratamiento y la reinserción que resulten adecuados a la situación del paciente- Grupos de acogida/inicio

EJE 2: PSICOPATOLOGÍA

OBJETIVO GENERAL

Lograr la mayor estabilidad psíquica del paciente.

OBJETIVO ESPECIFICO	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Trabajador Social/PR	Instrumentos de apoyo (técnicas prestaciones, recursos)
<ol style="list-style-type: none">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.	Acceso a recursos que faciliten el contacto social y estimulen el interés y la participación del paciente (asociaciones, entidades o centros que faciliten la participación en actividades diversas y el contacto social y la relación con el entorno).	<ul style="list-style-type: none">- Establecimiento de un vínculo terapéutico adecuado con el paciente ofreciéndole un espacio de escucha y aceptación.- Asesoramiento sobre posibles recursos (específicos y no específicos) a utilizar.- Apoyo y refuerzo de las conductas de acercamiento y utilización de recursos y de socialización.- Coordinación con entidades y recursos adecuados a las necesidades de los pacientes para favorecer la aceptación y apoyo a los mismos.	<ul style="list-style-type: none">- Entrevistas semi-estructuradas de información y asesoramiento.- Entrevistas motivacionales individuales y familiares- Entrevistas de seguimiento presencial y/o telefónico pautadas.- Trabajo en grupo de pacientes con participación de Trabajador Social.- Visitas a recursos y tejido asociativo de la zona.

EJE 3: CONSUMO

OBJETIVO GENERAL

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

Objetivo específico	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Trabajador social/PR	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.	Abstinencia en el consumo de drogas. Disminución del consumo, tanto de cantidad de sustancia consumida como del número de veces que se consume. Reducción de los daños y riesgos asociados al consumo.	<ul style="list-style-type: none"> - Dar apoyo y contención. - Motivación al paciente para su implicación en el tratamiento y para el cambio. - Seguimiento y refuerzo de resultados positivos en controles toxicológicos. - Detección de situaciones o estresores sociales facilitadores de recaída y darlos a conocer al equipo técnico. - Dar pautas para el cambio de hábitos de relación social (entorno de consumo y riesgo). - Orientación y asesoramiento acerca de los recursos sociales que puedan ser de utilidad en función de la situación del paciente. 	Entrevistas semi-estructuradas, motivacionales y de tratamiento. Grupos de educación para la salud Grupos de prevención de recaídas

EJE 4: FAMILIAR

OBJETIVO GENERAL

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

Objetivos específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Trabajador Social	Instrumentos de apoyo (técnicas, prestaciones, recursos)
1. Tomar conciencia de su posición en la estructura y dinámica familiar y mejorar su funcionalidad	<p>Tipo y desempeño de roles.</p> <p>Gestión de normas, límites y responsabilidades familiares.</p> <p>Tipo de comunicación y relaciones familiares y grado de adecuación a la situación y edad del paciente.</p> <p>Valoración de alternativas de respuesta (conductas) saludables/adaptativas</p>	<p>Clarificación y redefinición de sistemas de comunicación, roles y responsabilidades familiares.</p> <p>Apoyo en la elaboración de nuevos discursos que favorezcan diferentes interacciones entre los miembros de la familia</p> <p>Apoyo a la familia para que pueda pensar en posibles respuestas alternativas que mejoren sus vidas partiendo de la capacidad resiliente del sistema familiar.</p> <p>Facilitación del establecimiento de vías de comunicación incidiendo en aquellos casos en los que se encuentren muy deterioradas por el proceso del drogodependiente.</p>	<p>Genograma</p> <p>Entrevistas orientativas y motivacionales individuales, familiares y/o por subsistemas.</p> <p>Trabajo en Grupos de familiares</p> <p>Escuela de Familias</p> <p>Empleo de técnicas activas: Escultura, role playing, juegos representativos, socio-dramas...</p> <p>Visitas a domicilio para comprender el entorno (contexto) de la familia y su capacidad de adaptación.</p>

Objetivos específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Trabajador Social	Instrumentos de apoyo (técnicas prestaciones, recursos
		Apoyo para la utilización de alternativas conductuales familiares de respuesta más saludables/adaptativas	
2. Identificar la función del consumo y generar alternativas.	<p>Función del consumo del individuo en la familia, en la dinámica y estructura familiar.</p> <p>Causas familiares que contribuyen al mantenimiento del consumo.</p> <p>Mitos y creencias en torno al proceso de drogodependencia.</p>	<p>Clarificación del papel que juega el síntoma de la drogodependencia en la estructura familiar.</p> <p>Identificación de los mitos y creencias en torno al proceso de drogodependencia.</p> <p>Cuestionamiento del papel del síntoma y de los mitos y creencias y análisis de posibles alternativas más adaptativas.</p> <p>Redefinición de pautas de funcionamiento y hábitos de vida familiares que resulten más adaptativos.</p>	<p>Entrevistas orientativas y motivacionales individuales, familiares y/o por subsistemas.</p> <p>Trabajo en Grupos de familiares</p>
	Participación e implicación	Generación de alianzas con los	Entrevistas orientativas y motivacionales

Objetivos específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Trabajador Social	Instrumentos de apoyo (técnicas prestaciones, recursos
3. Adecuar el grado de implicación de la familia en el tratamiento.	de los miembros de la familia en el proceso de tratamiento	<p>diferentes miembros de la familia, ofreciéndoles un lugar en el proceso de tratamiento, favoreciendo así su participación e implicación en el mismo.</p> <p>Apoyo a las familias para incrementar su motivación a la hora de participar activamente en las actividades propuestas por el equipo terapéutico, en especial, para la participación en actividades grupales.</p>	<p>individuales, familiares y/o por subsistemas.</p> <p>Trabajo en Grupos de familiares</p>
4. Afrontar las diferentes situaciones de crisis de forma eficaz, minimizando las repercusiones de la historia familiar.	<p>Consumo en otros miembros de la familia significativos para el paciente.</p> <p>Etapas evolutivas (formación de pareja, nacimiento de hijos, adolescencia, vejez)</p> <p>Crisis familiares debidas a otras circunstancias</p>	<p>Análisis de los consumos o de otras situaciones críticas existentes dentro de la familia, analizando con la misma el modo en que afecta sus interacciones.</p> <p>Acompañamiento a la familia en su proceso de búsqueda de una</p>	<p>Entrevistas orientativas y motivacionales individuales, familiares y/o por subsistemas.</p> <p>Servicio de Apoyo a la Prevención (PAD).</p> <p>Centro de Servicios Sociales Municipales,</p> <p>Centros de Atención a la Familia (CAF) y a</p>

Objetivos específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Trabajador Social	Instrumentos de apoyo (técnicas prestaciones, recursos
	(situaciones de violencia/abusos, abandonos, separaciones, fallecimientos, abortos, proceso migratorio, situaciones económicas, exclusión social, exclusión familiar).	<p>nueva homeostasis, disminuyendo su ansiedad y promoviendo cambios que la ayuden a superar las posibles disfunciones o bloqueos.</p> <p>Orientación y derivación a los recursos o servicios que puedan favorecer la funcionalidad familiar.</p> <p>Apoyo a la familia para que pueda afrontar las diferentes situaciones críticas de manera cohesionada y adaptativa.</p>	<p>la Infancia (CAI).</p> <p>Servicio de atención a la violencia de género (SAVG)</p> <p>Otros servicios: De salud, comunitarios, asociaciones de familiares.....</p>

EJE 5: SOCIO-RELACIONAL

OBJETIVO GENERAL

Conseguir y mantener unas relaciones sociales saludables.

Objetivo específico	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Trabajador Social	Instrumentos de apoyo (técnicas prestaciones, recursos)
1. Establecer y mantener vínculos sociales fuera del ámbito del consumo	Capacidad para establecer vínculos sociales, en los diferentes ámbitos (laboral, relacional, grupo de amigos...)	<p>Valoración junto con el usuario de su red social y de sus posibles riesgos o potencialidades, así como de la existencia o no de relaciones de apoyo fuera del ámbito del consumo.</p> <p>Apoyo para el establecimiento y mantenimiento de vínculos sociales positivos y para las interacciones sociales sin drogas.</p> <p>Información, orientación y asesoramiento sobre actividades normalizadas facilitadoras de las relaciones sociales.</p> <p>Coordinación con los recursos comunitarios para favorecer el acceso, el buen uso de los mismos y facilitar la integración social.</p>	<p>Entrevistas motivacionales</p> <p>Entrevistas de seguimiento.</p> <p>Ecomapa.</p> <p>Visitas a recursos</p> <p>Recursos comunitarios</p>
2. Adquirir, potenciar y mejorar las habilidades sociales.	Habilidades sociales (asertividad, empatía, resolución de conflictos, expresión de sentimientos y necesidades...).	Apoyo y refuerzo de las conductas sociales adecuadas del paciente en las diferentes relaciones interpersonales.	<p>Entrevistas individuales.</p> <p>Dinámicas grupales.</p> <p>Role-playing.</p> <p>Modelado</p>

Objetivo específico	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Trabajador Social	Instrumentos de apoyo (técnicas prestaciones, recursos)
3. Adquirir y mantener una actitud social autónoma y responsable.	<p><i>Derechos y deberes como individuo.</i></p> <p><i>Conductas pro-sociales y conductas antisociales.</i></p> <p><i>Consecuencias de las conductas.</i></p> <p><i>Responsabilidad ante los propios actos.</i></p>	<p>Asesoramiento al usuario para el conocimiento y ejercicio de sus derechos y deberes como individuo.</p> <p>Reflexión con el paciente para la identificación de las propias conductas como pro-sociales o como antisociales.</p> <p>Motivación y orientación a los usuarios para que afronten con responsabilidad su situación judicial, facilitando el acceso a recursos de asesoría jurídica.</p> <p>Derivación a los recursos de apoyo jurídico.</p> <p>Coordinación con los recursos de apoyo jurídico, Instituciones penitenciarias y otros agentes judiciales.</p>	<p>Entrevistas individuales de seguimiento</p> <p>Servicio de asesoramiento a jueces e información y atención al detenido drogodependiente (SAJIAD).</p> <p>Otros servicios de orientación jurídica.</p> <p>Servicios de voluntariado y ONG.</p> <p>Servicios Sociales penitenciarios.</p>
4. Conocer y utilizar adecuadamente los recursos sociales normalizados.	Recursos comunitarios normalizados (sanitarios, educativos, judiciales, de Servicios Sociales, administrativos, tejido asociativo, etc.).	<p>Valoración del nivel de integración social y arraigo del paciente: Conocimiento del medio y el entorno social, uso de recursos comunitarios y nivel de participación.</p> <p>Orientación y asesoramiento para conseguir incrementar la motivación del paciente para la utilización de los recursos sociales</p>	<p>Entrevistas motivacionales</p> <p>Servicios Sociales</p> <p>Centros culturales, de salud, educativos, deportivos,...</p> <p>Tejido asociativo y</p>

Objetivo específico	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Trabajador Social	Instrumentos de apoyo (técnicas prestaciones, recursos)
		normalizados.	voluntariado Otros recursos comunitarios.
5. Lograr la autonomía en relación al núcleo de convivencia.	Núcleos convivenciales. Autonomía convivencial.	<p>Apoyo en la gestión de la autonomía económica (plan de ahorro, organización del presupuesto, tramitación de ayudas,..)</p> <p>Apoyo, orientación y acompañamiento en las acciones que tengan que emprender los usuarios para la consecución de su autonomía personal.</p> <p>Asesoramiento sobre prestaciones sociales y documentación básica.</p> <p>Asesoramiento y derivación en su caso, sobre los recursos convivenciales de apoyo al tratamiento y a la reinserción del Instituto de Adicciones y otras redes.</p> <p>Coordinación con los recursos convivenciales de la red del Instituto de Adicciones y otras redes.</p>	<p>Entrevistas individuales y familiares.</p> <p>Red de recursos para la atención a personas sin hogar</p> <p>Área de familia y servicios sociales</p> <p>Servicio de atención a la violencia de género (SAVG)</p> <p>Centros de día</p> <p>ISTMO</p> <p>FERMAD</p> <p>Prestaciones sociales (Renta mínima, RAI, subsidios, pensiones,...)</p>

EJE 6: FORMATIVO LABORAL

OBJETIVO GENERAL

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

Objetivo específico	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Trabajador Social	Instrumentos de apoyo (técnicas prestaciones, recursos)
1. Fomentar la motivación e implicación del paciente en su proceso de formación y empleo	Disposición y motivación para el empleo. Inquietudes e intereses formativo-laborales.	Análisis y valoración de inquietudes e intereses formativo-laborales. Asesoramiento al usuario para que identifique y exprese sus intereses con un proyecto definido. Orientación y motivación del paciente para que contacte con el técnico de empleo del SOL e inicie acciones orientadas a la mejora de su empleabilidad y/o consecución de un empleo. Coordinación con el técnico de empleo del SOL	Entrevistas Individuales (informativas, motivacionales, de seguimiento, etc.). Intervención grupal (grupo técnico de empleo y trabajo social y otros). Itinerario personalizado formativo-laboral.
2. Ajustar las expectativas formativo- laborales del usuario en función de su perfil profesional y de la situación del mercado laboral.	Situación actual respecto de: experiencia laboral, formación realizada, características personales (edad, sexo, situación física, etc.), factores de riesgo o de vulnerabilidad presentes (consumo, enfermedades, psicopatología, etc.) Situación actual del mercado de	Apoyo al paciente en el análisis de su nivel de empleabilidad y expectativas para que tome conciencia de su nivel real. Análisis, junto con el paciente, de sus potencialidades y dificultades, de cara a su inserción laboral. Asesoramiento acerca de posibilidades realistas en función del nivel de empleabilidad del paciente.	Servicio de Orientación Laboral (SOL). Otros recursos del sector y Servicios Públicos de Empleo: Agencia para el Empleo, Centro de Orientación Socio-laboral

Objetivo específico	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Trabajador Social	Instrumentos de apoyo (técnicas prestaciones, recursos
	trabajo		COS), entidades culturales, escuelas de adultos, Asociaciones y ONG orientadas a la búsqueda de empleo, etc. Informes de Derivación
3. Adquirir herramientas para conseguir el mayor grado posible de capacitación laboral, en orden a incrementar la empleabilidad.	Capacitación profesional. Formación. Necesidades formativas. Habilidades y recursos personales. Intereses formativo -profesionales.	Derivación del paciente al técnico de empleo del SOL y coordinación con el mismo. Diseño del itinerario de integración formativo-laboral en coordinación con todos los agentes implicados. Desarrollo y seguimiento de las acciones que hayan sido pactadas en el marco de dicho itinerario y seguimiento de todo el proceso. Derivación a recursos formativos, a recursos para aprendizaje del castellano para extranjeros o a otros servicios del sector, que puedan resultar de interés.	
4. Conseguir que su situación laboral sea adecuada a su situación vital.	Situación vital. Situación laboral. Satisfacción laboral. Adecuación entre situación laboral y situación vital.	Valoración junto con el usuario de su situación laboral, grado de satisfacción con su empleo y grado de adecuación de la situación laboral a su situación personal. Orientación y asesoramiento del paciente respecto a su situación de empleo y/o hacia la mejora o cambio de trabajo, si fuese necesario.	

