NUEVAS CAPACIDADES

LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LOS CENTROS DE DÍA

asecedi
asociación de entidades
con centros de día de dependencias

EQUIPO DIRECTIVO ASECEDI
Jesús María Vázquez Pérez (gestor de ONL), Ramón Cuesta (educador social), Domingo Calderón (psicólogo), María Gutiérrez-Cortines (trabajadora social), Juan Carlos Oria (psicólogo), Manuel Rodríguez (psicólogo) y J-Francisco López y Segarra (sociólogo).

DIRECCIÓN TÉCNICA
J. Francisco López y Segarra

REDACCIÓN
Antoni Martínez Monzó (Nova Prevenció)
Francisco Latorre Sanchis (Nova Prevenció)

EQUIPO TÉCNICO
Inma Galmés Monferrer. Supervisión de objetivos
Jordi Lores Peña. Supervisión contenidos.
Javier Grau Palomar. Edición y documentación.
Vicent Escorihuela Roig. Tratamiento informático
Domingo Calderón. Tratamiento de género
pixeling.es: diseño, edición y producción DVD.

IMPRESIÓN
Centro de inserción socio-laboral Eurolan

Nuestro reconocimiento al equipo humano que trabaja en los centros de día por sus aportaciones al documento. Y por estar en primera línea de actuación siempre.

Indice

INTRODUCCIÓN 5

GUÍA DE CENTROS ASECEDI 9

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS CENTROS DE DÍA 17

OBJETIVO DE LA GUÍA 27

UNIDAD DIDÁCTICA 1: DEFINICIÓN DE CENTRO DE DÍA 31

1. ¿Qué es un Centro de Día? 33
2. Características esenciales de los centros de día 33

2.1 Accesibilidad a instalaciones adecuadas 33
2.2 Un equipo de profesionales multidisciplinar 34
2.3 Atención y evaluación del usuario/paciente 35
2.4 Realización de técnicas de tratamiento y asistencia de calidad contrastada 37
2.5 Seguimiento de la satisfacción usuario – paciente 39
2.6 Formación profesional 40

3. El Centro de Día desde una perspectiva sociosanitaria 40

UNIDAD DIDÁCTICA 2: ÁREA SOCIOSANITARIA. EL ROL DEL PROFESIONAL 43

1. ¿Qué papeles desempeñan los/las profesionales en el área sociosanitaria? 45
2. Valores integrados en la labor del profesional 46

3. Identificación de las necesidades..... 49

a.Desde el punto de vista del usuario/a..... 49
b.Desde el punto de vista del equipo profesional..... 50

4. Recursos de salud y coordinación con los mismos..... 52

UNIDAD DIDÁCTICA 3: PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN..... 53

1. Introducción. ¿Por qué y para qué se interviene?..... 55
2. Talleres..... 56

Taller de prevención de la gripe (A y estacional) y VIH..... 58
Vale o no vale
Taller familias..... 61
Me conozco y me conocen
Dimensiones de la persona
Taller consumo responsable de alcohol..... 65
El puzzle
Operando al paciente
Taller juego patológico..... 69
Lluvia de ideas.
¿A qué jugamos?
Taller violencia 72
La lista de la compra
Role–playing

BIBLIOGRAFÍA..... 75

Introducción

Introducción

En los últimos años, nuestros centros de día están experimentando una notable transformación. La apuesta por la calidad y la formación continua de profesionales distinguen hoy el trabajo de ASECEDI entre las plataformas de segundo nivel especializadas en adicciones. Se imponen planteamientos más acordes con una realidad donde cuestiones como la violencia de género, el empleo o la salud cobran un especial protagonismo.

Somos ya 20 socios y 24 centros de día en ASECEDI. Y seguimos creciendo. Durante 2008 atendimos a 4375 personas aunque, y es un dato para la reflexión, solamente dos entidades trabajan la integración laboral. Desde la fundación de esta plataforma y tras una primera etapa de impulso, comenzamos un nuevo ciclo. Es cierto que todo proceso de cambio supone un riesgo. Que hay que modificar ideas para seguir avanzando, pero la característica que mejor define a los centros de día de ASECEDI es su capacidad para evolucionar. Pero no podemos permanecer de forma estática cuando la experiencia se convierte en el mejor aval para poder responder a las nuevas tipologías de pacientes y a su tratamiento.

Nuestro trabajo diario nos une a una realidad de pacientes que podemos observar en cada uno de nuestros centros de día. Algunos arrastran algo más que veinte o treinta años de consumo. Y es precisamente desde ellos/as, tomando como referencia sus inquietudes, como planificamos nuestras acciones futuras.

Ahora nos adentramos en un nuevo proyecto formativo para aportar respuestas desde una perspectiva distinta; esta vez queremos acercarnos a estos servicios como recursos sociosanitarios. Y es que los centros de día cumplen un papel vital dentro del tejido asistencial pero también son muy importantes como centros sanitarios de primera instancia y seguimiento para una población con un amplio historial médico. Para atender estas demandas, cuentan con especialistas en el ámbito sociosanitario capaces de detectar patologías asociadas a las adicciones y, también, potenciar una relación terapéutica con la persona atendida.

Este curso va encaminado a dotar a estos/as profesionales de nuevas herramientas para mejorar su trabajo. A través de distintos talleres que van desde la prevención del VIH a la gripe A. De un modo didáctico y fácil de repetir para que se conviertan, a su vez, en formadores/as dentro de sus respectivos centros de referencia.

Ahora nos centramos en el aspecto sociosanitario de las adicciones pero, en un futuro a corto plazo, es preciso contemplar el centro de día como un recurso capaz de transformarse y ampliar su área de intervención para dar respuesta – a través de programas específicos- a necesidades detectadas en la red asistencial: patología dual, enfermedades crónicas, perfiles de baja exigencia, etc.