EJE 7: OCIO

OBJETIVO GENERAL

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

Objetivo específico	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Trabajador Social	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.	<p>Motivación para desarrollar actividades de ocio.</p> <p>Intereses relacionados con el ocio.</p> <p>Ocio saludable</p>	<p>Valoración de la capacidad del paciente para desarrollar un ocio saludable.</p> <p>Apoyo y orientación para que el paciente identifique sus aficiones e intereses en el ámbito del ocio y tiempo libre.</p> <p>Apoyo y orientación para que el paciente adecue estos intereses a sus necesidades (ajuste a la situación).</p> <p>Apoyo y orientación a las familias para que colaboren en el desarrollo de aficiones e intereses de ocio adecuados a la situación de los pacientes.</p>	<p>Entrevistas Individuales (informativas, motivacionales, de seguimiento, etc.).</p> <p>Entrevistas con familia.</p> <p>Intervención grupal (grupo técnico de ocio).</p> <p>Terapeuta ocupacional del equipo, que interviene más sistemáticamente en este eje.</p>
2. Optimizar las competencias para organizar el tiempo y las actividades.	<p>Competencias y destrezas personales (físicas, cognitivas y afectivo- sociales) relacionadas con el desarrollo del ocio.</p> <p>Organización del tiempo de ocio</p>	<p>Detección de los posibles obstáculos o dificultades para el desarrollo del ocio -tiempo libre (económicos, personales, familiares) que presenta el paciente.</p> <p>Asesoramiento y apoyo al paciente para facilitar</p>	<p>Red de apoyo social.</p> <p>Voluntariado</p>

Objetivo específico	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Trabajador Social	Instrumentos de apoyo (técnicas prestaciones, recursos)
		<p>la toma de conciencia de las propias posibilidades y limitaciones referentes al ocio y para la puesta en práctica de las estrategias que permitan eliminar o disminuir dichas dificultades.</p> <p>Apoyo al paciente para el logro de una gestión adecuada del tiempo de ocio (distribución equilibrada evitando tanto la hiperactividad como la ausencia total planificación del tiempo libre).</p>	<p>Asociaciones y ONG orientadas al desarrollo de un ocio saludable.</p> <p>Centros y recursos de ocio (deportivos, culturales, recreativos, etc.)</p> <p>Prestaciones económicas, ayudas de transporte, tarjeta de polideportivos, etc.</p>
3. Lograr el adecuado desarrollo de actividades de ocio saludable, tanto solitario como compartido y la disminución de las actividades de ocio de riesgo.	<p>Diversificación y adecuación de actividades.</p> <p>Ocio solitario y ocio compartido.</p> <p>Ocio de riesgo</p> <p>Participación en actividades sociales de ocio saludable</p>	<p>Evaluación del desarrollo de las actividades de ocio que se realicen por el paciente.</p> <p>Asesoramiento y apoyo para lograr que diversifique sus actividades de ocio.</p> <p>Detección e intervención de las posibles dificultades que surjan durante el desarrollo de las actividades de ocio.</p> <p>Información y orientación sobre los recursos de ocio del distrito/ciudad y sobre la adecuación a las necesidades y características del paciente (coste, adaptado a discapacidad, de fomento de la socialización, etc.)</p>	Informes de Derivación

Objetivo específico	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Trabajador Social	Instrumentos de apoyo (técnicas prestaciones, recursos)
		<p>Coordinación con recursos de ocio y visitas a los diferentes recursos de ocio de la zona para favorecer un mayor conocimiento y adecuación de la intervención.</p> <p>Derivación/contacto con servicios de apoyo</p>	

7.4.2. Intervención con el paciente

La intervención del Trabajador Social va siempre orientada a la consecución de los objetivos fijados para el paciente en el PPI en cada uno de los siete ejes o dimensiones que pueden verse afectados por una situación de drogodependencia: Salud y auto-cuidados, psicopatología, consumo, familiar, socio-relacional, formativo-laboral y de ocio. Para ello la intervención puede centrarse exclusivamente en el propio paciente, ya sea mediante intervenciones individuales o grupales, o puede incluir también, siempre que el paciente así lo admita, a la familia. Todo ello se enriquece y complementa con una tercera forma de intervención, que se desarrolla más adelante en un apartado independiente: el trabajo con la comunidad.

Intervención individual

En el apartado anterior, correspondiente al desarrollo del PPI, se han descrito diferentes actuaciones del trabajador social, así como los instrumentos de apoyo y técnicas más utilizadas. En el caso de la intervención individual con el paciente, la entrevista, en sus diferentes formas, es la técnica de intervención social por excelencia.

Teresa Rossell define la entrevista como una técnica con muchas utilidades en las ciencias sociales, que puede ser utilizada con distintos fines:

Entrevista de recogida de datos, dirigida a recoger la información que conforma la historia social del paciente u otra información de interés.

Entrevista informativa, cuyo objetivo es proporcionar al paciente información que este precise sobre aquellas materias relacionadas con su proceso de tratamiento, que competen al trabajador social.

Entrevista motivacional, que pretende promover la motivación del paciente hacia el tratamiento, la toma de conciencia de problemas o el compromiso con los acuerdos alcanzados.

Entrevista de asesoramiento, en la que se busca proporcionar al paciente no solo información sobre recursos, servicios, o alternativas de tratamiento sino también sobre las posibles ventajas/desventajas, coste/ beneficios, o consecuencias de las diferentes opciones planteadas.

Entrevistas de seguimiento, a través de las que se revisan los acuerdos marcados entre paciente y profesional así como todo el proceso de cambio del paciente.

En la práctica diaria es muy frecuente que una misma entrevista adquiera diferentes tipologías en función de los objetivos de la misma y de la situación del paciente. En el contexto de la entrevista el Trabajador Social puede ofertar al paciente una escucha activa y un feedback, que le faciliten la reflexión y el conocimiento propios, extrayendo conclusiones de utilidad para la posterior toma de decisiones. Así mismo, en el contexto de la intervención individual el Trabajador Social apoyará al paciente para que ejecute las tareas a las que se ha comprometido para conseguir la solución de sus problemas, apoyándole para que incremente su motivación frente al tratamiento y asuma los compromisos derivados del mismo, comenzando con los más sencillos y gratificantes para posteriormente comprometerse con actividades de mayor envergadura. La entrevista es también un marco idóneo para ofertar información, orientación, asesoramiento y apoyo acerca de una multiplicidad de temáticas de gran importancia para la evolución positiva del paciente: estilo de vida más saludable, participación social, acceso a la formación o al empleo, conocimiento de su situación jurídica, ocio saludable, conocimiento y utilización adecuada de recursos, etc.

La reflexión propiciada en el marco de la entrevista y el vínculo positivo de aceptación y confianza que se establece entre paciente y trabajador social permiten también desmotar las falsas imágenes y los mitos que suelen tener acerca de si mismos y de su capacidad para hacer cambios positivos.

Como el Plan de Adicciones señala, la duración y frecuencia de las entrevistas o sesiones individuales con los pacientes estarán en función de los objetivos a conseguir y del momento del proceso en el que se encuentre el paciente.

Intervención grupal

Tal y como recoge el Plan de Adicciones, el grupo es una importante herramienta terapéutica, que permite rentabilizar el trabajo desarrollado desde las diferentes áreas, no sólo como forma de mejorar la gestión de los tiempos de que disponen los profesionales, sino también como forma de facilitar las sinergias positivas y las ventajas que el grupo proporciona para facilitar el proceso de cambio.

El Trabajador Social participa en diferentes tipos de grupos, ya sea como coordinador principal del grupo o como colaborador de otro profesional del equipo. En el apartado referente al desarrollo del PPI se mencionan diferentes tipos de grupos dentro el apartado de instrumentos de apoyo, técnicas, prestaciones y recursos, en los que participa el Trabajador Social: Grupos de acogida/inicio, grupos de educación para la salud, grupos de prevención de recaídas o grupo técnico de ocio. En el Anexo 3 se incluye información sobre algunos tipos de grupos que se desarrollan en los CAD con participación del Trabajador Social.

La incorporación de un paciente a un determinado grupo se acuerda en la reunión de valoración con el equipo responsable del caso. Tras ello se emplaza al paciente para acudir con una frecuencia generalmente semanal y en un horario determinado, al grupo elegido, explicándole previamente cual es el objetivo de dicho grupo, las normas de funcionamiento, etc., haciendo especial mención a la necesidad de mantener la confidencialidad de lo que en el grupo se trabaje.

7.4.3. Intervención con la familia

La intervención con las familias de los pacientes es señalada en el Plan de Adicciones como una actuación prioritaria, si bien no es posible abordar en todos los casos esta línea de trabajo, ya sea por expreso deseo del paciente o por dificultades o falta de motivación por parte de la familia.

Al igual que se señala en el apartado sobre intervención individual, la entrevista es la técnica por excelencia para trabajar con la unidad familiar, ya sea con familias que tienen a uno de sus miembros en tratamiento en el CAD, ya sea con aquellas familias que consultan o solicitan apoyo y orientación y cuyo familiar afectado no acude a tratamiento (familias "solas").

Intervención individual

La intervenciones individuales con familias (una sola familia es el objeto de la intervención) suelen tener una duración aproximada de una hora, si bien esto puede variar en función de las necesidades, resultando útiles también intervenciones más breves, con objetivos de seguimiento o de intercambio de informaciones prácticas para la evolución del paciente.

En las interacciones con las familias resulta siempre esencial la creación de un ambiente de escucha y confianza que facilite la comunicación y la expresión de los problemas y las dificultades. En dicho ambiente se hace posible la exploración de problema presentado y las interacciones familiares en torno a éste para obtener un cuadro nítido de sus pautas de conducta, especialmente aquellas organizadas en torno al problema, la exploración las soluciones intentadas previamente o la negociación de algún tipo de acuerdo o contrato que permita la continuidad del tratamiento.

Intervención grupal

Con las familias se trabaja también de forma grupal, existiendo en los CAD diferentes tipos de grupos de familias adaptados a las necesidades que plantean en las distintas etapas del tratamiento y/o en función de los objetivos que se pretenden conseguir, tanto respecto de las propias familias, como respecto del familiar afectado.

Existe también la posibilidad de trabajo grupal con pacientes y familias conjuntamente. En el Anexo 3 se incluye información sobre algunos tipos de grupos de familiares que se desarrollan en los CAD con participación del Trabajador Social.

Los objetivos específicos a trabajar con las familias, tanto en la modalidad unifamiliar como en la grupal, son los señalados en el eje familiar desarrollado en el punto 7.4.1.

7.5. Coordinación

El objetivo de cualquier coordinación es unificar criterios de intervención y complementar las actuaciones a realizar y el trabajo en red.

En los CAD, los trabajadores sociales llevan a cabo dos tipos de coordinaciones:

1. *Internas*: Reuniones establecidas con el resto de los miembros del equipo interdisciplinar de valoración y seguimiento de los pacientes, para diseñar e implementar el P.P.I de los casos nuevos, así como para realizar un seguimiento y evaluación continua de aquellos pacientes que están en tratamiento.

2. *Externas*: Son aquellas coordinaciones que se mantienen con técnicos de otros recursos que resultan necesarios en el proceso de atención de los drogodependientes, ya sean propios de la Red de Adicciones o se trate de recursos comunitarios, imprescindibles para aquellos casos que requieran un abordaje más global. La implicación de otras redes resulta, por lo tanto, necesaria y el Trabajador Social tiene un importante papel que cumplir en el objetivo de lograr que dicha implicación se produzca de manera temprana en todos aquellos casos, en los que coexisten otras problemáticas asociadas a la drogodependencia. Este sería el caso de redes la de Salud Mental, de Servicios Sociales, Vivienda o Educación.

Las coordinaciones pueden realizarse de forma presencial en el propio CAD o en la sede del recurso objeto de la coordinación, o bien de forma telefónica o a través de correo electrónico, que resulta especialmente útil para el envío de informes sociales u otros datos necesarios. A través de las diferentes formas de coordinación es posible exponer el trabajo que cada servicio está llevando o puede llevar a cabo con el paciente, valorar su evolución y hacer propuestas de trabajo conjunto. Los servicios con los que se suele establecerse una coordinación más estrecha son:

- El Servicio de Orientación Laboral (SOL)
- Técnicos de prevención y educadores, en especial para casos de adolescentes o jóvenes.
- Servicio de asesoramiento a jueces y atención al detenido drogodependiente (SAJIAD).
- Programa de intervención con población inmigrante (ISTMO), en especial en relación a las personas inmigrantes sin la documentación en regla.

Cuando se trata de coordinaciones con las Comunidades Terapéuticas, en las que son ingresados temporalmente los pacientes y dado que no todas se encuentran en Madrid, la coordinación telefónica, por correo electrónico y mediante informes de seguimiento que las Comunidades envían, resulta muy práctico y ágil.

En el caso de los Pisos de apoyo al tratamiento y a la reinserción, se realiza una coordinación presencial con una periodicidad mensual o con la periodicidad acordada entre el equipo técnico del CAD y el recurso.

Así mismo, el Trabajador Social se coordina con aquellos servicios no pertenecientes a la red específica de Drogodependencias, a los que son derivados los pacientes drogodependientes, realizando un seguimiento de dichas derivaciones para complementar y potenciar el trabajo realizado desde todos recursos implicados:

- Servicios Sociales: Comisiones de Apoyo Familiar, Equipos de Trabajo de Menores y Familia, seguimiento RMI, etc.
- Recursos específicos de la red de personas sin hogar, mujer, menores, jóvenes, etc.
- Centros de Atención Primaria de Salud.
- Juzgados, Centros de Inserción Social (CIS), Centros Penitenciarios.
- Hospitales, Centros Madrid Salud (CMS).
- Organizaciones sociales (Asociaciones y Organizaciones no Gubernamentales)

8 INTERVENCIÓN CON COLECTIVOS CON NECESIDADES ESPECIALES

Entre las personas con problemas de drogodependencias, susceptibles de ser atendidas en la red del Instituto de Adicciones, existen colectivos o subgrupos de población que plantean unas especiales características y necesidades. 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. Distingue los siguientes colectivos:

- 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.

Si bien el Trabajador Social tiene asignado un importante papel en el proceso de intervención de todos los pacientes, en el caso de que pertenezcan a alguno de estos colectivos su intervención resulta doblemente importante, ya que es necesario atender y cubrir un número importante de necesidades sociales y dedicar un mayor esfuerzo a la integración laboral y social de los mismos.

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

- Motivación y apoyo para el mantenimiento o incorporación a actividades de carácter educativo, cultural, de capacitación laboral y/o de inserción laboral.
- Promoción de hábitos y estilo de vida saludables, organización del ocio y de las relaciones sociales.
- Apoyo en el restablecimiento, mantenimiento y/o mejora de los vínculos socio-familiares.
- Acompañamiento social durante todo el proceso y trabajo en red con otros profesionales y dispositivos, teniendo siempre en cuenta la perspectiva de género y de multiculturalidad.
- Orientación para la adecuada utilización de los recursos que precise (sociales, judiciales, formativo-laborales, de ocio, etc.).
- Motivación y apoyo para la realización de gestiones como la obtención y/o recuperación de su documentación básica (DNI, Tarjeta sanitaria, etc.), tramitación de prestaciones o recursos.
- Motivación y apoyo, si procede, para acciones de atención básica de proximidad, educación de calle y acompañamientos por parte de entidades y voluntariado.

Además, en el caso de pacientes con conflictos legales o judiciales se realizan intervenciones como:

- Indagación acerca de la situación judicial del paciente, orientación legal básica sobre aspectos relacionados con las drogodependencias y su tratamiento y apoyo al paciente para que se responsabilice del seguimiento de su situación judicial.
- Derivación a recursos de información, orientación y asesoramiento legales, tales como Oficinas de Información Judicial (SOJ), Servicio de Asesoramiento a Jueces e información al detenido drogodependiente (SAJIAD).
- Coordinación con diversos recursos penitenciarios y/o jurídicos, tales como: Victoria Kent, Servicios Sociales penitenciarios, juzgados, abogados y otros agentes judiciales.
- Elaboración de Informes de seguimiento de pacientes con medidas judiciales, que sean requeridos por los jueces.

- Emisión de informes a petición de los Equipos Técnicos del Menor y la Familia (ETMF) y/o los Centros de atención a la familia (CAF) y Centros de atención a la infancia municipales (CAI), en procedimientos tales como protección de menores, litigios o situaciones de violencia familiar, procesos de incapacitación, tutela y curatela.
- Asesoramiento al equipo técnico del CAD acerca de las cuestiones judiciales que puedan afectar a los pacientes.

9

INTERVENCIÓN CON LA COMUNIDAD

La principal tarea profesional del trabajador social en un CAD va orientada a la atención integral del paciente y al logro del mayor grado posible de integración familiar y social del mismo.

Partimos de la consideración básica de que no se puede desligar a las personas del entorno en el que se encuentran, y no solo nos referimos al entorno familiar, sino a todo el entramado geográfico, institucional y socio-relacional en el que viven.

Entre los problemas que suelen aparecer relacionados con las adicciones es frecuente observar una ausencia o debilidad de los vínculos con el entorno, una falta de sentimiento de pertenencia o una percepción de sí mismo y de los propios problemas como algo ajeno a la realidad familiar y social. Este tipo de sentimientos y percepciones, más o menos distorsionados, unidos al consumo de sustancias, contribuyen a retroalimentar de forma negativa la imagen de la realidad y de sí mismo, incrementando el aislamiento social y la exclusión.

Sin embargo, tal como señala Herman C. Krause "no hay una problemática de la persona sobre la que no influya la comunidad, que a su vez es influida por las problemáticas de los individuales que la forman". De la misma forma, podremos pensar que las potencialidades y fortalezas del individuo, podrán suponer un elemento de fortaleza de la comunidad y viceversa".

La (re)construcción del vínculo social, por tanto, implica no limitarse a un enfoque exclusivamente individual, familiar y grupal, sino que es necesario además incluir la mirada en la comunidad, para romper el círculo negativo de consumo y exclusión y para potenciar fortalezas como la participación, la integración y la responsabilidad social.

El Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid recoge entre sus principios y criterios orientadores la importancia de la integración y la participación de la comunidad:

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 de integración social, seleccionando siempre que sea posible la utilización de los recursos normalizados existentes y potenciando el mantenimiento y recuperación de los vínculos sociales y familiares existentes”.

Participación comunitaria: “Establecer los mecanismos que posibiliten la implicación de las instituciones públicas, las organizaciones no gubernamentales e interlocutores sociales, de los servicios o recursos comunitarios, del voluntariado, de los ciudadanos en general y de las personas afectadas y sus familias, facilitando la articulación de respuestas globales y ágiles a las necesidades planteadas”.

Siguiendo la argumentación anterior, consideramos necesario que, junto al trabajo realizado con pacientes y familias, se promueva un trabajo con la propia comunidad y con sus instituciones y organizaciones sociales con el objetivo genérico de potenciar su implicación y responsabilidad en el tema de las adicciones y se facilite la aceptación y la integración social de las personas afectadas. Así, entre las acciones a desarrollar con la Comunidad señalamos las siguientes:

- Promover el conocimiento y participación del entorno que rodea a las personas afectadas y sus familias.
- Difundir, sensibilizar y hacer participe a la comunidad de las necesidades y potencialidades que presentan las personas adictas y sus familias así como del trabajo que se realiza en los CAD, como forma de mejorar la imagen social de los afectados.
- Potenciar los canales de comunicación y participación y la búsqueda conjunta de estrategias eficaces.
- Mejorar la coordinación con las instituciones y entidades sociales.
- Promover todas aquellas propuestas de innovación y mejora que redunden en los miembros de la comunidad.

Así, como muestra de algunas de las actuaciones que los trabajadores sociales de los CAD realizan con esta orientación hacia la fortaleza de la comunidad podríamos citar:

- Atención a grupos de jóvenes y docentes procedentes de diferentes recursos educativos (PCPI, IES, ACE) para difundir la labor y realidad de los CAD, y sensibilizar respecto a los riesgos asociados al consumo de sustancias.
- Participación de los Trabajadores Sociales en Comisiones de Apoyo Familiar y Equipos de Trabajo de Menores y Familia, y otras plataformas conjuntas que desarrollan su actividad en diferentes distritos de la Ciudad en las que, más allá de la reflexión y toma de decisiones sobre casos concretos, se establecen canales de coordinación y acción conjunta entre muy

diversos servicios e instituciones (salud mental, recursos educativos, sanitarios, asociaciones del barrio y/zonas, servicios sociales).

Entre las plataformas en las que se ha venido participando por parte de los CAD figuran: La Coordinadora de Trabajadores Sociales de Villaverde, las mesas de salud de distrito, la Coordinadora de población excluida de Vallecas, etc.

- Promoción y planificación de actuaciones grupales junto con otros recursos del distrito: CMS, Agentes de Igualdad de Oportunidades, Servicios Sociales
- Trabajo en red con el tejido asociativo de los distritos
- Valoración conjunta de los casos que requieran un abordaje comunitario

10 EVALUACIÓN

Como se señala en el Plan de Adicciones, el Programa Personalizado de Intervención (PPI) constituye también una herramienta facilitadora de la evaluación de los cambios que se van produciendo en el paciente a lo largo del proceso de intervención.

El Sistema de Evaluación Objetiva de resultados de tratamiento en base al cual se realiza la evaluación multidimensional inicial y el diseño del PPI incluye una serie de indicadores claramente descritos que proporcionan a los profesionales del CAD la posibilidad de medir objetivamente los cambios que se van produciendo en el paciente en las diferentes dimensiones o áreas de intervención.

Esta evaluación facilita un seguimiento continuo del paciente y arroja información que permite comparar la situación actual, se corresponda o no con el final del proceso de intervención, con la situación de partida en cada una de las dimensiones y en función de los objetivos marcados en el PPI. Al finalizar la intervención con el paciente, e independientemente del motivo que de fin a 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.

Al Trabajador Social le interesaría especialmente la evaluación de resultados de aquellas áreas o dimensiones en las que tiene una mayor capacidad de intervención o un mayor protagonismo de sus intervenciones, tal y como se señalaron en el apartado 7.2 referente a la valoración interdisciplinar. El *Sistema de evaluación objetiva de resultados de tratamiento*, la *historia social* y el *diagnóstico social* constituyen tres instrumentos de gran utilidad para el Trabajador Social a la hora de proceder a la evaluación de un paciente.

La evaluación de resultados al finalizar el proceso de intervención con un paciente constituye el punto de referencia base para realizar, con posterioridad, el seguimiento post-alta del mismo. Este seguimiento pretende conocer hasta qué punto los cambios producidos durante el proceso de intervención se mantienen en el tiempo. Desde el Departamento de Reinserción se ha diseñado e implementado de forma piloto un sistema de seguimiento post-alta de aquellos pacientes que han utilizado el Servicio de Orientación Laboral (SOL).

Para ello son contactados a los 12 meses de la finalización del tratamiento para recoger información sobre una serie de áreas que interesan especialmente al Trabajador Social, como profesional especialmente involucrado en los procesos de integración laboral y social de los pacientes (consumo, empleo, relaciones sociales y familiares, convivencia y ocio).

11

BIBLIOGRAFÍA

- BOE núm. 176 24/07/2002. LEY 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad de Madrid.
- BOE núm. 102 29/04/1986. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Colomer, M. (1987) La metodología y las técnicas en trabajo social. *Documentación Social* nº 69.
- Consejo General de Trabajo Social. Definición de Trabajo Social. Obtenido el 4 de junio de 2012 de la web del Consejo General: www.cgtrabajosocial.es/ndex.php?option=com_content&task=view&id=10&Itemid=48&limit=1&limitstart=3
- Equipo de profesores de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de San Sebastián
- Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid (Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid). Diseño y pilotaje de un Sistema de evaluación objetiva de resultados de tratamiento en pacientes drogodependientes. Madrid, 2010.
- Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid (Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid). Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016. Madrid, 2011.
- Las Heras, P. Cortajarena, E. (1985) *Introducción al Bienestar Social*. Madrid, Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social y Siglo XXI.
- Escartín, M.J.; Palomar, M.; Suarez, E. (1997) *Introducción al Trabajo Social con individuos y familias*. Alicante, Editorial Aguaclara.
- Lázaro, S.; Rubio, E.; Juárez, A. (2010) *Aprendiendo la práctica del Trabajo Social*. Vol. 1 de Biblioteca Comillas, Ciencias Sociales. Madrid, Universidad Pontificia Comillas.
- Organización Mundial de la Salud. (1978) *Atención Primaria de Salud*. Ginebra.
- Ramos Feijóo, Clarisa (2003). *Necesidades Sociales. Conceptos. Perspectivas en el análisis de las Necesidades Sociales*. Madrid, Alianza Editorial.
- Real Academia Española. (2001) *Diccionario de la Lengua Española*. 22^a ed. Madrid, Editorial Espasa Calpe.

- Trigueros, I. (1998) *Manual de Prácticas de trabajo social en Ayuntamientos*. Madrid, Editorial Siglo XXI.
- Rezsohazy Rudolph, (1998) *El desarrollo comunitario: participar, programar, innovar*. Ed. Narcea.
- Zamanillo Teresa y Gaitán Lourdes (1991). *Para comprender el Trabajo Social*. Ed. Verbo divino.
- Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid, Consejería de Familia y Asuntos Sociales. *Manual para el Trabajo Social de acompañamiento en los itinerarios de inserción social*. (2003)

12 ANEXOS

- ANEXO 1: HISTORIA SOCIAL
- ANEXO 2: EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL (EVALUACIÓN OBJETIVA DE RESULTADOS DE TRATAMIENTO). DOCUMENTO GUÍA.
- ANEXO 3: INTERVENCIÓN GRUPAL EN CAD
- CÓDIGO DEONTOLOGICO

Anexo I. Historia social

1. DATOS FAMILIARES	2. DATOS FORMATIVO-LABORALES	3. DATOS SOCIO-ECONÓMICOS	4. RELACIONES COMUNITARIAS	5. DATOS JURÍDICOS	6. DISEÑO INTERVENCIÓN SOCIAL
---------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	--------------------	-------------------------------

1.1 TIPO DE NUCLEO DE CONVIVENCIA : (Desplegable con posibilidad de una sola elección)

4.- Núcleo de convivencia normalizada

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.- Personas sin hogar o en situación de calle.

(Se corresponde con el indicador 5.1 del eje Socio-Relacional)

1.2 COMPOSICIÓN FAMILIAR / CONVIVENCIAL: cuadro en el que:

- QUITAR DESPLEGABLES, EXCEPTO COLABORA EN TTO Y CONSUMO FAMILIAR.
Dejar espacio para literal

Los ítems que aparecen en, Actividad/Ocupación (Contrato Indefinido /-Cuenta propia fijo , Contrato temporal /-Cuenta propia temporal, Trabajo familiar sin sueldo Parado sin trabajo anterior, Parado con trabajo anterior, Incapacidad Laboral / Pensionista, Estudiante / Opositor, Labores del Hogar, Trabajos esporádicos sin contrato, Actividades marginales, Talleres Formativo/ Ocupacionales, Talleres de Empleo, Otros, NS / NC)

PARENTESCO	NOMBRE	EDAD	CONVIVE	ACTIVIDAD / OCUPACIÓN	COLABORA EN TRATAMIENTO Pestaña con posibilidad de una sola elección <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CONSUMO FAMILIAR Pestaña con posibilidad de una sola elección <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
------------	--------	------	---------	-----------------------	---	--

1.3 DINÁMICA E HISTORIA FAMILIAR

- EXISTENCIA DE NORMAS Y LIMITES 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.) (Desplegable con posibilidad de una sola elección)
 - 4.- Casi siempre (más del 80% de las veces)
 - 3.- Con poca 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)

(Se corresponde con el indicador 1.1 del vector 4. Familiar.)
- COMUNICACIÓN. Ajuste de la comunicación familiar a la situación y edad del paciente. (Desplegable con posibilidad de una sola elección)
 - 4.- Casi siempre (más del 80% de las veces)
 - 3.- Con poca 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)

(Se corresponde con el indicador 1.2 del vector 4. Familiar.)
- CONSUMO FAMILIAR. Valoración de la existencia de consumo por parte de uno o más miembros de la familia, que puedan resultar significativos para el paciente. . (Desplegable con posibilidad de una sola elección)
 - 4.- No consumo
 - 3.- Uso
 - 2.- Abuso
 - 1.- Dependencia

(Se corresponde con el indicador 4.1 del vector 4. Familiar.)
- VICTIMA MALOS TRATOS: SI NO (Vinculado a Seguimiento)
- DENUNCIADO: SI NO (Vinculado a Seguimiento)

ESPACIO LITERAL

Con bastante espacio

1. DATOS FAMILIARES	2. DATOS FORMATIVO-LABORALES	3. DATOS SOCIO-ECONÓMICOS	4. RELACIONES COMUNITARIAS	5. DATOS JURÍDICOS	6. DISEÑO INTERVENCIÓN SOCIAL
---------------------	-------------------------------------	---------------------------	----------------------------	--------------------	-------------------------------

2.1 NIVEL DE ESCOLARIZACIÓN ALCANZADO

Desplegable con posibilidad de una sola elección:

- No sabe leer ni escribir.
- No aprobó estudios primarios o 5º curso de EGB o Educación Primaria
- Estudios Primarios, o 5º curso de EGB o Educación Primaria Aprobada
- Bachiller Elemental, o Graduado Escolar, o ESO obligatoria
- Bachiller Superior, o BUP, o Bachillerato LOGSE, COU, o FP1, o FP2, o FP de Grado Medio LOGSE
- Otros títulos que exigen Graduado Escolar, o Educación Secundaria o equivalentes
- Estudios Universitarios Medios
- Estudios Universitarios Superiores
- Otros títulos superiores no Universitarios
- Desconocido

2.2 HISTORIAL EDUCATIVO/ FORMATIVO

ESPACIO LITERAL

2.3 ACTIVIDAD FORMATIVA ACTUAL

Desplegable:

- SI.
 - . CÚAL (LITERAL)
- NO

- DISPOSICIÓN PARA LA ACTIVIDAD FORMATIVA- LABORAL (Desplegable con posibilidad de una sola elección)

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

(Se corresponde con el indicador 1.1 del vector 6. Formativo-Laboral)

CONDUCTAS PARA LA CONSECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVO-LABORAL (Desplegable con posibilidad de una sola elección)

- 4.- Muestra iniciativa y lleva a cabo las pautas que se le indican desde el C.A.D. y 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 el S.O.L.
- 2.- Lleva a cabo de forma irregular las pautas que se le indican desde el C.A.D y el S.O.L.
- 1.- No lleva a cabo ninguna de las pautas que se le indican desde el C.A.D. y el S.O.L.

(Se corresponde con el indicador 1.2 del vector 6. Formativo-Laboral)

- AJUSTE DE EXPECTATIVAS (Desplegable con posibilidad de una sola elección)

- 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.

(Se corresponde con el indicador 2.1 del vector 6. Formativo-Laboral)

1. DATOS FAMILIARES	2. DATOS FORMATIVO- LABORALES	3. DATOS SOCIO- ECONÓMICOS	4. RELACIONES COMUNITARIAS	5. DATOS JURÍDICOS	6. DISEÑO DE INTERVENCIÓN SOCIAL
---------------------	-------------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------	----------------------------------

2.4 CUALIFICACIÓN PROFESIONAL Desplegable:

- SI LITERAL
- NO

2.5 ACTIVIDAD LABORAL. Ítems adaptados al SUPRA, añadiendo la categoría “trabajo sin contrato” y omitiendo “desconocido”. (Desplegable con posibilidad de una sola elección)

- 4.- Contrato o relación laboral indefinida incapacitado permanente. Pensionista.
- 3.- Contrato o relación laboral temporal.
- 2.- Parado con trabajo previo. Trabajo sin contrato.
- 1.- Parado sin trabajo previo. Labores del hogar. Estudiando. Opositando. Trabajando sin sueldo para la familia.

(Se corresponde con el indicador 4.1 del vector 6. Formativo-Laboral)

MINUSVALÍA

Desplegable con posibilidad de una sola elección: En caso afirmativo:

- SI
- NO
- En trámite

Grado (LITERAL)

Fecha de reconocimiento: (LITERAL)

Centro Base (LITERAL)

INCAPACIDAD LABORAL:

Fecha incapacidad:

Desplegable con posibilidad de una sola elección

- Incapacidad temporal
- Incapacidad permanente parcial
- Incapacidad permanente total
- Incapacidad absoluta
- Gran invalidez

- ADECUACIÓN / SATISFACCIÓN. Mide la satisfacción del paciente con su actividad laboral, así como el grado de adecuación de la misma en el orden a la consecución de los objetivos del tratamiento. (Desplegable con posibilidad de una sola elección)

- 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.

(Se corresponde con el indicador 4.2 del vector 6. Formativo-Laboral)

OBSERVACIONES EN RELACIÓN A LA OCUPACIÓN ACTUAL (ESPACIO LITERAL)

2.6 TRAYECTORIA LABORAL

- CAPACITACION. Valora la experiencia o no de experiencia y formación acorde con el objetivo profesional del paciente. (Desplegable con posibilidad de una sola elección)

- 4.- Dispone de experiencia y formación acorde con su objetivo profesional.
- 3.- Dispone de formación pero no de experiencia.
- 2.- Dispone de experiencia pero no de formación.
- 1.- Carece de formación y de experiencia.

(Se corresponde con el indicador 3.1 del vector 6. Formativo-Laboral)

- HISTORIAL TRAYECTORIA LABORAL.

ESPAZIO LITERAL

2.7 INTERESES Y/O NECESIDADES EN EL ASPECTO FORMATIVO-LABORAL

: (Literal con bastante espacio)

ACTUALMENTE EN PROCESO DE ORIENTACIÓN LABORAL: (Desplegable con posibilidad de una sola elección):

- SI
- NO

DERIVADO A S.O.L.: (Vinculado a intervenciones) (Desplegable con posibilidad de una sola elección):

- SI fecha de alta--LITERAL
- NO

DERIVADO A OTROS RECURSOS DE ORIENTACIÓN LABORAL: (Desplegable):

- Entidades privadas
- Entidades públicas

ENCUENTRA EMPLEO: Fecha (Vinculado a Intervenciones)

TIPO DE EMPLEO:

(Desplegable):

- Autónomo
- Contrato Temporal
- Contrato Indefinido
- Empleo protegido

PIERDE EMPLEO: Fecha ·LITERAL (Vinculado a Intervenciones)

.

1. DATOS FAMILIARES	2. DATOS FORMATIVO-LABORALES	3. DATOS SOCIO-ECONÓMICOS	4. RELACIONES COMUNITARIAS	5. DATOS JURÍDICOS	6. DISEÑO INTERVENCIÓN SOCIAL
---------------------	------------------------------	----------------------------------	----------------------------	--------------------	-------------------------------

3.1 VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA (Desplegable con posibilidad de una sola elección):

- Casa o piso
- Habitación alquilada
- Calle o albergue
- Pensión / Hostal
- Prisión / Centro de reforma de menores
- Otras instituciones
- Inestable
- Otros
- Desconocido
- NS / NC

RÉGIMEN DE TENENCIA (Literal)

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA: (Desplegable con posibilidad de una sola elección):

- Adecuada
- No adecuada

ZONA DÓNDE ESTÁ UBICADA, CONDICIONES DE LA VIVIENDA, SALUBRIDAD...

ESPAZIO LITERAL

3.2 FUENTE DE INGRESOS DEL USUARIO

(Desplegable con posibilidad de selección múltiple):

- Laborales
- Subsidio
- Desempleo
- Pensión
- RAI / RMI
- PNC
- Carece de ingresos
- Otros (Espacio literal para la opción “otros”)

NIVEL DE INGRESOS:

- > de 600 €
- < de 600 €
- de 600 a 1000 €
- de 1000 a 1500 €
- < de 1500€.