Centros Asecedi

Centros Asecedi

ACLAD (Valladolid)
Centro de día Valladolid
Asociación de Ayuda al Drogodependiente
C/ Puente la Reina, 10, bajo 47011 Valladolid
Telf: 983 30 64 66
aclad@aclad.net

Centro de día Palencia
Asociación de Ayuda al Drogodependiente
C/Acacias 2, bajo 34003
Palencia
Telf: 979 949 451 979 749 451
acladpa@aclad.net

ACOAD
Asociación ACOAD. Servicios asistenciales
Avda. San Jorge, 81 bajo (trasera)
31012 Pamplona
Telf: 948 198 321 948 198 113
acoad@acoad.org

ADAT
Centro de Día ADAT
Avda. República Argentina, 6
06400 Don Benito, Badajoz
Telf: 924 81 12 81
adat@adat.es

AFAD
C. Jacinto Benavente n 4 bajo
O3400 Villena- Alicante
Tel 965 343215

afadvillena@telefonica.net

AMADROVI
Centro de Día AMADROVI
C/ Carmen, s/n
06220 Villafranca de los Barros, Badajoz
Telf: 685 11 74 64
amadrovi@fexad.org

ANTARIS
Centro de Día de Antaris
Pl. Compositor Maestro Castillo, s/n
41701 Dos Hermanas, Sevilla
Telf: 954 72 63 11
antaris@centroantaris.org

APROVAT
C/ Cirilo Amorós, 14, 3º, 5ª
46004 - Valencia
Telf: 963 52 29 64
aprovat@pomareineta.com

ARBU
Plaza Fray Justo Pérez de Urbel 7, bajo
09006 – Burgos
Telf: 947 210 765
arbu00@terra.es

AVANT
C/ Florista, 83, bajo 46015
Valencia
Telf: 963 46 29 67
flb@arrakis.es

AVAPE
C/ San Pedro Pascual, 10, bajo, 46008 Valencia

Telf: 963 91 29 63
avape@avape.org

CÁRITAS de Salamanca
Centro de Día de Drogodependientes Cáritas San Claudio
C/ San Claudio, 16
37007 Salamanca
Telf: 923 27 10 40
drog-centrodia@caritasalamanca.org
www.caritasalamanca.org

ESPERANZA Y VIDA
C/ Maldonado, 55 bajo
03181 Torrevieja Alicante
Telf: 965 70 70 82
dulce@esperanzayvida.e.telefonica.net

ARZOBISPO MIGUEL ROCA
Centro de día Valencia
C.V.S. – Proyecto Hombre
C/ Padre Esteban Pernet, 1
46014, Valencia
Telf: 96 359 77 77
amparotolosa@proyectohombrevalencia.org

Centro de día Sagunto
Avenida Mediterráneo, 67 nº1
46590, Puerto de Sagunto (Valencia)
962 679003
cvs@proyectohombrevalencia.org

Centro de día Gandia
Plaza Alqueria Nova nº 5
46700, Gandia (Valencia)
963 87 34 10
cvs@proyectohombrevalencia.org

HOGAR 20
Asociación "Hogar 20"
C/ El guerra, 17 18014 GRANADA
Telf: 958 15 07 83
hogar20@hogar20.e.telefonica.net

LA HUERTECICA
Molino derribao s/n
30319 Santa Ana (Murcia)
Telf: 968 53 00 11
centrodedia@lahuertecica.com
www.lahuertecica.com

PATIM
Centro de Día "Ribalta29"
C/ Paseo Ribalta, 29 12005, Castellón
Telf: 902 21 45 93 / 691 21 45 93
patim@patim.org
www.patim.org

PROYECTO AMIGÓ
Avda Enrique Gimeno, 44
12006, Castellón
Telf: 964 20 52 55 / 610702912
fundacion@proyectoamigo.org

SALUD Y COMUNIDAD
Centro de Día para drogodependientes FSC
C/ Belchite, 9
08906 L´Hospitalet de Llobregat. Barcelona
Telf: 93 437 05 28
centredia@fsyc.org

SPIRAL
Centro de día Madrid
Centro de Atención Integral en Adicciones "Cibeles"

C/ Marqués de Valdeiglesias, 2 - bajo- 28004, Madrid
Telf: 915 22 07 07
lpa@institutospiral.com
www.institutospiral.com

Centro de día Oviedo
C/Torreferredo nº8 bajo 3
33012 Oviedo
985 11 11 11
oviedo@institutospiral.com

VIDA LIBRE
C/General Lacy n15, 2
Tel 966 377779
vida.l@cgtrabajosocial.es
03003 Alicante

Evolución histórica de los Centros de Día

Evolución histórica de los Centros de Día

LOS CENTROS DE DÍA

Echamos la vista atrás y nos situamos en los inicios de la década de los ochenta. La heroína estaba presente en las calles, la delincuencia marchaba unida, en muchas ocasiones, a la juventud adicta; el paro era otra realidad social, la economía española se estaba adaptando a la globalización europea, se firmaron los tratados, la sociedad se empezaba a acomodar y las luchas sociales de la transición se iban apagando poco a poco.

La sociedad empezó a mirar a su alrededor, a estudiar los hechos que le rodeaban y fue ahí cuando se vio que existía una juventud que había seguido caminos muy dispares. Unas personas se dedicaron a trabajar para sus familias, otras a crear nuevas empresas y aprovechar el tirón económico, y otras… otras se dedicaron al consumo de drogas. Con el paso del tiempo, todavía no nos atrevemos a decir si fue una decisión personal, grupal o social. El hecho es que las calles estaban llenas de jóvenes yonkis, enganchados a la heroína. Junto a ella, la escasa higiene, la marginación, el estigma social… crearon una población necesitada en muchas de las áreas vitales básicas. Ya por aquellos días, hubo quién empezó a observar a esta población, había gente que tenía miedo, hubo quien ganó mucho dinero y hubo quién sintió la necesidad de hacer algo por estas personas.

Y estas últimas personas fueron las que iniciaron el camino de la intervención con la población adicta. Fueron las pioneras, las que sintieron las ganas de ayudar a estos/as jóvenes. Prepararon los primeros bocadillos, iniciaron las primeras campañas de recogida de dinero, de ropa, de alimentos. Se invertía el tiempo libre, el tiempo que no existía para estar con las personas adictas, para echarles una mano y hacerles la vida un poco más llevadera. No se hacía por dinero sino porque se sentía, porque se consideraba necesario hacer lo que se hacía, sin preguntarse cuanto valía. Se salió a la calle en busca de las personas necesitadas, se les ofrecía aquello que pen-

sábamos que era adecuado para su situación: alimentos, ropa, dinero… pero no solo fueron cosas materiales, también agradecían que escucháramos, que compartiéramos su tiempo, nos hacían cómplices de sus proyectos de vida, de sus buenas intenciones de tirar adelante, de abandonar el consumo, de volver junto con sus familias, de sus experiencias carcelarias. Y casi siempre estábamos a solas. Éramos un grupo pequeño, compuesto por hombres y mujeres, con y sin estudios.