GASTOS (Desplegable con posibilidad de selección múltiple):

- Vivienda
- Préstamos
- Deudas
- Cargas familiares
- Otros, (Espacio literal para la opción “otros”)

1. DATOS FAMILIARES	2. DATOS FORMATIVO-LABORALES	3. DATOS SOCIO-ECONÓMICOS	4. RELACIONES COMUNITARIAS	5. DATOS JURÍDICOS	6. DISEÑO INTERVENCIÓN SOCIAL
---------------------	------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	--------------------	-------------------------------

4.1 GRUPO DE RELACIÓN:

RELACIONES SOCIALES FUERA DEL ÁMBITO DEL CONSUMO: Personas fuera del ámbito de consumo con las que se relaciona y lo apoyan. (Desplegable con posibilidad de una sola elección)

- 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.

(Se corresponde con el indicador 1.1 del vector 5. Socio-Relacional)

RELACIONES DE PAREJA:

(Desplegable con posibilidad de una sola elección):

SI

NO

OBSERVACIONES: Espacio literal

4.2 PARTICIPACIÓN SOCIAL:

CONOCIMIENTO Y USO DE LOS RECURSOS NORMALIZADOS (Desplegable con posibilidad de una sola elección)

- 4.- Conoce los recursos normalizados y utiliza adecuadamente todos los que necesita.
- 3.- Conoce los recursos normalizados y utiliza adecuadamente algunos de los que necesita.
- 2.- Conoce y no utiliza los recursos normalizados o los utiliza inadecuadamente.
- 1.- No conoce o no puede(1) acceder a los recursos normalizados.

(Se corresponde con el indicador 4.1 del vector 5. Socio-Relacional)

4.3 OCIO Y TIEMPO LIBRE:

UTILIZACIÓN DE RECURSOS DE OCIO: Valora el conocimiento y la buena utilización de los recursos de ocio. (Desplegable con posibilidad de una sola elección)

- 4.- Conoce los recursos de ocio y hace una buena utilización de, al menos, 3 recursos.
- 3.- Conoce los recursos de ocio y hace una buena utilización de 1 ó 2.
- 2.- Conoce los recursos de ocio pero no los utiliza o hace una utilización inadecuada de los mismos.
- 1.- No conoce recursos de ocio.

(Se corresponde con el indicador 2.2 del vector 7. Ocio)

- DESARROLLA ALGUNA ACTIVIDAD DE OCIO Y TIEMPO LIBRE:

SI CUAL (LITERAL)

NO

- DIFICULTADES EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE:

SI (LITERAL)

NO

- AFICIONES E INTERESES EN EL ÁMBITO DEL OCIO Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL:

Espacio literal

- RELACIÓN CON EL ENTORNO INMEDIATO (BARRIO, VECINDAD...)

Espacio literal

CONTACTO CON ENTIDADES, COLECTIVOS O ASOCIACIONES DENTRO DE LA RED SOCIOCOMUNITARIA:

SI (Desplegable con posibilidad de selección múltiple)

- Servicios culturales y deportivos
- Servicios asistenciales
- Movimiento asociativo y voluntariado
- Servicios Sociales.
- Servicios de Mediación.
- Otros (LITERAL)

NO

CONTACTO CON RECURSOS DE LA RED PÚBLICA:

Espacio literal

1. DATOS FAMILIARES	2. DATOS FORMATIVO-LABORALES	3. DATOS SOCIO-ECONÓMICOS	4. RELACIONES COMUNITARIAS	5. DATOS JURÍDICOS	6. DISEÑO INTERVENCIÓN SOCIAL
---------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	---------------------------	-------------------------------

5.1 SITUACIÓN LEGAL:

(Desplegable):

- Sin incidencias legales
- Libertad provisional
- Prisión provisional o preventiva
- Remisión o suspensión temporal de la pena
- Cumplimiento de pena alternativo
- Prisión en régimen cerrado cumpliendo pena
- Prisión en régimen abierto cumpliendo pena (Tercer grado)
- Libertad condicional
- NS / NC

- INCIDENCIAS LEGALES ANTERIORES :

(Desplegable con posibilidad de una sola elección):

- Ninguna
- Antecedentes sin prisión
- Antecedentes con prisión
- NS / NC

- CAUSAS JUDICIALES :

Desplegable con posibilidad de una sola elección:

- SI
- NO

CAUSA	ESTADO	SITUACIÓN

- INFORMES :

(Desplegable):

SI

MENSUAL

BIMENSUAL

TRIMESTRAL

-FECHA DEL ULTIMO INFORME

SEMESTRAL

-FECHA DEL PROXIMO INFORME

OTROS

NO

POSIBILIDAD DE ALERTA EN FECHA PRÓXIMO INFORME

5.2 SITUACIÓN ADMINISTRATIVA :

NACIONALIDAD (LITERAL)

TIEMPO EN ESPAÑA (LITERAL)

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL ESPAÑOL (LITERAL)

EN CONTACTO CON ISTMO (Desplegable con posibilidad de una sola elección)

SI

NO

DOCUMENTACIÓN :

DNI

SI

NO

TRAMITÁNDOSE

OTROS (LITERAL)

TARJETA SEGURIDAD SOCIAL

SI

NO

TRAMITÁNDOSE

OTROS (LITERAL)

NIE

SI

NO

TRAMITÁNDOSE
 OTROS (LITERAL)

PASAPORTE

SI
 NO
 TRAMITÁNDOSE
 OTROS (LITERAL)

OBSERVACIONES

Espacio literal

6. DISEÑO DE LA INTERVENCION SOCIAL

6.1 OBJETIVOS (LITERAL)

AREA FAMILIAR (LITERAL)

POSIBILIDAD DE QUE APAREZCA COMO NOTA INFORMATIVA

- Retomar relaciones con el entorno familiar.
- Mejorar relaciones con el entorno familiar.
- Abordaje de la problemática familiar específica.
- Incrementar el conocimiento familiar sobre el problema de la adicción y el proceso terapéutico.
- Que la familia desarrolle habilidades para un adecuado apoyo al tratamiento.
- Conseguir que la familia facilite los cambios de hábitos necesarios para una evolución favorable.
- Mejorar la comunicación familiar.
- Coordinación con los servicios sociales competentes en materia de otros problemas detectados en la unidad familiar.
- Información y derivación a los servicios sociales oportunos.
- Recuperar y asumir las responsabilidades familiares que le sean propias.
- Implicación en la dinámica familiar.

AREA FORMATIVO LABORAL (LITERAL)

POSIBILIDAD DE QUE APAREZCA COMO NOTA INFORMATIVA

- Diseñar itinerario personalizado de inserción laboral.
- Incorporación a recursos formativos.
- Incorporación a recursos de empleo.
- Acceso a empleo protegido.
- Mantenimiento y/ o mejora de empleo.
- Desarrollo de habilidades para la búsqueda de empleo.
- Orientar la valoración de las limitaciones físicas, psíquicas y/o sensoriales por los servicios correspondientes.
- Facilitar la readaptación laboral.
- Facilitar la adecuación del puesto de trabajo.(Cambio de sector laboral cuando el tratamiento. lo demande).
- Motivación hacia el empleo.

AREA VIVIENDA (LITERAL)

POSIBILIDAD DE QUE APAREZCA COMO NOTA INFORMATIVA

- Información y derivación a recursos específicos de vivienda.
- Apoyo al acceso de alojamiento temporal alternativo.
- Favorecer el cuidado y mantenimiento de la vivienda.
- Desarrollar habilidades para la gestión del hogar.

AREA ECONOMICA (LITERAL)

POSIBILIDAD DE QUE APAREZCA COMO NOTA INFORMATIVA

- Gestión de prestaciones económicas.
- Desarrollo de habilidades de administración del presupuesto.

AREA RELACIONAL (LITERAL)

POSIBILIDAD DE QUE APAREZCA COMO NOTA INFORMATIVA

- Facilitar el desarrollo de la participación social.
- Ampliar red social.
- Mejorar las habilidades básicas de comunicación, relación social y solución de conflictos.
- Fomentar la adquisición de hábitos saludables y cambio en el estilo de vida.
- Facilitar el conocimiento del idioma.
- Conocer y utilizar los recursos de la Comunidad y del entorno.

AREA LEGAL (LITERAL)

POSIBILIDAD DE QUE APAREZCA COMO NOTA INFORMATIVA

- Retomar el seguimiento de las causas judiciales abiertas
- Aportar información para la gestión y seguimiento de los problemas judiciales.
- Coordinación con los recursos judiciales y penitenciarios.
- Emitir informes periódicos en el seguimiento de suspensiones condicionadas a tratamiento.
- Orientación y apoyo en la gestión de documentación.

6.2 RECURSOS DE LA RED PÚBLICA

AREA FAMILIA (LITERAL)

DESPLEGABLE CON POSIBILIDAD DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

- Intervención individual familiar en el CAD.
- Intervención grupal familiar en el CAD.
- PAD
- CAF
- SAVG
- Centros de Servicios Sociales Municipales.
- Servicios de Salud.
- Otros.

AREA FORMATIVO-LABORAL (LITERAL)

DESPLEGABLE CON POSIBILIDAD DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

- Seguimiento continuado desde el área social.
- SOL.
- Otros servicios de orientación laboral (COS,etc.).
- Programas de formación y empleo.
- Talleres de inserción laboral.
- Agencia para el empleo.
- Oficinas de empleo de la CAM
- Otras entidades
- Otras ofertas de empleo protegido.

AREA VIVIENDA (LITERAL)

DESPLEGABLE CON POSIBILIDAD DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

- EMV (Empresa Municipal de la Vivienda)
- IVIMA
- Centros de Acogida.
- Centros de Día
- Comedores Sociales.
- Otros Recursos Residenciales de la Red Asistencial.

AREA ECONOMICA (LITERAL)

DESPLEGABLE CON POSIBILIDAD DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

- Prestaciones Contributivas.
- Prestaciones no contributivas.
- Ayuda económica- recursos
- Prestaciones por desempleo

AREA RELACIONAL (LITERAL)

DESPLEGABLE CON POSIBILIDAD DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

- Movimiento asociativo vecinal.
- Voluntariado.
- Recursos de ocio.
- Servicios Sociales.
- Servicios de mediación.
- ISTMO.

AREA LEGAL (LITERAL)

DESPLEGABLE CON POSIBILIDAD DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

- SAJIAD:
- Mediación Penal:
- Servicios Sociales Penitenciarios.
- SAVD
- Servicio / Oficina de atención jurídica.
- ONG/ Asociaciones.

Anexo II. Evaluación multidimensional (evaluación objetiva de resultados de tratamiento). Documento guía.

EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL
(DOCUMENTO GUÍA)

EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL (DOCUMENTO GUÍA)

<u>VECTORES</u>	<u>PENDERACIÓN</u>	<i>objetivos</i>	<i>Indicadores</i>	
				Págs
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 responsable de la cumplimentación (primer responsable):

Respons. 1º Respons. 2º

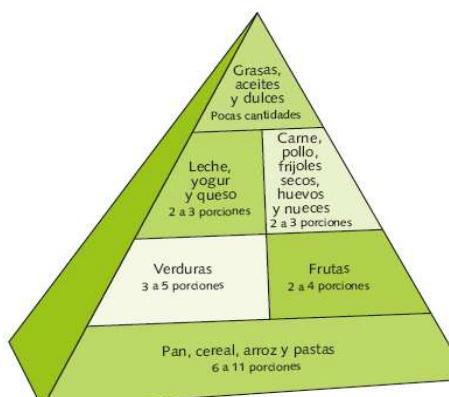
- Médicos..... 4 16
- Enfermeros..... 9 4
- Psicólogos..... 13..... 2
- T.T.S.S..... 13..... 13
- T.T.O.O. 8..... 12
- Profesional de Referencia..... 11..... 0

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	<p>Referido a los hábitos de alimentación que realiza el individuo</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Conductas relacionadas con el aseo, el ejercicio físico y el sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higiene del sueño y ejercicio físico • Higiene corporal • Higiene buco-dental 	3
3. Adquirir y mantener una sexualidad saludable	Sexualidad	<p>Conductas relacionadas con la sexualidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo más seguro • Satisfacción sexual 	3
4. Conseguir y mantener adherencia al tratamiento	Adherencia al tratamiento	<p>Participación e implicación del paciente en su proceso de tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Repercusión de los signos y síntomas de las patologías en la calidad de vida del paciente.</p>	5

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt	Descripción
<p>1. Conseguir y mantener un estado nutricional adecuado</p> <p>Nombre: Nutrición</p> <p>Ponderación: 4</p>	<p>Referido a los hábitos de alimentación que realiza el individuo</p> <ul style="list-style-type: none"> Índice de Masa Corporal (I.M.C.) dentro de rangos saludables Dieta equilibrada Patrón de eliminación <p><i>Dieta equilibrada:</i> 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.</p> 	<p>1.1 ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN RANGOS SALUDABLES $IMC = \text{Peso}/\text{Talla al cuadrado}$</p> <p>Ponderación 50%</p> <p>(Enfermero/médico)</p> <p>1.2 DIETA EQUILIBRADA <i>Frecuencia de comidas y "dieta variada" (1)</i></p> <p>Ponderación 30%</p> <p>(Enfermero/médico)</p> <p>1.3 PATRÓN DE ELIMINACIÓN <i>Frecuencia de eliminación y dificultad en la eliminación (Entendiendo regularidad como la frecuencia de entre 2 -3 veces / día hasta 2-3 veces / semana)</i></p> <p>Ponderación 20%</p> <p>(Enfermero/médico)</p>	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)
			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
			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	<p><i>Conductas relacionadas con el aseo, el ejercicio físico y el sueño</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Higiene del sueño y ejercicio físico</i> • <i>Higiene corporal</i> • <i>Higiene buco-dental</i> 	<p>2.1 HIGIENE DEL SUEÑO, EJERCICIO FÍSICO <i>Valora la capacidad para un sueño reparador (1) y la frecuencia de actividad física</i> Ponderación 33,33% (Enfermero/médico)</p>	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
		<p>2.2 HIGIENE CORPORAL <i>Frecuencia aseo / semana</i> Ponderación 33,33% (Enfermero/médico)</p>	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
		<p>2.3 HIGIENE BUCO-DENTAL <i>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)</i> Ponderación 33,33% (Enfermero/médico)</p>	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
		3.1 SEXO MÁS SEGURO. UTILIZACIÓN DEL PRESERVATIVO <i>Frecuencia de la utilización del preservativo en la relación sexual</i> <i>Ponderación 80%</i> (Enfermero/médico)	4	Siempre (100%)
			3	Casi siempre (50% – 99%)
			2	A veces (0 % – 49%)
			1	Nunca (0%)
3. Adquirir y mantener una sexualidad saludable Nombre: Sexualidad Ponderación: 3	<i>Conductas relacionadas con la sexualidad</i> • Sexo más seguro • Satisfacción sexual	3.2 SATISFACCIÓN SEXUAL <i>Percepción del paciente respecto de su sexualidad</i> <i>Ponderación 20%</i> (Enfermero/médico)	4	Satisfecho
			3	Casi siempre satisfecho
			2	A veces satisfecho
			1	Nunca satisfecho

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt	Descripción
<i>4. Conseguir y mantener la adherencia al tratamiento</i> Nombre: Adherencia al tratamiento Ponderación: 5	<p>Participación e implicación del paciente en su proceso de tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de pautas de tratamiento farmacológico • Cumplimiento de pautas de tratamiento no farmacológico 	<p>4.1 CUMPLIMIENTO DE PAUTAS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO <i>Frecuencia de cumplimiento de las pautas de tratamiento farmacológico</i> Ponderación 50% (Médico/enfermero)</p>	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	Siempre (90% - 100%)
		<p>4.2 CUMPLIMIENTO DE PAUTAS DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO <i>Frecuencia de cumplimiento de las pautas de tratamiento no farmacológico</i> Ponderación 50% (Profesional de referencia)</p>	3	Casi siempre (60% – 89%)
			2	A veces (10 % – 59%)
			1	Nunca (menos del 10%)

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt	Descripción
<p><i>5. Prevenir y controlar las patologías asociadas y/o inducidas por el consumo de drogas para mejorar la calidad de vida.(modificado Karnofsky).</i></p> <p>Nombre: Enfermedades</p> <p>Ponderación: 5</p>	<p><i>Repercusión de los signos y síntomas de las patologías en la calidad de vida del paciente.</i></p>	<p><i>5.1 VALORACIÓN DE PRESENCIA DE ENFERMEDAD, FUNCIONALIDAD Y GRADO DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE.</i> <i>(Modificado Karnofsky)</i></p> <p><i>Ponderación 100%</i></p> <p><i>(Médico/enfermero)</i></p>	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
<p><i>1. Restablecer el contacto con la realidad, alterado por trastornos del pensamiento y/o la percepción</i></p> <p>Nombre: Realidad</p> <p>Ponderación: 5</p>	<p><i>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</i></p>	<p>1.1 ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO Presencia de síntomas (ideas delirantes, delirios) y gravedad de los mismos</p> <p>Ponderación 50% (Psicólogo/médico)</p>	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)
		<p>1.2 ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN Presencia de síntomas (alucinaciones) y gravedad de los mismos</p> <p>Ponderación 50% (Psicólogo/médico)</p>	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 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	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
<i>3. Estabilizar el estado de ánimo</i> Nombre: Ánimo Ponderación: 4	<i>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</i>	<i>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)</i>	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
<p><i>4. Incrementar la capacidad de autocontrol y minimizar el riesgo de violencia</i></p> <p>Nombre: Impulsividad</p> <p>Ponderación: 4</p>	<p><i>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</i></p>	<p><i>4.1 PRESENCIA DE EPISODIOS DE DESCONTROL DE IMPULSOS</i> <i>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</i></p> <p>Ponderación 100% (Psicólogo/médico)</p>	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
<p><i>5. Minimizar el riesgo de suicidio.</i></p> <p>Nombre: <i>Suicidio</i></p> <p>Ponderación: 4</p>	<p><i>Valoración y reducción de el riesgo de suicidio del paciente y/o de la presencia de ideas o intentos autolíticos</i></p>	<p><i>5.1 INTENTOS PREVIOS DE SUICIDIO</i> <i>Entendiendo el "intento" como un acto demostrado, con intencionalidad de muerte, que ha requerido algún tipo de intervención para evitarla.</i></p> <p><i>Ponderación 100%</i> <i>(Psicólogo/médico)</i></p>	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
<p>6. Optimizar las capacidades cognitivas del paciente para que sea funcional</p> <p>Nombre: Capacidad cognitiva</p> <p>Ponderación: 3</p>	<p>Valoración y reducción de el grado de deterioro cognitivo del paciente y mejora, en lo posible, de sus capacidades cognitivas y su funcionalidad</p>	<p>6.1 DETERIORO COGNITIVO Afectación de las capacidades cognitivas del paciente y de su funcionalidad.</p> <p>Ponderación 100% (Psicólogo/T Ocupacional)</p>	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	<i>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</i>	3
2. Abandonar o reducir el consumo de las drogas por las que solicita tratamiento	Abstinencia/reducción	<i>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</i>	5
3. Evitar o reducir el consumo de drogas, que no han generado la demanda	Consumo de otras drogas	<i>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</i>	3
4. Evitar o reducir los daños y riesgos asociados al consumo	Daños y riesgos	<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> <i>Daño: Consecuencia negativa concreta asociada directamente al acto de consumo de drogas</i> <i>Riesgo: Probabilidad que tiene la conducta de consumir drogas de causar alguna consecuencia negativa</i>	4
5. Evitar, disminuir o distanciar las recaídas y reducir su impacto	Recaídas	<i>Distanciar, disminuir o evitar las recaídas así como su impacto en el paciente</i> <i>Recaída: 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</i>	3

OBJETIVO ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	BAREMO	
			Punt	Descripción
<p><i>1. Conocer e identificar efectos y riesgos de las drogas que consume</i></p> <p>Nombre: Motivación y Conciencia de problema</p> <p>Ponderación: 3</p>	<p><i>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.</i></p>	<p>1.1 MOTIVACIÓN Y CONCIENCIA DE PROBLEMA <i>Inspirado en estadios de Modelo Transteórico del Cambio</i> Ponderación 100% (Psicólogo/Médico)</p>	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 <i>CONSTATACIÓN DEL CONSUMO SEGÚN CONTROLES TOXICOLÓGICOS</i> 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% <i>(Profesional de referencia)</i>	4	100% de determinaciones negativas
			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
		2.2 <i>"NÚMERO DE VECES" QUE HA CONSUMIDO DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES</i> Ponderación 30% <i>(Profesional de referencia)</i>	4	Ninguna
			3	Alguna al mes
			2	Alguna a la semana
			1	Diaria, una o más veces
		2.3 <i>"CANTIDAD DE SUSTANCIA" CONSUMIDA EN EL ÚLTIMO MES</i> 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% <i>(Profesional de referencia)</i>	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
<p><i>2. Abandonar o reducir el consumo de las drogas por las que solicita tratamiento</i></p> <p>Nombre: Abstinencia / reducción</p> <p>Ponderación: 5</p>	<p><i>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.</i></p>	<p><i>2.4 INTENSIDAD. CANTIDAD DE SUSTANCIA CONSUMIDA EN RELACIÓN A UNIDAD DE TIEMPO</i> <i>Mide el tipo de consumo "en atracón", como consumo de especial riesgo</i></p> <p><i>Ponderación 10%</i> <i>(Profesional de referencia)</i></p>	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
		<p><i>2.5 RELACIÓN DEL PACIENTE CON LA SUSTANCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (1)</i></p> <p><i>Ponderación 30%</i> <i>(Profesional de referencia)</i></p>	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
<i>3. Evitar o reducir el consumo de drogas que no han generado la demanda</i> Nombre: Consumo de otras drogas Ponderación: 3	<i>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</i>	<i>3.1 CONSUMO DE OTRAS DROGAS</i> <i>Mide el consumo de sustancias nuevas que no generaron la demanda, tomando como referencia el último mes.</i> <i>Ponderación 100 %</i> <i>(Profesional de referencia)</i>	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	<p>Disminuir las consecuencias negativas que el consumo produce y prevenir la aparición de otros daños y riesgos directamente asociadas al acto del consumo</p> <p><i>Daño:</i> Consecuencia negativa concreta asociada directamente al acto de consumo de drogas</p> <p><i>Riesgo:</i> Probabilidad que tiene la conducta de consumir drogas de causar alguna consecuencia negativa</p>	<p>4.1 INTOXICACIÓN GRAVE Entendiendo intoxicación grave como aquella que precisa atención médica, independientemente de si el paciente la recibe o no.</p> <p>Ponderación 25% (Médico/enfermero)</p> <p>4.2 DAÑOS Y RIESGOS DIRECTAMENTE ASOCIADOS AL ACTO DEL CONSUMO</p> <p>Ponderación 25% (Enfermero/médico)</p>	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	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	<p><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></p> <p><i>Daño: Consecuencia negativa concreta asociada directamente al acto de consumo de drogas</i></p> <p><i>Riesgo: Probabilidad que tiene la conducta de consumir drogas de causar alguna consecuencia negativa</i></p>	<p>4.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA <i>Mide la presencia y gravedad de la sintomatología de abstinencia presentada por el paciente</i></p> <p>Ponderación 25% (Médico/enfermero)</p> <p>4.4 VIA DE CONSUMO (1) Ponderación 25% (Profesional de referencia)</p>	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	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
<i>5. Evitar, disminuir o distanciar las recaídas y reducir su impacto.</i> Nombre: Recaída Ponderación: 3	<i>Distanciar, disminuir o evitar las recaídas, así como su impacto en el paciente.</i> <i>Recaída: Despues 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.</i>	<i>5.1 RECAÍDAS (1) (2)</i> <i>Ponderación 100%</i> <i>(Profesional de referencia)</i>	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	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tipo y desempeño de roles, establecimiento y cumplimiento de normas, demarcación de límites, asunción de responsabilidades familiares</i> • <i>Manera de relacionarse en la familia: adecuación de la comunicación a la situación (circunstancias laborales, sociales, personales,) y edad del paciente</i> 	4
2. Identificar la función del consumo y generar alternativas	Significado del consumo en la familia	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Función del consumo del individuo en la familia, en la dinámica y estructura familiar que contribuyen a su mantenimiento.</i> • <i>Utilización de alternativas de respuesta (conductas) saludables / adaptativas</i> 	5
3. Adecuar el grado de implicación de la familia en el tratamiento	Implicación familiar en el tratamiento	<i>Participación e implicación de los miembros de la familia en el proceso de tratamiento</i>	5
4. Afrontar las diferentes situaciones de crisis de forma eficaz minimizando las repercusiones de la historia familiar	Consumo familiar y resolución de crisis	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Si existe consumo en algún miembro de la familia que se valore significativo para el paciente</i> • <i>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</i> 	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
<p><i>1. Tomar conciencia de su posición en la estructura y dinámica familiar y mejorar su funcionalidad</i></p> <p>Nombre: Estructura y dinámica familiar</p> <p>Ponderación: 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> <i>Tipo y desempeño de roles, establecimiento y cumplimiento de normas, demarcación de límites, asunción de responsabilidades familiares</i> <i>Manera de relacionarse en la familia: adecuación de la comunicación a la situación (circunstancias laborales, sociales, personales,) y edad del paciente</i> 	<p><i>1.1 EXISTENCIA DE NORMAS Y LÍMITES Y ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDADES</i> <i>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.)</i></p> <p>Ponderación 60 % (T. Social/T. Ocupacional)</p>	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.
		<p><i>1.2 COMUNICACIÓN</i> <i>Ajuste de la comunicación familiar a la situación y edad del paciente</i></p> <p>Ponderación 40% (T. Social/Psicólogo)</p>	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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>2.1 IDENTIFICACIÓN DE LA FUNCIÓN DEL CONSUMO <i>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)".</i></p> <p>Ponderación 40 % (Psicólogo/T. Social)</p>	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.
		<p>2.2 GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS <i>Es capaz de utilizar conductas alternativas al consumo dentro del contexto familiar</i></p> <p>Ponderación 60% (Psicólogo/T. Social)</p>	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
<p>3. Adecuar el grado de implicación de la familia en el tratamiento Nombre: Implicación familiar en el tratamiento Ponderación: 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> Participación e implicación de los miembros de la familia en el proceso de tratamiento 	<p>3.1 ASISTENCIA DE LA FAMILIA A TRATAMIENTO <i>Asistencia de la familia a citas, grupos, actividades, etc.</i></p> <p>Ponderación 40 % (P.R.)</p>	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
		<p>3.2 GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS <i>Grado de cumplimiento, por parte de la familia, de acuerdos e indicaciones relacionados con el tratamiento</i></p> <p>Ponderación 60% (P.R.)</p>	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
<p><i>4.Afrontar las diferentes situaciones de crisis de forma eficaz, minimizando las repercusiones de la historia familiar</i></p> <p>Nombre: Consumo familiar y resolución de crisis familiares</p> <p>Ponderación: 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p><i>4.1 CONSUMO FAMILIAR</i> Valoración de la existencia o no de consumo por parte de uno o más miembros de la familia, que puedan resultar significativos 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).</p> <p>Ponderación 30 % (T.Social/Psicólogo)</p>	4	No consumo
			3	Uso
			2	Abuso
			1	Dependencia o el paciente no tiene familia
		<p><i>4.2 AFRONTAMIENTO DE CRISIS</i> Capacidad de la familia para afrontar las crisis con cohesión y adaptabilidad.</p> <p>Ponderación 70% (Psicólogo/T.Social)</p>	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	Relaciones y vínculos sociales	<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	Habilidades sociales	<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	Autonomía y responsabilidad social	<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	Conocimiento y utilización de recursos	<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	Convivencia	<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
<i>1. Establecer y mantener vínculos sociales fuera del ámbito del consumo</i> Nombre: Relaciones y vínculos sociales Ponderación: 5	<i>Capacidad para establecer vínculos sociales, en sus diferentes ámbitos (laboral, relacional, grupo de amigos...)</i>	<i>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)</i>	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
<i>2 Adquirir, potenciar y mejorar las habilidades sociales</i> Nombre: Habilidades sociales Ponderación: 4	<i>Capacidad para manejar las habilidades sociales (asertividad, empatía, resolución de conflictos, expresión de sentimientos y necesidades...) en sus relaciones</i>	<i>2.1 ACTITUDES PERSONALES EN LAS RELACIONES SOCIALES Actitudes personales que mantiene en su modo de relacionarse Ponderación 100% (Psicólogo/T.Social)</i>	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
<p>3. Adquirir y mantener una actitud social autónoma y responsable</p> <p>Nombre: Autonomía y responsabilidad social</p> <p>Ponderación: 4</p>	<p><i>En qué medida conoce y ejerce sus derechos y deberes como individuo</i></p> <p><i>En qué 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></p> <p><i>En qué medida reconoce las consecuencias de su conducta y se responsabiliza de ellas</i></p>	<p>3.1 RESPONSABILIDAD Y CONFLICTIVIDAD SOCIAL EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES</p> <p>Ponderación 100%</p> <p>(Psicólogo/T. Social)</p>	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
<p><i>4. Conocer y utilizar adecuadamente recursos sociales normalizados</i></p> <p>Nombre: Conocimiento y uso de recursos</p> <p>Ponderación: 3</p>	<p><i>Grado de conocimiento, capacidad de acceso y utilización de recursos comunitarios normalizados (sanitarios, educativos, judiciales, de Servicios Sociales, administrativos, tejido asociativo...)</i></p>	<p><i>4.1. CONOCIMIENTO Y USO DE RECUSOS</i></p> <p><i>Ponderación 100%</i></p> <p><i>(T.Social/T.Ocupacional)</i></p>	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
<p><i>5. Lograr la autonomía en relación al núcleo de convivencia</i> Nombre: Convivencia Ponderación: 3</p>	<p>Capacidad para conseguir y mantener un núcleo convivencial adecuado y autónomo, ya sea solo o con su familia (de origen o propia)</p>	<p>5.1 TIPO DE NUCLEO DE CONVIVENCIA Ponderación 50 % (T.Social/T.Ocupacional)</p>	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.
		<p>5.2 AUTONOMIA Ponderación 50% (T.Ocupacional/T.Social)</p>	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)	<i>Motivación del paciente para conseguir un empleo por cuenta propia o ajena. Inquietudes e intereses formativo-laborales</i>	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	<i>Toma de conciencia por parte del paciente de la situación real del momento, determinada por:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<i>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.</i>	5
4. Conseguir que su situación laboral sea adecuada a su situación vital	Situación laboral	<i>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</i>	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
<p><i>1. Fomentar la motivación e implicación del paciente en su proceso de formación y empleo</i></p> <p>Nombre: Motivación</p> <p>Ponderación: 3</p>	<p><i>Motivación del paciente para conseguir un empleo por cuenta propia o ajena.</i></p> <p><i>Inquietudes e intereses formativo-laborales</i></p>	<p><i>1.1 DISPOSICIÓN PARA LA ACTIVIDAD FORMATIVO - LABORAL</i></p> <p>Ponderación 50 %</p> <p>(T.Social/T.Ocupacional)</p>	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
		<p><i>1.2 CONDUCTAS PARA LA CONSECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVO - LABORAL</i></p> <p>Ponderación 50%</p> <p>(T.Social/T.Ocupacional)</p>	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
<p><i>2. Ajustar las expectativas formativo – laborales del usuario en función de su perfil profesional y de la situación del mercado laboral</i></p> <p>Nombre: Nivelación de expectativas</p> <p>Ponderación: 2</p>	<p><i>Toma de conciencia por parte del paciente de la situación real del momento, determinada por:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>la experiencia laboral, la formación realizada</i> • <i>Las características personales (edad, sexo, situación física, etc)</i> • <i>los factores de riesgo o de vulnerabilidad presentes (consumo, enfermedades, psicopatología, etc.)</i> • <i>la situación del mercado de trabajo</i> 	<p><i>2.1 AJUSTE DE EXPECTATIVAS</i></p> <p><i>Ponderación 100%</i></p> <p><i>(T.Social/T.Ocupacional)</i></p>	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	<p><i>En qué medida dispone de una capacitación y formación adecuada, en función de sus necesidades, habilidades personales e intereses.</i></p> <p><i>En qué medida cuenta con las habilidades y herramientas necesarias para conseguir y/o mantener una actividad laboral.</i></p> <p><i>(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)</i></p>	<p>3.1 CAPACITACIÓN Valora la presencia o no de experiencia y formación acorde con el objetivo profesional del paciente</p> <p>Ponderación 33,33%</p> <p>(T.Social/T.Ocupacional)</p>	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.
		<p>3.2 AUTONOMÍA Valora hasta qué punto dispone de herramientas y habilidades para el acceso a un empleo</p> <p>Ponderación 33,33%</p> <p>(T.Ocupacional/T.Social)</p>	1	Carece de formación y de experiencia
			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
		<p>3.3 MANTENIMIENTO Valora hasta qué punto dispone de habilidades para el mantenimiento del empleo ⁽¹⁾</p> <p>Ponderación 33,33%</p> <p>(T.Ocupacional/T.Social)</p>	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
<p><i>4. Conseguir que su situación laboral sea adecuada a su situación vital</i></p> <p>Nombre: Situación laboral</p> <p>Ponderación:4</p>	<p><i>Situación laboral en la que se encuentra el paciente.</i></p> <p><i>Grado de satisfacción con el empleo</i></p> <p><i>Grado de adecuación de la situación laboral a la situación del paciente</i></p>	<p>4.1. ACTIVIDAD LABORAL Ítems adaptados al SUPRA, añadiendo la categoría "trabajo sin contrato" y omitiendo "desconocido" Ponderación 50 %</p> <p>(T.Social/T.Ocupacional)</p>	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
		<p>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</p> <p>Ponderación 50%</p> <p>(T.Social/T.Ocupacional)</p>	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)	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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
<p><i>1. Lograr el mayor grado posible de motivación para el ocio y el desarrollo de intereses para un ocio saludable.</i></p> <p>Nombre: Intereses y motivación</p> <p>Ponderación: 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <i>Identificación, mantenimiento y diversificación de los intereses relacionados con el ocio y el tiempo libre</i> <i>Incremento de la motivación para desarrollar "actividades de "ocio saludable"⁽¹⁾</i> 	<p>1.1 INTERESES <i>Valora la diversificación de intereses por la realización de actividades de ocio saludable ⁽¹⁾, según 5 categorías: ⁽²⁾</i></p> <p>-Deportivas -Culturales -Lúdico-recreativas -Sociales -Relacionadas con tecnologías de la información y comunicación.</p> <p>Ponderación 100 % (T.Ocupacional/T.Social)</p>	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, colecciónar, 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
<p><i>2.Optimizar las competencias para organizar tiempo y actividades</i></p> <p>Nombre: Competencias</p> <p>Ponderación: 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> <i>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.</i> <i>Conocimiento y utilización correcta de los recursos de ocio disponibles</i> 	<p>2.1 DESTREZAS <i>Valora la presencia de destrezas suficientes (1), en las áreas física, cognitiva y afectivo-social, para la realización de actividades de ocio saludable.</i></p> <p>Ponderación 70 % <i>(T.Ocupacional/T.Social)</i></p>	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
		<p>2.2 UTILIZACIÓN DE RECURSOS DE OCIO <i>Valora el conocimiento y la buena utilización de recursos de ocio</i></p> <p>Ponderación 30% <i>(T.Social/T Ocupacional)</i></p>	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
<p>3. Lograr el adecuado desarrollo de actividades de ocio saludable, tanto solitario como compartido y la disminución de las actividades de ocio de riesgo</p> <p>Nombre: Actividades</p> <p>Ponderación: 5</p>	<p>Desarrollo, mantenimiento y diversificación de las actividades de ocio saludable realizadas y mejora en la adecuación de las mismas</p> <p>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.</p> <p>Participación en actividades sociales de ocio saludable..</p>	<p>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).</p> <p>Ponderación 50% (T.Ocupacional/T.Social)</p>	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 (3) o no sabe gestionarlo.
		<p>3.2 OCIO DE RIESGO (4) Valora la presencia de actividades de ocio de riesgo en el tiempo libre</p> <p>Ponderación 20% (T.Ocupacional/T.Social)</p>	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
		<p>3.3 SATISFACCIÓN Valora el grado de satisfacción respecto de la utilización del tiempo libre</p> <p>Ponderación 30% (T.Ocupacional/T.Social)</p>	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.