Los días de calle se hacían duros, y veíamos que los resultados no recompensaban el esfuerzo realizado. Optamos por unirnos como entidades, salir de la oscuridad e intentar ser entidades públicas, legalizadas, que pudieran ser reconocidas a nivel institucional por las administraciones competentes. Y empezamos los contactos con la administración, con la documentación, nos topamos de frente con la burocracia. Muchos de nuestros esfuerzos se centraban en la realización de trámites, de gestión, en hablar con responsables. Al fin y al cabo, hicimos el camino necesario para dar reconocimiento a una realidad que se encontraba en la calle y que estaba desamparada.

Históricamente nos situamos a mitad de la década de los ochenta. Fue durante los años siguientes cuando abrimos los primeros locales, donde ofrecíamos los primeros servicios. Fueron los años en que la atención a pacientes y demandantes de servicio era voluntaria, nos acercábamos al local, ofrecíamos nuestro servicio y atendíamos las nuevas demandas. Más con voluntad que con medios. No teníamos ni equipos, ni profesionales, ni la formación necesaria para abordar satisfactoriamente las situaciones que nos llegaban.

A pacientes y demandantes se les retenía el máximo tiempo posible dentro del local, pensábamos que cuantas más horas estuvieran allí mejor. Se les retenía y se les ofrecían talleres como pintura, manualidades, ganchillo… todo aquello que sabíamos hacer y que pensábamos que les podía entretener. Pero no servían para mucho más, el único objetivo era pasar el tiempo. Eran talleres para los que se exigía que vinieran al centro totalmente abstinentes. Es lo que hoy en día llamamos centros de alta exigencia terapéutica, donde la recaída significa la expulsión. Y si había recaída el tratamiento había fracasado. Un tratamiento que, en la mayoría de las ocasiones, se basaba en el encierro del paciente en su hogar, bajo supervisión de la familia, sin seguimiento médico. Si la familia no conseguía que pasaran el "mono" y volvían a recaer, mal asunto. Eso significaba el fracaso del/la paciente, de la familia, del centro, de todo. Había ganado la heroína.

Cada día que pasaba pacientes y demandantes nos solicitaban nuevas atenciones. Sólo con los talleres atendíamos la totalidad de sus problemas, así que se inició el camino hacia los equipos multidisciplinares. Además de la dependencia física, se demandaba el tratamiento de la psicológica, y fue a partir de ahí cuando los/as profesionales de la psicología se incluyeron en el tratamiento de las adicciones en los centros de día. Los inicios fueron duros, las visitas psicológicas se realizaban muy pocas horas a la semana, y la demanda iba en aumento. Y todo esto sin una medicación que pudiera hacer más llevadera la dependencia y el tratamiento psicológico.

En la década de los noventa fue cuando todo empezó a cambiar. Con la aplicación del Plan Nacional sobre Drogas del año 1985 se permitió la dispensación de metadona para los/as drogodependientes. Al fin teníamos una medicación eficaz para el tratamiento de la adicción a la heroína. Ahora nos faltaban los medios para que los/as adictos/as pudieran acceder a ella. La metadona se empieza a dispensar en los Centros Médicos, en los Centros de Atención a Drogodependencias, en los psiquiátricos. No existían las unidades especializadas en adicciones. Dependiendo del lugar se expedía en un lugar u otro.

Ya teníamos a pacientes y demandantes de servicio bajo control médico. Esta nueva situación nos garantizaba que pacientes y demandantes podían rehacer sus vidas de forma menos traumática. Junto con la medicación, se aprueban nuevas leyes a nivel nacional y autonómico que sientan las bases para la creación de espacios de atención a drogodependientes de manera profesional. Es decir, que se profesionalizan los servicios, y las horas de voluntariado van dejando paso a la intervención profesional de personal especializado en psicología, educación social, trabajo social, etc. Se crean equipos multidisciplinares para abarcar las áreas mínimas de intervención desde los Centros de Día: sanidad, educación, psicosocial e integración.

Los Centros de Día se sitúan en el espacio urbano, integrados dentro del tejido social de las ciudades. No son centros marginados, sino que la población general conoce y acepta su existencia.

En 1990 se define lo que se considera un centro de día: recurso con un programa estructurado, que cuenta con un equipo profesional formado en adicciones, con una evaluación individualizada de las personas atendidas, vinculado a otros recursos de

la red asistencial, además de la coordinación con recursos sanitarios, judiciales y policiales. Uno de los objetivos primordiales de los primeros centros de día era que el/la paciente se mantenga abstinente y que sea capaz de ocupar un lugar no marginal en la sociedad. Dirigidos por un equipo multidisciplinar, especializado y comprometido, desarrollan un programa estructurado adaptado a las distintas tipologías de usuarios/as que confluyen en este servicio según sus pautas y patrones de consumo, contando para la evaluación del mismo con los instrumentos necesarios. Enmarcado dentro de la red asistencial en drogodependencias, en la actualidad diríamos que es un servicio especializado.

Estos centros nacieron como una necesidad cotidiana en las propias estructuras que ya se dedicaban a la atención de las necesidades relacionadas con las drogodependencias, convirtiéndose en un servicio especializado en adicciones, cuyas prestaciones no eran exclusivamente ambulatorias, sino que ofrecían una diversidad de intervenciones desde la propia semirresidencialidad hasta el simple asesoramiento, pasando por la formación y los grupos de autoayuda para las personas afectadas y sus familiares.

Una de las áreas que se contempló desde los inicios de los centros de día, e incluso anteriormente a su aparición, fue la de la inserción laboral. Las personas afectadas por consumos de drogas demandaban este tipo de atención, se les hacía muy difícil poder encontrar un empleo y mantenerlo. Si para las personas no adictas el trabajo es importante, para las adictas es la salida del mundo marginal de las drogas, de la prestación social y de sentirse con más autonomía e integrarse completamente en la sociedad activa en la que conviven. El estigma social, la falta de habilidades sociales y la ausencia de empleo protegido para esta población, hicieron que la búsqueda de trabajo fuera muy costosa, y no siempre daba buenos resultados. Para facilitar su ingreso al mundo laboral, se crearon programas formativos para la inserción laboral, talleres de formación laboral, empresas de inserción social... un amplio abanico de oportunidades para facilitar la consecución de un empleo y que una vez conseguido no lo abandonaran.

Desde su creación y legislación, los centros de día han ido evolucionando y adaptándose a las necesidades de sus pacientes. Desde los últimos años, y estaríamos hablando desde hace unos diez años, la tipología de paciente que acude en demanda de los servicios de los centros de día ha cambiado. Las demandas relacionadas por un consumo de heroína ya no son las más numerosas. La sustancia que acapara la mayor parte de recursos es la cocaína. Con el cambio de sustancia también se tuvo que cambiar la

forma y manera de atender y tratar con pacientes y demandantes de servicios.