Anexo III. Intervención grupal en CAD

A continuación se muestran unos ejemplos de grupos en funcionamiento en los CAD del Instituto de Adicciones.

<i>Nombre del grupo</i>	Grupo de acogida para pacientes y familiares.
<i>Perfil participantes</i>	Drogodependientes que han hecho demanda de tratamiento en el CAD y familiares que deseen acompañarles.
<i>Objetivos</i>	Facilitar la adherencia al tratamiento y minimizar los abandonos. Proporcionar una respuesta ágil a las demandas recibidas en el CAD. Lograr que los nuevos pacientes y sus familiares conozcan el proceso de atención en el CAD y que lo entiendan como un proceso integral. Reconvertir las demandas no ajustadas a la realidad.
<i>Contenidos</i>	El CAD como centro de referencia en el proceso de tratamiento (papel del profesional de referencia y del resto del equipo técnico, horarios, etc.) El proceso de atención (valoración interdisciplinar, formas de desintoxicación, recurso de apoyo al tratamiento y a la reinserción residenciales y no residenciales, etc.). Voluntariedad del tratamiento. Confidencialidad en la atención, informes, etc.
<i>Metodología</i>	Información sobre todos los contenidos señalados. Escucha y respuesta a las dudas y cuestiones planteadas por los asistentes.
<i>Encuadre</i>	Grupo cerrado y directivo. Nº de sesiones: 1 Periodicidad: Suele establecerse un nuevo grupo de una sola sesión cada semana. Duración sesión grupal: 60 minutos aproximadamente.
<i>Responsabilidad del T. Social</i>	Responsable/coordinador del grupo.

<i>Nombre del grupo</i>	Grupo terapéutico para pacientes con problemas con el alcohol
<i>Perfil participantes</i>	<p>Pacientes con abuso o dependencia del alcohol, en situación de abstinencia, que han sido derivados al grupo por los técnicos del equipo.</p> <p>No padecer patología psiquiátrica que interfiera en el funcionamiento del grupo.</p>
<i>Objetivos</i>	<p>Lograr el mantenimiento de la abstinencia al consumo de alcohol.</p> <p>Lograr que el paciente perciba como un problema el consumo de alcohol.</p> <p>Modificar hábitos y actitudes disfuncionales.</p> <p>Mejorar la comunicación y expresión de sentimientos.</p> <p>Prevenir y/o detectar precozmente las recaídas.</p>
<i>Contenidos</i>	<p>Conceptos relacionados con el alcohol.</p> <p>Efectos del consumo de alcohol.</p> <p>Alteraciones orgánicas relacionadas con el uso/abuso del alcohol.</p> <p>Consecuencias personales, familiares, sociales, laborales y de salud</p> <p>Creencias erróneas acerca de los beneficios de su uso.</p> <p>Factores de riesgo y de protección frente al consumo de alcohol.</p> <p>Estrategias de afrontamiento de recaídas.</p>
<i>Metodología</i>	<p>Apoyo y motivación del paciente.</p> <p>Facilitación de información útil y objetiva sobre el alcohol y las consecuencias de su consumo.</p> <p>Ánalysis de las consecuencias del consumo en la vida de los participantes.</p> <p>Visionado de materiales audiovisuales y posterior discusión.</p> <p>En la sesión final, valoración personal de cada paciente de su experiencia grupal y carta de despedida.</p>
<i>Encuadre</i>	<p>Grupo abierto, participativo y semi-directivo.</p> <p>Nº aproximado de sesiones: 22.</p> <p>Periodicidad semanal.</p> <p>Duración sesión grupal: 90 minutos.</p>
<i>Responsabilidad del T. Social</i>	<p>Coordinador del grupo.</p> <p>En las sesiones de contenidos médico-farmacológicos la responsabilidad principal es del médico o enfermero.</p>

<i>Nombre del grupo</i>	Grupo terapéutico para pacientes con problemas con la cocaína, THC y/o alcohol.
<i>Perfil participantes</i>	Pacientes con abuso o dependencia de la cocaína, que estén estabilizados, no tengan un consumo activo (abstinencia mínima de 15 a 20 días) y tengan una motivación suficiente para el trabajo grupal. Pacientes con dependencia del THC y/o alcohol, que reúnan características similares en cuanto a edad y estilo de vida.
<i>Objetivos</i>	Lograr y consolidar la abstinencia. Lograr que el paciente identifique las situaciones de riesgo de consumo. Lograr que el paciente sea capaz de generar alternativas saludables. Incrementar la motivación para el tratamiento y la adhesión al mismo. Proporcionar y/o consolidar en el paciente estrategias adecuadas de afrontamiento ante las situaciones de riesgo. (Prevenir recaídas)
<i>Contenidos</i>	Conceptos relacionados con la cocaína y otras drogas. Efectos del consumo de cocaína y de otras drogas. Consecuencias personales, familiares, sociales, laborales y de salud. Factores de riesgo y de protección frente al consumo. Estrategias de afrontamiento de recaídas.
<i>Metodología</i>	Apoyo y motivación del paciente. Facilitación de información y formación útil y objetiva sobre la cocaína y otras drogas. Análisis de las consecuencias del consumo en la vida de los participantes. Escucha activa y creación de un espacio confiable y favorecedor de la expresión de sentimientos, temores, etc. por parte de los pacientes.
<i>Encuadre</i>	Grupo abierto, participativo y semi-directivo. Nº aproximado de pacientes: Entre 15 y 20 Periodicidad semanal. Duración sesión grupal: 90 minutos aproximadamente.
<i>Responsabilidad del T. Social</i>	Co-terapeuta, junto con psicólogo director del grupo.

<i>Nombre del grupo</i>	Grupo terapéutico para pacientes sin hogar.
<i>Perfil participantes</i>	Pacientes en situación de calle o en albergues.
<i>Objetivos</i>	<p>Lograr que los participantes se integren en la red social normalizada.</p> <p>Lograr que los pacientes adquieran conocimientos básicos de educación para la salud.</p> <p>Mejorar la integración social de los pacientes y la utilización adecuada de los recursos.</p> <p>Posibilitar el tratamiento ambulatorio (desde el CAD) de su problemática de adicción.</p>
<i>Contenidos</i>	<p>Conceptos básicos sobre drogodependencias</p> <p>Conceptos de educación para la salud.</p> <p>Recursos sociales, sanitarios, etc. a utilizar por los pacientes.</p>
<i>Metodología</i>	<p>Apoyo y motivación del paciente.</p> <p>Facilitación de información y formación útil sobre drogodependencias, educación para la salud, utilización de recursos, prestaciones y servicios, gestión de documentación y orientación básica legal, etc.</p> <p>Escucha activa y creación de un espacio confiable y favorecedor de la expresión de sentimientos, temores, etc. por parte de los pacientes.</p>
<i>Encuadre</i>	<p>Grupo abierto, participativo y semi-directivo, en función de las derivaciones de los centros de acogida.</p> <p>Periodicidad: 2 sesiones semanales..</p> <p>Duración sesión grupal: 90 minutos aproximadamente.</p>
<i>Responsabilidad del T. Social</i>	<p>Coordinador de grupo .</p> <p>En las sesiones de contenidos médico-farmacológicos la responsabilidad principal es del médico o enfermero.</p>

<i>Nombre del grupo</i>	Grupo terapéutico de entrenamiento en habilidades sociales
<i>Perfil participantes</i>	Pacientes que, a criterio del equipo, se puedan beneficiar de un trabajo en habilidades sociales.
<i>Objetivos</i>	Mejorar las competencias sociales de los pacientes. Lograr que los pacientes tengan un comportamiento asertivo en situaciones cotidianas. Lograr una disminución de los comportamientos agresivos y pasivos. Mejorar la comunicación y expresión de sentimientos.
<i>Contenidos</i>	Conceptos sobre competencia social. Conceptos sobre asertividad, comportamiento asertivo frente a comportamiento pasivo y agresivo. Niveles de comunicación, ajuste de la comunicación al interlocutor y a la situación.
<i>Metodología</i>	Apoyo y motivación del paciente. Facilitación de información y formación útil sobre técnicas de comunicación. Exposición a situaciones, discusión, role-playing, entrenamiento, modelado, etc. Escucha y respuesta a las dudas y cuestiones planteadas por los asistentes.
<i>Encuadre</i>	Grupo abierto en las tres primeras sesiones, participativo y semi-directivo Nº de sesiones: 7 Periodicidad: semanal. Duración sesión grupal: 90 minutos aproximadamente.
<i>Responsabilidad del T. Social</i>	Co-terapeuta junto con psicólogo director del grupo

<i>Nombre del grupo</i>	Grupo terapéutico de mujeres drogodependientes.
<i>Perfil participantes</i>	Mujeres en tratamiento, independiente de la sustancia de abuso o dependencia, que estén estabilizadas y que no tengan un consumo activo (abstinencia mínima de 1 mes)
<i>Objetivos</i>	Consolidar la abstinencia. Mejorar la autoestima y la aceptación como mujeres. Incrementar la responsabilidad personal acerca de su propia vida. Lograr el mayor grado posible de integración social.
<i>Contenidos</i>	Autoestima, autoimagen. Culpa, codependencia. Aislamiento e integración social.
<i>Metodología</i>	Apoyo y motivación de las pacientes. Análisis de las consecuencias del consumo en la vida de las participantes. Refuerzo de los cambios positivos respecto de la propia imagen como mujeres y de su autoestima. Escucha activa y creación de un espacio confiable, de apoyo mutuo y favorecedor de la expresión de sentimientos, temores, etc. por parte de las pacientes.
<i>Encuadre</i>	Grupo abierto, participativo y semi-directivo. Nº aproximado de pacientes: Entre 10 y 16 Periodicidad: Semanal. Duración sesión grupal: 120 minutos aproximadamente.
<i>Responsabilidad del T. Social</i>	Trabajador social y Psicólogo como terapeutas

<i>Nombre del grupo</i>	Grupo terapéutico de familiares de pacientes (niveles 1 y 2). (Resulta operativo la existencia de 2 niveles de modo que la situación de los familiares sea lo más homogénea posible)
<i>Perfil participantes</i>	Familiares de pacientes en tratamiento en el CAD, que hayan sido derivados al grupo por el equipo técnico y que cuenten con el consentimiento del paciente para participar en el tratamiento.
<i>Objetivos</i>	Mejorar las relaciones familiares, la dinámica y funcionalidad familiar. Incrementar la competencia e implicación de la familia para apoyar el tratamiento del paciente consumidor. Facilitar la integración familiar y social del paciente.
<i>Contenidos</i>	Aspectos básicos de drogas y drogodependencias Normas y límites. Negociación y comunicación. Situaciones de crisis familiar (conflictos, cambios vitales, recaídas, etc.). Características del proceso terapéutico. Cuidados del familiar afectado: Relaciones sociales, organización del tiempo, asunción de responsabilidades, actividades reforzantes, etc. Manejo de emociones.
<i>Metodología</i>	Información sobre aspectos relacionados con las drogas, las drogodependencias y el tratamiento. Formación sobre dinámica familiar, crisis familiares, normas y límites, pautas de actuación adecuadas al proceso de tratamiento, manejo adecuado de emociones, etc. Entrenamiento en comunicación y manejo de situaciones complejas en la dinámica familiar. Role-playing, lluvia de ideas y discusiones de participantes. Análisis de situaciones planteadas por los miembros del grupo. Escucha activa y creación de un espacio confiable, de apoyo mutuo y favorecedor de la expresión de sentimientos, temores, etc. por parte de las pacientes.
<i>Encuadre</i>	Grupo abierto, participativo y semi-directivo. Periodicidad: Semanal-Quincenal. Duración sesión grupal: 90 minutos aproximadamente.
<i>Responsabilidad del T. Social</i>	Trabajador social y Psicólogo como terapeutas

<i>Nombre del grupo</i>	Grupo terapéutico de familiares de adolescentes y jóvenes.
<i>Perfil participantes</i>	Familiares de pacientes en tratamiento en el CAD, menores de 25 años.
<i>Objetivos</i>	Mejorar las relaciones familiares, la dinámica y funcionalidad familiar. Incrementar la competencia e implicación de la familia para apoyar el tratamiento del paciente consumidor. Disminuir los niveles de angustia y culpa que suelen soportar. Facilitar la integración familiar y social del paciente.
<i>Contenidos</i>	Aspectos básicos de drogas y drogodependencias. Características de la adolescencia y primera juventud. Normas y límites. Negociación y comunicación. Hábitos y responsabilidades del adolescente/joven. Situaciones de crisis familiar (conflictos, cambios vitales, recaídas, etc.). Características del proceso terapéutico. Manejo específico del adolescente/joven consumidor. Manejo de emociones.
<i>Metodología</i>	Información y formación sobre aspectos relacionados con las drogas, las drogodependencias , el tratamiento, la adolescencia como etapa de crisis evolutiva, normas y límites, pautas de actuación adecuadas al proceso de tratamiento, manejo adecuado de emociones, etc. Entrenamiento en comunicación y manejo de situaciones complejas en el manejo del adolescente/joven. Análisis de situaciones planteadas por los miembros del grupo. Escucha activa y creación de un espacio confiable, de apoyo mutuo y favorecedor de la expresión de sentimientos, temores, etc. por parte de las pacientes.
<i>Encuadre</i>	Grupo abierto, participativo y psicoterapéutico. Periodicidad: Semanal o quincenal. Duración sesión grupal: 90 minutos aproximadamente.
<i>Responsabilidad del T. Social</i>	Co-terapeuta, junto con psicólogo director del grupo

Anexo IV. Código deontológico



CÓDIGO DEONTOLOGICO DE TRABAJO SOCIAL



CODIGO DEONTOLOGICO DE TRABAJO SOCIAL

INTRODUCCIÓN

La deontología es uno de los fundamentos de la existencia de las organizaciones profesionales, ya que sirve de guía para procurar la excelencia profesional y evitar la mala praxis.

El Consejo General del Trabajo Social ha venido utilizando, sin perjuicio de los diferentes códigos deontológicos que los colegios profesionales de cada Comunidad Autónoma haya podido desarrollar, el código deontológico aprobado en Asamblea General de Colegios Oficiales de mayo de 1999, como guía para resolver los problemas éticos y deontológicos en el ejercicio de la actividad profesional.

Tal y como ha reconocido el Tribunal Supremo las normas deontológicas de los colegios o consejos profesionales determinan obligaciones de necesario cumplimiento por los colegiados/as y responden a la potestad pública que la Ley devenga a favor de estas organizaciones para ordenar la actividad profesional, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos de la ciudadanía. Por ello, se debe ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional, intentando evitar comportamientos contrarios a la excelencia profesional, de ahí su función preventiva y didáctica.