El trabajo se adaptó a estas nuevas demandas. Los equipos profesionales de los centros de día, que ya estaban formados y con amplia experiencia en el tratamiento con la dependencia a la heroína, tuvieron que renovarse y adaptarse a las nuevas exigencias que comportaban las dependencias a la cocaína. Uno de los cambios terapéuticos más importantes durante estos últimos años, fue que la recaída se consideraba como una pieza más de toda la estructura de tratamiento. La recaída se contemplaba como una parte más del proceso terapéutico, lo que comportaba que pacientes y demandantes de servicios que recayeran, podían continuar dentro de la estructura asistencial, y no se les volvía a marginar por su consumo. La recaída ya no se considera como un fracaso terapéutico, se considera una parte más del proceso de desintoxicación y por tanto, se debe trabajar con ella.

Con todo esto que estamos indicando, cabe indicar que las demandas de atención por adicción a otras sustancias también existían, Las demandas por dependencia a heroína seguían acudiendo, aunque en menor número. Las atenciones por consumo de alcohol eran constantes, aunque en menor número en todas las épocas que las sustancias principales. Y también hubo demanda de tratamiento de personas con adicción a éxtasis, speed y derivados anfetamínicos.

Y en el período de los últimos cinco años aproximadamente se inició la oferta de servicio para posibles demandas de personas con adicciones no tóxicas, lo que se conocen como adicciones al juego, a comprar, a las nuevas tecnologías, adicciones de pantalla. Estas nuevas demandas eran totalmente nuevas, no existía una sustancia de por medio. Los equipos multidisciplinares se reciclaron, se crearon recursos específicos y se atendió a una población con características totalmente diferenciadas de lo que se conocía.

En estos momentos, la cambiante realidad social ha puesto de manifiesto que existen carencias en el ámbito de las adicciones. Esto implica que hay que adecuar los centros existentes a las nuevas realidades desatendidas, lo que exige un gran esfuerzo por parte de los centros y el equipo multidisciplinar que trabaja en ellos. Se trata de los casos crónicos graves con escasas posibilidades de inserción sociolaboral (drogodependientes históricos), los pacientes que se encuentran entre la desintoxicación y la admisión a un centro asistencial (baja exigencia); los casos de patología dual, así como los/as

jóvenes –menores de edad- que tienen un consumo de abuso de sustancias y que no pueden/deben acudir a la red asistencial. Tampoco hay que olvidar a los colectivos de mujeres que necesitan una atención especial por sus cargas familiares.

De nuevo llegamos a una encrucijada. Los servicios de la red sanitaria no abarcan estas tipologías, y los centros de día carecen de profesionales especializados para atenderlos. Y, como ya ha ocurrido en otras ocasiones, las entidades sociales vuelven a cubrir un vacío asistencial.

Los centros de día ya no son meros receptores de personas con problemáticas asociadas al consumo de drogas, ahora son un recurso mucho más amplio que necesita del equipo multidisciplinar en todas las áreas de atención (psicológica, sanitaria, socioeducativa e inserción laboral). Es aquí donde la figura del profesional sociosanitario adquiere una mayor importancia.

Llegados a este punto, podemos afirmar que los Centros de Día deben ser prestadores de una cartera de servicios o programas que cubran estas necesidades. No es imprescindible optar a todos los servicios, cada persona tiene unas necesidades individuales que precisan de una atención e intervención individualizada, integrada dentro de acciones grupales. Para que un centro de atención de personas con problemáticas asociadas al consumo de drogas se pueda definir como centro de día, debe atender un mínimo de tres de estas áreas: psicológica, sanitaria, socioeducativa e integración laboral.

El referencial de calidad de ASECEDI

La coordinación con la red asistencial de los recursos especializados en adicciones es fundamental para la eficacia del trabajo diario. En 2003, se consideró oportuno la fundación de una asociación estatal para agrupar al mayor número de Centros de Día que tuvieran un perfil similar. Así se creó ASECEDI, que aglutina a diferentes Centros de Día que cumplen con una serie de requisitos o premisas comunes.

Con la finalidad de especificar las características de los distintos servicios que intervienen en el proceso de tratamiento que reciben las personas que acuden a nuestros centros, se impulsa un referencial de calidad (QUALICERT-SGS), para que se pudieran

implantar en las distintas entidades miembros. Dichas características parten de una definición común, en la que se enfatiza que los Centros de Día deben tener una orientación biopsicosocial, que permita la monitorización y observación directa durante un horario diurno suficiente; estar integrados en una red asistencial más amplia, estar atendidos por equipos multidisciplinares, poseer una cartera de servicios delimitada y unas vías de ingreso y derivación bien definidas, explicitadas y coordinadas.

Su implantación ha supuesto un gran cambio tanto para el paciente como para los equipos profesionales. Estar inmersos en un proceso de autoevaluación externa e interna implica una mejora continua, que indudablemente queda reflejada en la calidad de los servicios que se ofrecen desde los distintos centros:

- se unifican una serie de procedimientos que se caracterizan por ser fácilmente transferibles
- se establece un grado de control y sistematización de la intervenciones
- se logra "escuchar la voz" de las personas que acuden a tratamiento de una forma continua, con los instrumentos creados para ello
- se optimizan los recursos humanos, mayor activo de cualquier entidad
- se "revaloriza" la posición de los Centros de Día en las distintas redes asistenciales.

La calidad es un concepto difícil de sintetizar porque existe una gran variedad de definiciones, tan diferentes como válidas. Dependiendo de quien sea el autor le dará más importancia a unos aspectos que a otros, pero lo que hemos de tener presente es la relación de la calidad con la satisfacción de pacientes y demandantes, ya que ellos serán los destinatarios últimos de nuestros productos y servicios. También serán quienes juzgarán nuestra calidad, aunque no exclusivamente, puesto que para conseguir un Certificado de Calidad es necesario que un organismo independiente la certifique. Y con eso, obtener una evaluación que permita mejorar nuestros servicios.

La calidad es un paso más en un camino que no es sencillo. Desde la creación de los locales donde recibíamos a yonkis de la calle, pasando por la constitución de los primeros centros de día, el cambio de sustancias, de perfiles de pacientes, las modificaciones legislativas... ha sido una adaptación constante a nuevos retos que se nos iban exigiendo, y todo ello, sin dejar de atender a las personas para las que trabajamos. Es hora de empezar a mirar hacia adelante, de anticiparnos a las demandas de servicios, a

las nuevas características y desafíos que se nos plantearán, a trabajar de forma diferenciada con el colectivo de mujeres, etc. Es hora de "apoyar a los que apoyamos".

Objetivos de la Guía

Objetivos de la Guía

¿Qué es un/a profesional sociosanitario/a? ¿Para qué actúa? ¿Por qué? ¿Cómo se desarrolla tal papel en un Centro de Día? ¿Qué define a un Centro de Día como tal? La presente guía trata de arrojar luz sobre estas cuestiones muchas veces difusas dentro del espectro de la propia actividad intrínseca al Centro de Día: preocupémonos por ella, pero esta vez tengamos claro también qué y quienes están detrás de la misma. Trataremos de contestar con claridad y precisión todas las preguntas anteriores así como definir sin ambigüedades los conceptos que las mismas ilustran.

Las personas que hemos trabajado en esta guía hemos buscado desde un primer momento conocer las inquietudes y opiniones de los/as profesionales que trabajan cotidianamente en los Centros de Día de modo que puedan considerarse como autores/as de lo que tienen entre manos: es su realidad la que aquí se percibe. Lejos de las distintas particularidades territoriales trataremos de proporcionar un pequeño corpus de la labor profesional sociosanitaria en un Centro de Día que resulte común a todos los Centros, así como brindar una imagen conceptual acerca de qué es una institución de este tipo, y lo haremos a partir de testimonios e impresiones de aquellas personas que aquí puedan verse reflejadas; no obviaremos, sin pretender ser un sumario de quejas, aquellas necesidades y denuncias que nos han transmitido y que facilitarían el funcionamiento ideal del trabajo que conlleva un Centro de Día. El equipo sanitario es fundamental para asegurar un funcionamiento profesional y totalmente efectivo dentro de la praxis de un Centro de Día, siendo todo el trabajo realizado en el mismo articulado sobre su labor, de ahí que toda ayuda externa (adjudicación de recursos, financiación) como interna (referencial, definición de su papel, formaciones) sea no sólo bienvenida, sino necesaria: de ahí nace el espíritu de lo que usted está leyendo, desde la cooperación y el apoyo.

Del mismo modo, facilitamos una unidad didáctica con una serie de talleres y dinámicas relativas a temas específicos - prevención del VIH y gripe (A y estacional)- trabajo con familias, promoción del consumo responsable de alcohol, tratamiento de la vio-

lencia, actuación sobre la ludopatía – que pueda resultar útil a los profesionales de los Centros de Día para llevar a cabo su labor en estos aspectos. Nuestro objetivo principal es ofrecer una primera aproximación a estos temas desde una visión preventiva y de detección, y hacerlo desde la participación común entre profesional y persona atendida.

UNIDAD DIDÁCTICA

1

DEFINICIÓN DE CENTRO DE DÍA

Unidad Didáctica 1
Definición de Centro de Día

1. ¿Qué es un centro de día?

Son recursos de atención a personas con problemas de abuso y dependencia con una orientación biopsicosocial y que permiten la monitorización y observación directa (mantenidas durante un horario diurno suficientemente amplio) del comportamiento y evolución de las personas que acuden a ellos. Son centros integrados en una red asistencial más amplia. Están atendidos por equipos multidisciplinares al objeto de intervenir sobre los diferentes factores psicológicos, sociales, de salud y educativos susceptibles de actuación inmediata y de supervisión cercana y mantenida. La intervención está estructurada en torno a una cartera de servicios bien delimitada. Las vías de ingreso están bien definidas y explicitadas y los circuitos de derivación se encuentran coordinados y garantizados. Dependiendo del tipo de red en la que estén integrados, pueden incidir más en áreas terapéutico-educativas, de incorporación socio-laboral o ambas.[1]

2. Características esenciales a los centros de día.

A. Accesibilidad e instalaciones adecuadas.

A.1 Facilidad de acceso a los servicios del Centro de Día

1. El Centro de Día debe estar integrado y coordinado en la red pública asistencial autonómica / local.

2. Las vías de ingreso están definidas y las vías de derivación se encuentran coordinadas y garantizadas.

(1) Para una definición más ampliada consultar el referencial de certificación de servicio "Tratamiento de las adicciones y las dependencias en centros de día" diseñado a solicitud de ASECEDI

3. Se dispondrá de un horario amplio y definido, visible para la población.

4. El Centro de Día ofrecerá información de los servicios a toda la ciudadanía.

A.2 Instalaciones adecuadas para el desarrollo del servicio prestado por el Centro de Día.

1. El Centro de Día dispondrá de un espacio físico adecuado, limpio y ordenado suficiente para alcanzar las metas del tratamiento.

2. Las instalaciones del Centro de Día cumplen la reglamentación vigente correspondiente a la Comunidad Autónoma dónde se ubique.

3. El Centro de Día dispondrá de los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades propias que se desarrollen.

B. Un equipo de profesionales multidisciplinar

B.1. Asistencia por profesionales.

1. El Equipo Técnico estará formado por profesionales con relación laboral (o mercantil) con la Entidad gestora del Centro de Día, con capacitación académica, con formación y/o experiencia en adicciones, con asignación al Centro durante las horas de asistencia a las personas atendidas.

2. El Centro de Día dispondrá de profesionales, al menos, en tres de las áreas desarrolladas a continuación, y donde la capacitación mínima será la siguiente en función de dichas áreas:

- Sanitaria: Profesionales de la medicina, la psicología clínica, la enfermería, auxiliares de enfermería.
- Psicológica: Profesionales de la psicología y la psicología clínica.
- Socio- Educativa: Profesionales del trabajo social, la educación social, la terapia ocupacional, la inserción, la sociología.
- Integración Socio-Laboral: Profesionales del trabajo social, la orientación laboral,

la psicología, las relaciones laborales, el derecho, la sociología, la pedagogía...

3. La Dirección/Gerencia estará cualificada académicamente, con conocimientos y experiencia en adicciones

4. El Centro de Día podrá contar con colaboraciones externas profesionales: en derecho, en análisis, etc.

5. El Centro de Día dispondrá de un organigrama y cuadro de profesionales expuesto y visible en el Centro de Día.

6. El perfil y funciones del personal del Centro de Día estarán definidas.

7. El personal destinado a la manipulación de alimentos (si se realiza) dispone de las acreditaciones legales para realizar dicha función.