El desarrollo de nuestra profesión a lo largo de estos años, puso de manifiesto la necesidad de adaptar el código deontológico a las nuevas realidades sociales, a los nuevos usos de las tecnologías de la información y la comunicación y a las nuevas circunstancias legislativas del siglo XXI. Por ello, desde el Consejo General del Trabajo Social se creó una Comisión Deontológica en mayo de 2010 con el objeto de iniciar la actualización de las normas deontológicas adecuándolas al reflejo de la realidad de la práctica profesional.

En noviembre del año siguiente, se presentó un borrador del nuevo Código Deontológico a la Asamblea de Colegios Oficiales de Trabajo Social para que fuera sometido a la opinión general del colectivo profesional con el objetivo de asegurar que el documento resultante tuviera un alcance lo más amplio posible.

Podemos afirmar que la participación de los colegios profesionales en este proceso ha sido modélica, no sólo por el alto nivel de participación que supuso presentar a la Comisión más de trescientas aportaciones, sino por la calidad del análisis contenido en las mismas, que se ha realizado a través de grupos de trabajo de ética o de los representantes elegidos por ellos.

Finalizado este proceso, queremos agradecer las valiosas aportaciones recibidas, muchas de ellas reflejadas en el presente documento, resultado del máximo consenso, después de realizar un profundo análisis de la realidad de nuestra organización y su entorno. No podría ser de otra manera, ya que contiene los valores, principios y normas que han de guiar el ejercicio profesional del conjunto de profesionales del trabajo social.



Así el Consejo General se encargará de dotar a este código de la suficiente difusión y publicidad para que sea conocido no sólo por profesionales del trabajo social, sino por las instituciones y por la sociedad en general, ya que la excelencia profesional supone una garantía para todos ellos.

Para cimentar nuestro éthos hemos necesitado muchas manos, este código puede ser nuestra segunda morada, habitada desde la esencia de los principios, valores, derechos, deberes y saberes del trabajo social.

Ana I. Lima Fernández
Presidenta del Consejo General del Trabajo Social

TEXTO APROBADO DE FORMA UNÁNIME POR LA ASAMBLEA GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES EN SU SESIÓN EXTRAORDINARIA DE 09 DE JUNIO DE 2012



INDICE:

PREAMBULO

CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.

CAPÍTULO II. APLICACIÓN DE PRINCIPIOS GENERALES DE LA PROFESIÓN

CAPÍTULO III. DERECHOS Y DEBERES DE LOS/LAS TRABAJADORES/AS SOCIALES.

A. RELACIÓN CON LA PERSONA USUARIA

B. RELACIÓN CON OTROS/AS PROFESIONALES

C. RELACIÓN CON LAS INSTITUCIONES

CAPÍTULO IV. – LA CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO PROFESIONAL

CAPÍTULO V. – LAS COMISIONES DEONTOLÓGICAS

DISPOSICIÓN FINAL.- ENTRADA EN VIGOR

PREÁMBULO

El primer código deontológico en trabajo social editado por el Consejo General del Trabajo Social fue aprobado por Asamblea General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales en su sesión extraordinaria de 29 de mayo de 1999. Desde entonces, en los siguientes diez años, el código se ha impreso hasta en seis ocasiones.

El presente documento es una actualización del anterior texto, siendo el primer Código Deontológico del siglo XXI que edita el Consejo General del Trabajo Social, y se justifica en la necesidad de ahondar en los principios éticos y deontológicos profesionales atendiendo a las nuevas realidades sociales y a las normas que influyen directamente en la actividad profesional.

Sus objetivos, entre otros, tienen que ver con la necesidad de acotar responsabilidades profesionales, promover el incremento de los conocimientos científicos y técnicos, definir el correcto comportamiento profesional con las personas con la persona usuaria y con otros profesionales, evitar la competencia desleal, mantener el prestigio de la profesión, perseguir el constante perfeccionamiento de las tareas profesionales, atender al servicio a la ciudadanía y a las instituciones, valorar la confianza como factor importante y decisivo en las relaciones públicas y servir de base para las relaciones disciplinarias.

Si el anterior documento estableció un marco de regulación de los principios éticos y criterios profesionales por los que se rige la profesión de trabajo social, el actual código pretende superar las dificultades con las que se ha encontrado la profesión a lo largo de la década siguiente. Este código sirve para confirmar el compromiso de la profesión del trabajo social con la sociedad, incluyendo los avances científico-técnicos y el desarrollo de nuevos derechos y responsabilidades tanto del profesional del trabajo social como de las personas usuarias.

Respecto al papel del profesional del trabajo social, hemos de tener en cuenta sus funciones:

Se ocupan de planificar, proyectar, calcular, aplicar, evaluar y modificar los servicios y políticas sociales para los grupos y comunidades. Actúan con casos, grupos y comunidades en muchos sectores funcionales utilizando diversos enfoques metodológicos, trabajan en un amplio marco de ámbitos organizativos y proporcionan recursos y prestaciones a diversos sectores de la población a nivel micro, meso y macro social. Algunas de las funciones se podrán desarrollar de manera interrelacionada, de acuerdo a la metodología específica de la intervención que se utilice.

De ello se desprende¹:

¹ Aprobados unánimemente en Asamblea Extraordinaria de 29 de septiembre de 2001

- Información
- Investigación
- Prevención
- Asistencia
- Atención directa
- Promoción e inserción social
- Mediación
- Planificación
- Gerencia y dirección
- Evaluación
- Supervisión
- Docencia
- Coordinación Para desarrollar sus funciones, los profesionales del trabajo social cuentan con unos instrumentos específicos del trabajo social:

- Historia social, documento en el que se registran exhaustivamente los datos personales, familiares, sanitarios, de vivienda, económicos, laborales, educativos y cualesquiera otros significativos de la situación socio-familiar de una persona usuaria, la demanda, el diagnóstico y subsiguiente intervención y la evolución de tal situación.
- Ficha Social, soporte documental de trabajo social, en el que se registra la información sistematizable de la historia social.
- Informe Social, dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter exclusivo el profesional del trabajo social. Su contenido se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista, donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional.
- Escalas de valoración social. Instrumento científico que sirve para identificar situaciones sociales en un momento dado. Permite elaborar un diagnóstico social
- Proyecto de intervención social, diseño de intervención social que comprende una evaluación-diagnóstico de la situación y personas con quienes actuar, una determinación de objetivos operativos, actividades y tareas, utilización de recursos, temporalización y criterios de evaluación.

En base a estas premisas que definen la actividad del trabajador/a social se ha elaborado un Código Deontológico para la profesión del trabajo social en España, documento fundamental para el buen desempeño de la profesión.

Sirvan las presentes normas deontológicas para recoger los derechos y deberes de todos los trabajadores sociales en el ejercicio de su actividad profesional.

CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.

Artículo 1.- El presente Código Deontológico es el conjunto de valores, principios y normas que han de guiar el ejercicio profesional de los/las trabajadores/as sociales en el Estado español.

Artículo 2.- Los deberes que formula este Código Deontológico, como resultado de la voluntad normativa que corresponde a una entidad de derecho público, obligan a todos/as los/las profesionales del Trabajo Social en el Estado español en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea la modalidad profesional o contractual en que la practiquen. Asimismo, estos deberes se extienden a las sociedades profesionales registradas en el correspondiente colegio oficial, sin perjuicio de otras regulaciones colegiales.

El Consejo General del Trabajo Social, los Consejos Autonómicos, los Colegios Oficiales del Trabajo Social (en adelante las organizaciones colegiales) podrán estipular y aprobar cuantas normas deontológicas adicionales al presente Código consideren, en el marco competencial y territorial que les corresponda legalmente y siempre que la legislación autonómica les confiera tal facultad.

Las normas dictadas en el ejercicio de dicha potestad serán complementarias y congruentes con las establecidas en el presente Código.

Artículo 3.- El incumplimiento de alguna norma de este Código supone incurrir en falta disciplinaria tipificada en los Estatutos de las respectivas organizaciones y cuya corrección se hará a través del procedimiento sancionador establecido.

Artículo 4.- Las organizaciones colegiales asumen como uno de sus objetivos primordiales la promoción y desarrollo de la deontología profesional, así como velar por su cumplimiento y dedicarán atención preferente a la difusión de los preceptos de este Código entre todos los/las profesionales y el conjunto de instituciones sociales. Propondrán asimismo que los principios aquí expuestos sean objeto de estudio por el alumnado de Trabajo Social en las universidades.

Las organizaciones colegiales tratarán de que las normas de este Código Deontológico, que representan un compromiso formal de la Institución Colegial y de la profesión ante la sociedad española, por su carácter esencial para el ejercicio de una profesión de alto significado ético, humano y social, pasen a formar parte del ordenamiento jurídico garantizado por los poderes públicos.

Artículo 5.- El Trabajo Social es la disciplina científico-profesional que *“promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas”*

*sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno*².

Artículo 6.- Trabajador/a social es la persona física que acredite estar en posesión de cualquier título oficial que faculte para ejercer la profesión de trabajo social obtenido en alguna de las universidades españolas. Los/las profesionales cuyo título de Trabajo Social haya sido expedido por otros Estados miembros de la Unión Europea, deberán presentar la correspondiente credencial de reconocimiento del mismo para el ejercicio de la profesión en España o de su homologación cuando se trate de títulos expedidos por países terceros.

CAPÍTULO II. APLICACIÓN DE PRINCIPIOS GENERALES DE LA PROFESIÓN

Artículo 7.- El Trabajo Social está fundado sobre los valores indivisibles y universales de la dignidad humana, la libertad y la igualdad³ tal y como se contemplan en la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁴, las instituciones democráticas y el Estado de Derecho. En ellos se basa la actuación profesional, por medio de la aceptación de los siguientes principios.

Principios básicos:

1.- Dignidad. La persona humana, única e inviolable, tiene valor en sí misma con sus intereses y finalidades.

2.- Libertad. La persona, en posesión de sus facultades humanas, realiza todos los actos sin coacción ni impedimentos.

3.- Igualdad. Cada persona posee los mismos derechos y deberes compatibles con sus peculiaridades y diferencias.

De estos principios básicos derivan los siguientes

Principios generales:

1.- Respeto activo a la persona, al grupo, o a la comunidad como centro de toda intervención profesional.

2.- Aceptación de la persona en cuanto tal con sus singularidades y diferencias.

² *Definición de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, FITS en Asamblea de Montreal de julio de 200. La anterior definición será sustituida oportunamente con los previsibles cambios que nos comunican desde la Fits Mundial para Junio de 2012.*

³ Constitución Española de 1978 Art. 1.1

⁴ Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y posteriores ampliaciones.

3.- Superación de categorizaciones derivadas de esquemas prefijados.

4.- Ausencia de juicios de valor sobre la persona así como sobre sus recursos, motivaciones y necesidades.

5.- Individualización expresada en la necesidad de adecuar la intervención profesional a las particularidades específicas de cada persona, grupo o comunidad.

6.- Personalización exige reconocer el valor del destinatario no como objeto sino como sujeto activo en el proceso de intervención con la intencionalidad de derechos y deberes.

7.- Promoción integral de la persona, considerada como un todo, desde sus capacidades potenciales y los múltiples factores internos y externos circunstanciales. Supone superar visiones parciales, unilaterales así como integrar la intervención a través de la inter-profesionalidad.

8.- Igualdad de oportunidades, de derechos, de equidad y de participación desde la convicción de que cada persona tiene capacidades para una mayor calidad de vida.

9.- Solidaridad, implicarse en el logro de una sociedad inclusiva, y la obligación de oponerse a las situaciones sociales que contribuyen a la exclusión, estigmatización o subyugación social.

10.- Justicia social con la sociedad en general y con las personas con las que se trabaja, dedicando su ejercicio profesional a ayudar a los individuos, grupos y comunidades en su desarrollo y a facilitar la resolución de conflictos personales y/o sociales y sus consecuencias.

11.- Reconocimiento de derechos humanos y sociales y su concreción en el ejercicio real de los mismos.

12.- Autonomía ejercida desde la confianza en las capacidades propias de los profesionales, sin coacciones externas.

13.- Autodeterminación como expresión de la libertad de la persona y por lo tanto de la responsabilidad de sus acciones y decisiones.

14.- Responsabilidad y corresponsabilidad con la persona usuaria, con todos los sujetos que participan en la intervención profesional y con las instituciones.

15.- Coherencia profesional conociendo y respetando el proyecto y la normativa de la institución donde trabaja.

16.- Colaboración profesional de manera activa, constructiva y solidaria en relación con los/las otros/as profesionales que participan en la intervención profesional con la persona usuaria. Del mismo modo en lo referente a la auto-

organización de los/as profesionales del trabajo social en sus estructuras organizativas colegiales.

17.- Integridad exige del profesional no abusar de la relación de confianza con la persona usuaria, reconocer los límites entre la vida personal y profesional, y no aprovecharse de su posición para obtener beneficios o ganancias personales.

CAPÍTULO III DERECHOS Y DEBERES DE LOS/LAS TRABAJADORES/AS SOCIALES.

A. RELACIÓN CON LA PERSONA USUARIA

Artículo 8.- Los/as profesionales del trabajo social se comprometen a respetar y promover los principios recogidos en este Código Deontológico.

Artículo 9.- Los/las profesionales del trabajo social ejercen su profesión desde el respeto de los derechos humanos fundamentales de los individuos, grupos y comunidades reconocidos en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas*, el *Convenio Europeo para la Protección de los Derechos y de las Libertades Fundamentales*, la *Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea* de 2007, la *Constitución Española* de 1978 y todos aquellos recogidos en las declaraciones y convenciones reconocidas por la Comunidad Internacional y ratificadas por España.

Artículo 10.- Los/las profesionales del trabajo social toman decisiones justificadas éticamente, en conformidad con la Declaración Internacional de Principios Éticos de la FITS, los Criterios Éticos Internacionales para los Trabajadores Sociales y cuanto se establece en el presente Código Deontológico.

Artículo 11.- Los/las profesionales del trabajo social actúan desde los principios de derecho a la intimidad, confidencialidad y uso responsable de la información en su trabajo profesional, tal y como se recogen en el Capítulo IV del presente Código.

Artículo 12.- Los/las profesionales del trabajo social tienen la responsabilidad de ejercitar su profesión a fin de identificar y desarrollar las potencialidades fortalezas de personas, grupos y comunidades para promover su empoderamiento.

Artículo 13.- Los/las profesionales del trabajo social, desde el respeto a las diferencias, proporcionan la mejor atención posible a todos aquellos que soliciten su intervención profesional según la identidad de cada cual sin discriminaciones por razón de género, edad, capacidad, color, clase social, etnia, religión, lengua, creencias políticas, inclinación sexual o cualquier otra diferencia.

Artículo 14.- Los/las profesionales del trabajo social trabajan en estrecha colaboración con la persona usuaria, motivan su participación y prestan el debido respeto a sus intereses y a los de las demás personas involucradas.

Artículo 15.- Los/las profesionales del trabajo social, promoviendo el compromiso y la implicación de la personas usuarias, favorecen que éstas se responsabilicen en la toma de decisiones y acciones que puedan afectar a su vida siempre que no vulneren los derechos e intereses legítimos de terceros. Harán el menor uso posible de medidas legales coercitivas, y sólo las adoptarán en favor de una de las partes implicadas en un conflicto, después de una cuidadosa evaluación de los argumentos de cada una de las partes.

Artículo 16.- El trabajo social es incompatible con el apoyo, directo o indirecto, a individuos, grupos, fuerzas políticas o estructuras de poder que agredan a otros seres humanos mediante el terrorismo, la tortura u otros medios violentos.

Artículo 17.- Los profesionales del trabajo Social se comprometen en la intervención social a buscar y garantizar a toda persona, grupo o comunidad la igualdad de oportunidades, el acceso a recursos y el apoyo para cubrir sus necesidades; especialmente de aquellos que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad o en alguna situación específica de desventaja social.

Artículo 18.- El/la profesional del trabajo social tiene el deber de proporcionar, basándose en las características y capacidades de comprensión de la persona usuaria, la información necesaria sobre las disposiciones legislativas y administrativas y sobre los derechos, deberes, ventajas, desventajas, recursos y programas pertinentes. Desde estos conocimientos establece la relación profesional con la persona usuaria, el proceso, los resultados previstos y la posible finalización de la intervención.

Artículo 19.- Cuando por causas diversas no sea posible consensuar las cuestiones que afecten a la persona usuaria, el profesional velará por la elección de los mejores procesos que aseguren que la decisión adoptada es tomada en coherencia con los intereses, deseos y necesidades de aquél/lla.

Artículo 20.- En los casos en que sea necesario derivar la atención de la persona usuaria a otro servicio, el/la profesional del trabajo social lo hará de la manera más favorable para aquella, procurando la continuidad de la intervención.