B.2 Participación Social (si aplica)

1. Las Entidades que pertenezcan al Tercer Sector (ONL) podrán disponer de la presencia de un equipo de apoyo formado por voluntariado.

2. Se mantendrá actualizada una base de datos del voluntariado que colabora con el Centro de Día.

3. La actividad de este voluntariado debe estar definida y no solapará ni sustituirá la actividad laboral de los/las profesionales del Centro de Día.

C. Atención y evaluación del usuario / paciente.

C.1 Atención personalizada e información clara y veraz sobre las características del Centro de Día

1. Atención por personal del equipo técnico según se cita en B.1.

2. En el primer contacto, el personal competente toma datos de las necesidades

expuestas por la persona atendida con respeto, empatía, concreción y confidencialidad.

3. El personal entregará una carpeta con documentación general sobre el Centro de Día: información general sobre el centro, horarios, servicios que presta el centro, profesionales, normas internas del centro y organismos que financian el Centro de Día.

4. A la persona atendida se le informa de las condiciones y procedimientos de admisión.

C.2 Evaluación del usuario / paciente

1. Uno o varios profesionales realizan la evaluación mediante pruebas objetivas como analíticas, psicotécnicos, entrevistas, historial clínico, psicológico, social y legal. Se recoge en el historial aquellos otros servicios que se han necesitado para la evaluación.

2. Existe un registro escrito de cada paciente (historial), que se mantiene indefinidamente y que incluye al menos anotaciones firmadas y fechadas sobre:

- Información relevante para la identificación y localización de la persona atendida
- Datos sobre la admisión
- Atención y servicios suministrados

El historial puede incluir también:

- Protocolos remitidos por otras instituciones colaboradoras con el Centro de Día
- Antecedentes familiares
- Historia de consumos e historial clínico (diagnóstico, evaluación, tratamiento y respuestas al mismo)
- Informes médicos de otras especialidades (salud mental, etc), necesarios para llegar a una evaluación final adecuada

3. Tras la evaluación, con el equipo multidisciplinar se define la propuesta de intervención que dará lugar al plan de tratamiento individualizado

de intervención consensuado con la persona atendida.

D. La realización de técnicas de tratamiento y asistencia de calidad contrastada

D.1. Existencia de un tratamiento multidisciplinar definido y documentado.

1. El tratamiento, en sus diferentes áreas es divulgado a pacientes, equipo y entidades derivadoras.

2. Existe una descripción del tratamiento que debe contemplar al menos tres de las siguientes áreas:

- Sanitaria
- Psicológica
- Socio-Educativa
- Integración socio-Laboral

El tratamiento debe incluir:

- Objetivos
- Calendario previsto
- Duración estimada
- Intervenciones propias para las áreas contempladas
- Criterios de aplicación terapéuticas
- Otras actividades

3. El Centro de Día puede ofrecer una atención específica hacia la familia de la persona atendida.

D.2 Seguimiento y evolución.

1. Existe un procedimiento que explica las pruebas, instrumentos y protocolos utilizados para el seguimiento de la persona atendida, momentos de aplicación, a quienes se aplica, personal encargado y periodicidad.

2. Se utiliza un modelo para el informe de la evolución durante el tratamiento.

3. Los resultados de las pruebas objetivas y evaluaciones realizadas al ingreso y durante el tratamiento, así como otras pruebas (analíticas para detectar consumo de sustancias, etc.) son archivadas.

4. El Centro de Día puede informar a la familia y/o responsable de la evolución del tratamiento, siempre y cuando éste autorice la cesión de esta información a terceras personas.

D.3 Plan de Tratamiento individualizado

1. El plan de tratamiento individualizado es diseñado con la participación de la persona objeto de tratamiento y revisado regularmente entre ambas partes, siendo modificado cuando es necesario de acuerdo a la descripción de su tratamiento

D.4 Finalización controlada del tratamiento (alta)

1. El Centro de Día se preocupa de evitar la dependencia de la persona atendida hacia el tratamiento, programando intervenciones individualizadas hacia la finalización (alta) del mismo y la normalización personal.

2. Existe un procedimiento para la planificación de la salida (alta) del Centro de Día y para la identificación de aquellas personas cuyo diagnóstico, problemática o circunstancias psicosociales requieran la provisión de servicios externos para mantener o mejorar su estado sanitario o psicosocial.

3. En caso de fracaso total o parcial del tratamiento, suspensión del tratamiento, abandono o no aceptación de las normas o metas del programa de tratamiento, el Centro de Día toma medidas para la reducción del daño de una exposición continuada a las sustancias (p. ej. mediante derivación) o le ofrece un plan alternativo en centros de tratamiento ambulatorio o posibilita una readmisión (previo estudio).

D.5 Área de Intervención Socio-Laboral (si aplica)

1. El Centro de Día desarrolla un área de integración laboral, o bien tiene convenios con otros recursos sociales con el fin de ayudar a la normalización laboral de la persona atendida. El servicio de intervención socio-laboral podrá estar disponible para la población en general.

2. El Centro de Día dispone de personal específico para atender el área socio-laboral, a fin de:

- Definir el perfil laboral de la persona atendida
- Definir itinerarios formativos para mejorar su cualificación
- Coordinarse con otros servicios similares, públicos y/o privados, para facilitar la integración laboral.

E. Seguimiento de la satisfacción de las personas atendidas.

E.1 Medición de la satisfacción.

1. El Centro de Día medirá la satisfacción aplicando diferentes herramientas de análisis de esta. El sistema de medida deberá estar documentado y, al menos, incluirá herramientas de análisis y momentos de aplicación, opcionalmente durante el tratamiento y siempre a la finalización del mismo.

2. Anualmente se elaborará un informe de evaluación del nivel de satisfacción donde se plasmará el estado de la situación y se establecerán acciones de mejora.

E.2 Tratamiento de reclamaciones, quejas y sugerencias de las personas atendidas y de sus familiares para la mejora del servicio.

1. Los Centros de Día dispondrán de Hojas Oficiales de Reclamaciones.

2. Las personas atendidas y/o sus familias dispondrán de canales de comunicación para hacer llegar a la dirección del Centro de Día quejas y/o sugerencias. Deberán estar informados de estos canales de comunicación.

3. El Centro de Día tendrá definido el tratamiento de estas quejas / sugerencias y las tratará en un plazo no superior a 8 días.

E.3 Transparencia

1. El Centro de Día elaborará la Memoria anual para informar a las instituciones responsables del programa o que lo apoyan. Esta memoria será pública.

F. Formación del personal

F1. El personal actualiza su formación y cualificación profesional

1. El personal accede a formación interna o externa en materias relacionadas con los servicios que presta o realiza el Centro de Día.

2. Para cada acción formativa se dispondrá de programa del curso, seminario, congreso... certificado de asistencia o evidencia objetiva de su realización. Cuando se considere necesario, se transmitirá al resto de profesionales del Centro de Día el contenido de los seminarios, congresos, etc.

3. El Centro de Día ofrecerá formación al voluntariado que colabore con el mismo (si aplica).

3. El Centro de Día desde una perspectiva sociosanitaria

Para cualquier persona – profesional o no – ajena al concepto de Centro de Día, el mismo suele resumirse dentro de una perspectiva ocupacional, formativa y asistencial. De tal modo, el Centro de Día parece ser un lugar cuyo valor terapéutico consiste en resultar un apoyo del tratamiento, siendo no más que un lugar donde la persona pasa el tiempo alejada del objeto de sus problemas y/o adicciones.

Tal concepción resulta simplista, pues el Centro de Día conjuga una dimensión socio-sanitaria junto a las ya mencionadas de ocupación, formación y asistencia; estando esa fundamentación de índole sólo asistencial alejada de la realidad tanto de la praxis

desarrollada en los centros como de sus metas y resultados. Es obvio que el Centro de Día ocupa el tiempo de los usuarios y usuarias y les mantienen alejados de situaciones de riesgo mientras se encuentra en su seno, pero las actividades en él desarrolladas no son un mero refugio, sino que tienen un objetivo preventivo, educativo y de rehabilitación de la salud tanto física como psicológica[2]. **Por tanto, tiene que entenderse como un recurso asistencial, un recurso de tratamiento en si mismo**.

Los testimonios de profesionales de Centros de Día integrados en la red ASECEDI recopilados por esta guía muestran una variedad de actividades desarrolladas en los Centros que pasan desde los talleres de artesanía y las actividades deportivas hasta llegar a las formaciones de elaboración curricular o de familiarización con las nuevas tecnologías (internet) sin olvidar las clases de refuerzo de cultura general. A nivel sociosanitario estricto el Centro de Día tipo puede ofrecer desde talleres de prevención del VIH y enfermedades de transmisión sexual, nutrición, formación como agentes de salud y asistencia psicológica mediante terapia individual o dinámica de grupos realizada por profesionales de la psicología, el trabajo o la educación social.

¿Quiere decir esto que podemos diferenciar por áreas en relación a aquellas actividades que se engloban en lo sociosanitario y las que no lo hacen? Sobre el papel y ciñéndonos a categorizaciones rígidas, sí. Focalizando sobre el sentido de las actividades y su interrelación con la persona objeto de tratamiento, no. Es decir, podemos clasificar un taller de prevención del VIH dentro del campo de lo sociosanitario, pero también un taller de informática si tenemos en cuenta los beneficios que puede obtener la persona que asista al mismo.

Ese taller de informática o de artesanía permitirá fortalecer su autoestima según vaya avanzando en la consecución de logros – se verá capaz de hacer cosas - , le permitirá entrenar el afrontamiento de situaciones de frustración y enfado, mejorará sus habilidades de solución de problemas, posibilitará mejorar su habilidad frente a la solución de problemas, fortalecerá su sentido de la responsabilidad y su disciplina interna además de ser un acicate para el desarrollo de su inteligencia emocional y adaptabilidad. Como tal, un taller de este tipo puede compartir campo con la terapia psicológica pura y dura. Así pues, no creemos que podamos extrapolar lo sociosanitario respecto a la actividad de un Centro de Día, sino más bien subrayarlo y explicitarlo. Ceñirnos en

(2) Más si tenemos en cuenta concepciones holistas de la salud ya sean de tipo sistémico o ecológico, donde la separación entre físico y psicológico no es tal teniendo en cuenta la dependencia de una esfera respecto a la otra (sistémico) o es directamente nula (ecológico).

este trabajo esta área no es menospreciar las otras, que tenemos previsto trabajar en nuevos estudios con más detalle.

UNIDAD DIDÁCTICA

2

ÁREA SOCIOSANITARIA. EL ROL PROFESIONAL.

Unidad Didáctica 2
Área sociosanitaria.
El rol profesional.

1. ¿Qué papeles desempeñan los/as profesionales en el área sociosanitaria?

En consonancia con lo desarrollado en la unidad didáctica anterior, el o la profesional de un Centro de Día no puede ser definido simplemente como asistente: es un/una profesional capaz de dinamizar una relación terapéutica con la persona atendida. Tengamos en cuenta que al referirnos a este tipo de profesionales lo hacemos concretamente quien tiene un contacto personal con el usuario o usuaria y su problemática, es decir, cuya actuación incide en las circunstancias de la persona atendida – como paciente- mediante modificación de las mismas sea por aprendizaje conductual o desarrollo de habilidades (afrontamiento, racionalización, reflexión consecuencial…), además de a ese perfil ligado tradicionalmente a lo sociosanitario como es el de los/as profesionales de la medicina en sentido estricto. Diferenciamos esta tipología de la de aquellas personas que se encargan de labores documentales en temas de reinserción social o de tramitación burocrática, también presente en los Centros de Día.

Podríamos dividir tal tipología entre profesionales que se dedican al mantenimiento y consecución del bienestar físico y aquellas encaminadas a conseguir el equilibrio emocional y el bienestar psicológico. Trabajaremos sobre la situación hipotética de un Centro de Día tipo, por así decirlo ideal, con cobertura general y específica en el terreno sociosanitario, ya que cada Centro de Día es un mundo y no podemos individualizar. Deseamos que se convierta en una realidad común y ordinaria pronto y no tener que hablar hipotéticamente.

Relativo al aspecto de salud física – sin obviar la repercusión que en lo psicológico tiene la misma – el/la profesional sociosanitario/a genera hábitos de vida saludable

así como responsable de un correcto autocuidado. La estructura organizativa de los Centros de Día cuenta con el modelo sociosanitario, de ahí que sea coherente la presencia de este personal (profesionales de la medicina y la enfermería) e importante la realización de los talleres de salud, en general (VIH, Hepatitis en sus distintas variantes, ETS, Programas de vacunas). Por otro lado, se potenciaría la educación en el ámbito de la salud así como la coordinación con los distintos recursos a nivel sanitario en aspectos concretos como medicación y supervisión de su correcta administración, o la aparición de sintomatología en la patología dual.