Artículo 21.- Cuando la acción o actividad de la persona usuaria, de forma real o potencial, presente un grave riesgo (previsible o inminente) para sí o para otros, se procederá profesionalmente, con el consentimiento del equipo en su caso, a solicitar a quien corresponda la limitación cautelar del derecho de autodeterminación

Artículo 22.- El/la profesional del trabajo social procurará el desarrollo de procedimientos para que la persona usuaria tenga un comportamiento adecuado en la relación profesional basada en el respeto mutuo.

Artículo 23. La situación de poder o superioridad que el ejercicio de su actividad pueda conferir al profesional del trabajo social sobre la persona usuaria, nunca será utilizada por aquél/la para su lucro, interés o beneficio propio.

B. RELACIÓN CON OTROS/AS PROFESIONALES

Artículo 24.- En los casos en los que exista una intervención simultánea con otros profesionales, el/la profesional del trabajo social debe procurar la coordinación necesaria para que aquella sea adecuada desde el ámbito de sus competencias en el marco de la institución u organización en la que ejerza su actividad.

Artículo 25.- El/la profesional del trabajo social debe recabar el consentimiento de la persona usuaria para la presencia de terceras personas ajenas al acto de intervención profesional, tales como alumnado en prácticas, profesionales en formación, estudio o investigación, voluntariado, etc.

Artículo 26.- El/la profesional del trabajo social promueve el intercambio de conocimientos, experiencias e ideas con los/las colegas y profesionales de otras disciplinas a fin de enriquecerse mutuamente y mejorar la intervención social.

Artículo 27.- El/la profesional del trabajo social preste desinteresadamente y orientación y guía, así como atención a las demandas, con la máxima diligencia a los/as colegas que lo soliciten.

Artículo 28.- El/la profesional del trabajo social debe registrar y archivar debidamente la documentación realizada a fin de poderla transferir o derivar a los profesionales correspondientes para evitar reiteraciones o retrocesos en la actividad profesional.

Artículo 29.- El/la profesional del trabajo social evalúe con criterios objetivos y rigurosos y de manera leal y respetuosa tanto su trabajo como el que le corresponde hacer en equipo.

Artículo 30.- Las relaciones entre los/las profesionales del trabajo social deben regirse por los principios de profesionalidad, coordinación, colaboración y respeto recíproco, evitando la competencia desleal.

Artículo 31.- Para participar en la selección de colegas y otros profesionales el/la profesional de trabajo social lo hará de acuerdo con los criterios éticos contenidos en este Código Deontológico. En todo caso deben tenerse en cuenta criterios de igualdad, no discriminación, publicidad, mérito y capacidad.

Artículo 32.- En las peritaciones el/la profesional del trabajo social mantendrá el más absoluto respeto personal al colega) de la parte contraria o al autor/a del trabajo profesional al que se refiera la peritación, evitando cualquier tipo de descalificación

subjetiva y ciñéndose a los aspectos técnicos de la cuestión controvertida. Deberá limitarse a emitir contenidos de estricta índole técnica- profesional.

Artículo 33.- Cuando un/a profesional del trabajo social conozca que otro/a colega incumple las normas del presente Código Deontológico debe comunicarlo por escrito a la organización colegial correspondiente.

C. RELACIÓN CON LAS INSTITUCIONES

Artículo 34.- Los/las profesionales del trabajo social se han de implicar profesionalmente en los derechos e intereses de la persona usuaria informando, cuando ello sea necesario, a la autoridad competente y a los organismos colegiales acerca de las violaciones de Derechos Humanos, malos tratos o cualquier actuación cruel, inhumana o degradante de que sea víctima cualquier persona de los que tuviere conocimiento en el ejercicio profesional, incluso cuando las personas consentan la situación en la que se encuentran.

Artículo 35.- El/la profesional del trabajo social asumirá los principios de este Código y la promoción de derechos y deberes sociales en las organizaciones y entidades en las que ejerza su actividad, apoyando responsablemente y de manera activa, en la medida de sus posibilidades, los procesos orientados a la mejora de la calidad de los servicios sociales.

Artículo 36.- El/la profesional del trabajo social ha de conocer la normativa, la organización y el funcionamiento de la entidad en la que trabaja, respetando sus objetivos. En caso de que aquellos sean contrarios total o parcialmente a los principios básicos de la profesión, el/la profesional actúe en conformidad con lo establecido en el presente Código. En caso de conflicto entre la dependencia laboral y el respeto a los principios de la profesión que pudieran generar acciones incompatibles con los principios éticos o la calidad o eficiencia profesional en beneficio de la persona usuaria, el/a profesional podrá recabar el apoyo y en su caso el amparo del Colegio Profesional.

Artículo 37.- El/la profesional del trabajo social, para mayor eficacia y eficiencia de las organizaciones y sus servicios, y en beneficio de las personas usuarias y de la comunidad, debe promover la participación en la mejora de las políticas sociales, en la planificación y organización, en los procedimientos y protocolos, en los estándares de calidad y el código deontológico de la institución u organismo donde presta sus servicios.

Artículo 38.- El/la profesional del trabajo social, al informar con regularidad de su actividad a los responsables de la entidad donde preste sus servicios, hágalo dentro de los límites compatibles con la confidencialidad, el secreto profesional y los principios básicos de la profesión, tal y como se desprende de este Código.

Artículo 39.- El/la profesional del trabajo social debe dar a conocer a los/las responsables o directivos/as de la institución u organismo donde presta sus servicios, las condiciones y los medios indispensables para llevar a cabo la intervención social que le ha sido confiada, así como todo aquello que obstaculice su labor profesional.

Artículo 40.- El/la profesional del trabajo social dispondrá de autonomía para elegir y aplicar en la elección y aplicación de las técnicas idóneas, medios y condiciones que favorezcan sus relaciones e intervenciones profesionales. Así mismo, tiene derecho a solicitar de la organización donde preste sus servicios la oportunidad de formarse y actualizarse en todas aquellas materias que repercutan en un mejor desempeño de su acción profesional.

Artículo 41.- El/la profesional del trabajo social, en relación con la organización y el trabajo en equipo, tenga en cuenta que la documentación profesional está sujeta a criterios de confidencialidad, por lo que su uso queda limitado por y para el objetivo profesional de que se trate. Solicite las medidas de seguridad necesarias para garantizar dicha confidencialidad.

Artículo 42.- El/la profesional del trabajo social debe tener una visión global del trabajo a realizar en la institución u organismo en los que presta sus servicios, y establecer prioridades con criterios objetivos acordes con la misión de la entidad y en función de las necesidades detectadas en la realidad social.

Artículo 43.- El/la profesional del trabajo social, desde el marco de sus competencias profesionales en la organización de la que forma parte, ha de facilitar la cooperación con las entidades y organizaciones afines, cuyas políticas y programas vayan dirigidos a proporcionar servicios adecuados y promover la calidad de vida de los usuarios.

Artículo 44.- El/la profesional del trabajo social vele para que los informes realizados, a petición de su entidad o cualquier otra organización, permanezcan sujetos al deber y al derecho general de la confidencialidad. En cualquier caso la entidad solicitante quedará obligada a no darles difusión fuera del objetivo concreto para el que fue recabado en los términos que se establecen en el siguiente Capítulo.

Artículo 45.- Ante prácticas no éticas de alguna organización o entidad, que lesionen los derechos y/o la dignidad de la persona usuaria, el/la profesional del trabajo social comunicará la situación a la Comisión Deontológica de la respectiva organización colegial.

Artículo 46- El/la profesional del trabajo social desde su responsabilidad principal hacia la persona usuaria proponga los necesarios cambios de política, procedimientos y actuaciones mediante los canales apropiados con los que cuentan las entidades y organizaciones. En el caso de que éstas limitaran la responsabilidad en su actuación y persistan lesiones y vulneración grave de los derechos de la persona usuaria, si se agotan las vías de soluciones adecuadas, recúrrrase a instancias superiores o a la más amplia comunidad de intereses.

Artículo 47.- El/la profesional del trabajo social, de acuerdo con los principios básicos recogidos en este Código, según el marco de la intervención profesional (en relación con la persona usuaria, con otros profesionales y con las instituciones) y en los supuestos profesionales en los que la aplicación de la norma o mandato institucional suponga un conflicto con sus principios éticos, religiosos o morales, podrá invocar el derecho al acto individual de objeción de conciencia sin perjuicio de asumir posteriormente las responsabilidades derivadas de dicho acto.

CAPÍTULO IV. – LA CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO PROFESIONAL

Artículo 48.- La confidencialidad constituye una obligación en la actuación del/la trabajador/a social y un derecho de la persona usuaria, y abarca a todas las informaciones que el/la profesional reciba en su intervención social por cualquier medio.

Artículo 49.- Están sujetos/as al secreto profesional:

- a. Los/las profesionales del trabajo social cualquiera que sea su titulación, ámbito de actuación y modalidad de su ejercicio profesional.
- b. Los/las profesionales que trabajan en equipo con el/la profesional del trabajo social y que, por su intervención y con independencia de su profesión, tengan conocimiento de cualquier información confidencial.
- c. El alumnado de trabajo social en prácticas y el voluntariado que ocasionalmente intervengan junto al/la trabajador/a social.

El/la profesional del trabajo social solicitará discreción a los/las colaboradores/as, personal administrativo, estudiantes, voluntarios/as o de cualquier otro tipo, que por razón de su profesión manejen información confidencial, haciéndoles saber la obligación de guardar silencio sobre la misma, sin perjuicio de firmar cláusulas de obligación de secreto conforme a la normativa de protección de datos.

Artículo 50.- El secreto profesional de los/las trabajadores/as sociales se extiende a toda información confidencial cualquiera que sea la manera en la que se haya recabado. Se entiende por información confidencial aquella que es de carácter personal y que la persona usuaria no quiere que se revele. En caso de duda sobre la naturaleza de la información, el/la profesional podrá solicitar la confirmación de tal extremo a la persona usuaria, preferentemente por escrito, o pedir asesoramiento a la Comisión Deontológica del órgano competente o de la estructura colegial.

Artículo 51.- El/la profesional del trabajo social informará a la persona usuaria durante las intervenciones sociales significativas de su derecho a la confidencialidad de la información obtenida y de los límites del secreto profesional.

Artículo 52.- El deber de secreto profesional no tiene límite temporal alguno, permaneciendo después de haber cesado la prestación de los servicios profesionales o habiéndose producido el fallecimiento de la persona usuaria.

Artículo 53.- El/la trabajador/a social cumplirá los siguientes deberes en relación con la información confidencial:

1. **De calidad:** El/la profesional recabará la información estrictamente necesaria para el desempeño de su intervención social de la forma más exacta posible, siendo respetuoso/a en su obtención y actualización y haciendo un uso responsable de la misma.

2. **De consentimiento:** Cuando la información se obtenga de la persona usuaria, se entenderá concedida su autorización por el mero hecho de su solicitud dentro de la intervención profesional.

La persona usuaria deberá tener la garantía de la confidencialidad de la información que haya de facilitar para la intervención profesional. Deberá explicarse a la persona usuaria cómo trabaja la organización, indicándole que tiene en todo momento el derecho de aceptar, rechazar o retirar el consentimiento, si en algún momento lo estima oportuno, de acuerdo con la normativa vigente.

3. **De Cesión de información y advertencia de confidencialidad:** El/la profesional del trabajo social, siempre que remita o traslade información indicará por escrito, si fuera necesario, al receptor/a, que ésta es confidencial y que solo puede utilizarse para el fin solicitado, pudiendo existir responsabilidad en caso contrario. En toda circunstancia se atendrá al principio de prudencia en el manejo y cesión de la información. Evitará por ello comentarios y coloquios acerca de información sobre los/las usuarios/as en espacios públicos, abiertos o faltos de intimidad.

4. **De limitación:** El/la profesional del trabajo social debe limitar las informaciones que aporta a sus colegas y a otros/as profesionales tan sólo a los elementos que considere estrictamente indispensables para la consecución del objetivo común, respetando el secreto profesional.

5. **De cumplimiento de la legislación de protección de datos, administrativa o de la entidad en la que trabaje:** El/la profesional del trabajo social cumplirá la normativa en materia de protección de datos, administrativa o de la entidad en la que trabaje, especialmente en relación a los datos sensibles y custodia de expedientes, como garantía del principio de confidencialidad y secreto profesional.

6. **De Finalidad:** La información obtenida se dedicará al fin para el que se recabó salvo consentimiento expreso de la persona usuaria, autorización legal o petición judicial.

7. **De custodia y acceso responsable:** El/la trabajador social, sin perjuicio de las responsabilidades del resto de profesionales con los que trabaja o para quienes trabaja, deberá custodiar los documentos e informaciones de la persona usuaria, así

como restringir el acceso permitiendo su uso sólo al personal autorizado con los que desempeña su función como forma de garantizar la confidencialidad.

Artículo 54.- Supuestos de exención de la confidencialidad y del secreto profesional

El/la profesional del trabajo social tendrá como prioridad la vida, seguridad e integridad física, psicológica y social de la persona usuaria, dando la información confidencial indispensable en el círculo más restringido posible de la intervención profesional.

Para que el/la profesional pueda romper el secreto profesional debe darse una situación excepcional de suma gravedad que suponga un riesgo previsible e inminente para la persona usuaria, para el/la trabajador/a social o para terceros.

No obstante, el/la profesional no vulnera el secreto profesional en los siguientes supuestos:

- a. Cuando fuera relevado/a del secreto profesional, por escrito, por la persona usuaria, su representante legal o sus herederos.
- b. Cuando reciba orden de informar sobre cuestiones confidenciales por mandato legal o por un órgano judicial. Si a pesar de ello tuviese dudas sobre los límites de la información confidencial solicitada podrá pedir asesoramiento a la Comisión Deontológica de la estructura colegial correspondiente y plantearlo tanto de forma previa como en el juicio o expediente, para ser eximido de dicha obligación por la autoridad judicial o administrativa.
- c. Cuando sea denunciado por un usuario por la comisión de un delito o falta o la infracción del código deontológico siempre que no existan otras formas eficaces de defenderse. Si comparece como testigo podrá pedir el relevo conforme al punto b).
- d. Cuando la persona usuaria o terceras personas puedan resultar afectadas de una forma injusta y grave.
- e. Cuando se realice la intervención social en equipo respecto de la información necesaria para ello, independientemente de si son trabajadores/as sociales o no. Si no lo son se advertirá de la obligación de secreto profesional o de guardar silencio.

Artículo 55.- En caso de duda en la aplicación de los principios y supuestos antes indicados para la ruptura del secreto profesional se atenderá jerárquicamente a los siguientes principios:

- a. Prioridad de protección de los derechos fundamentales de la persona usuaria o terceros especialmente protegidos por la Ley.
- b. Principio de seguridad.
- c. Principio de libertad de decisión.

CAPÍTULO V. – LAS COMISIONES DEONTOLOGICAS

Art.- 56.- El Consejo General creará una Comisión Deontológica a la que dotará de un Reglamento de Régimen Interno que establecerá el funcionamiento, objeto y funciones de la misma.

En todo caso, la Comisión Deontológica del Consejo General podrá:

- a. Realizar actividades formativas y divulgadoras en materia de ética profesional y deontología.
- b. Emitir informes generales a petición del Consejo General en materias de su competencia.
- c. Emitir informes sobre aspectos específicos en materia de ética y deontología profesional cuando sean solicitados por organismos o instituciones públicas o privadas, previa toma en consideración por el Consejo General.
- d. Emitir informes en materias de su competencia a petición de los Colegios Oficiales o Consejos Autonómicos.

Art.- 57.- Las organizaciones colegiales podrán crear sus propias Comisiones Deontológicas de acuerdo con lo previsto en sus Estatutos y en su propia normativa autonómica. En caso de que no la creasen podrán recurrir a la Comisión Deontológica del Consejo General a los fines previstos en el Capítulo 1.

Art.- 58.- Las Comisiones Deontológicas velarán por la deontología profesional con arreglo a lo dispuesto en este Código Deontológico. Sus funciones serán:

- a. Elaborar criterios orientativos generales sobre aspectos deontológicos en la intervención profesional.
- b. Prestar asesoramiento genérico a los/as profesionales que lo requieran.
- c. Dictaminar en casos específicos sometidos a su consideración por las Juntas de Gobierno de los Colegios o Consejos Autonómicos, sea por iniciativa de éstos o a petición de los colegiados.

Art.- 59.- Las Comisiones Deontológicas podrán dictaminar, a petición de los órganos colegiales con competencia en materia sancionadora, en los casos de expedientes disciplinarios seguidos por la comisión de presuntas vulneraciones del Código Deontológico.

En estos casos el dictamen emitido por las Comisiones Deontológicas será preceptivo, pero no vinculante.



DISPOSICIÓN FINAL.- ENTRADA EN VIGOR

PRIMERA El presente Código Deontológico, una vez aprobado por la Asamblea General del Consejo General del Trabajo Social, se publicará para general conocimiento de los/as profesionales del trabajo social, en el primer boletín de información que se edite, así como en las páginas web de los Consejos Autonómicos y Colegios Oficiales entrando en vigor a los 20 días al siguiente de su aprobación.