Funciones sanitarias

La figura del personal sanitario garantiza un seguimiento profesional y personalizado de pacientes, tanto mediante la intervención en circunstancias eventuales (accidentes, lesiones…) como pautando un tratamiento a las personas con problemas de salud crónicos (VIH por ejemplo). ¿Qué labores específicas puede desempeñar el personal sanitario?[3]

- control de la administración de metadona en los casos de rehabilitación de drogodependientes
- control en la administración de antabús en los casos de adicción al alcohol
- control de las constantes (temperatura, pulso, tensión)
- supervisión de las actividades físicas/deportivas
- asistencia primaria mediante pequeñas curas
- recogida de muestras (orina, sangre, etc) para analíticas con frecuencia semanal
- detección del consumo de drogas
- administración pautada de medicación para crónicos
- favorecer estrategias preventivas para potenciar la socialización a travésde distintos eventos relacionados con la salud (Día Internacional del sida, etc)
- desarrollo de talleres de educación par la salud: alimentación saludable, enfermedades infectocontagiosas, deporte

El conjunto de profesionales que se dedican al tratamiento asume en buena medida la responsabilidad supervisora, ajena a un sentido imperativo –no ordenan – y cercana a un asesoramiento directivo de la persona atendida. Este perfil de profesional es responsable de capacitar el desarrollo personal, facilitar su adaptación al medio social

(3) El contexto son programas de baja intensidad o del tipo de atención ambulatoria

y enriquecer la inteligencia emocional del mismo mediante dinámicas formativas y terapia. La plantilla profesional debe ser el motor que estimule al usuario/a y no una figura omnipresente y todopoderosa que resuelva cualquier problema u obstáculo que encuentre; tampoco debe ser un refugio indestructible y perenne que el usuario o usuaria sepa que va a encontrar en toda situación: debe ayudar, apoyar y trabajar codo con codo con la persona atendida, deben ambos formar un equipo, pero jamás puede constituirse como una figura paternal en la que se descargue la propia responsabilidad y que le sirva como excusa ante ciertas situaciones adversas; esta persona deberá encontrar y poner en práctica sus propias soluciones a las que habrá llegado merced al trabajo de orientación y formación llevado a cabo por el/la profesional, deberá volar solo una vez le hayan enseñado como hacerlo.

El trabajo terapéutico se basa en el aprendizaje en pos de lograr una independencia, en hacer que pueda sobreponerse a sus problemas y que consiga hacer frente en el futuro a situaciones similares, de tal modo que el/la profesional deberá hacer partícipe de su trabajo, objetivar, convertir en agente de su propio tratamiento, hacer consciente de su situación y hacer ver que siempre será parte activa de una intervención evitando otorgarle un estatus de pasividad, de alguien que espera inmóvil una cura. Siguiendo el modelo de la reconceptualización hacemos consciente a la persona atendida de su propio ser[4], de que es una persona cuya potencialidad se mantiene intacta a la espera de activarse, cuya esencia se labra en el día a día, de forma autónoma en su relación con lo social, que no hay mayor ayuda que la que encontrará en su propia persona.

2. Valores integrados en la labor de los/as profesionales sociosanitarios/as

Al profesional le compromete una ética que fundamenta su práctica. El trabajo sociosanitario es un trabajo vivo, dinámico y espontáneo, donde los tratamientos y terapias muchas veces se ven quebrados por algo tan sencillo como que se ven basados en la interacción entre dos o más personas, cada una con sus inquietudes y objetivos, que en ocasiones pueden entrar en conflicto.

Esta figura sociosanitaria tiene que cumplir con su trabajo: conseguir el bienestar del usuario/a. En función de ello asume ciertos valores y actitudes que lo faciliten, huma-

(4) La reconceptualización está cercana al paradigma del marxismo menos ortodoxo, dirigiéndose a la intervención social y dejando de lado concepciones políticas, económicas o ideológicas. Para una información breve pero adecuada les remitimos al apartado correspondiente en Trabajo social con casos, de Tomás Fernández, Alianza editorial.

nicen y dinamicen en su relación con la persona atendida:

Claridad y sinceridad: El/la profesional, en primer lugar, actúa con precisión técnica y rigor científico. Explicita la demanda de la persona atendida, diagnóstica su problema y construye un plan de acción sobre él. Tal diagnóstico debe estar formulado con sencillez y precisión, con absoluta claridad. En todo lo relativo al diagnóstico y tratamiento el o la profesional deberá mostrar sinceridad en torno a la información que considere adecuada transmitirle.

Confidencialidad: La situación de cada usuario/a es personal. Un quebranto de su intimidad puede desembocar en el fracaso de la intervención porque dejaría de confiar en el/la profesional y se precisa de toda la confianza e implicación posible en su propia terapia.

Complicidad: Por complicidad no entendemos que el/la profesional actúe como colega. Las fronteras deben estar claras: cada cual cumple su papel, y su relación es la propia de alguien que trabaja en la salud con su paciente. Esa complicidad hace referencia a motivar a cada persona a convertirse en agente de su propia situación, a estimular para que actúe en su propio beneficio, a que ayude en el trabajo profesional. Buscamos la implicación de cada persona consigo misma.

Empatía: La naturaleza de las relaciones humanas hace que muchas veces sea necesario ponerse en el lugar de otra persona. A eso es a lo que llamamos empatía, a nuestra capacidad para poder extrapolar las circunstancias y motivaciones de otra persona e incorporarlas a nuestra perspectiva. Buscamos conocer el por qué y el para qué de las acciones, su visión de la realidad, y para ello debemos comprender sus circunstancias personales e imaginar cómo actuaríamos en su lugar.

Comprensión: Los usuarios y las usuarias se encuentran en periodos de crisis y sometidos a presión. Actuar de forma estricta no está reñido con el hecho de comprender que muchas reacciones y comportamientos son propios de una situación donde aparecen la ansiedad y la frustración.

No discriminación e igualdad en el trato: Todo/a profesional debe comportarse de forma metódica. No hay lugar para preferencias dentro de un trabajo que sigue un modelo científico. La neutralidad científica se refleja en la no discriminación: no hay

usuarios/as mejores, quizás sí que precisen mayor o menor ayuda, pero no existen clases más allá que las que marcan los condicionantes sanitarios (gravedad de la patología/s, tipo de la mismas). El trato con cada persona ha de ser igualitario y en caso de no poder acometer su labor por motivos de conciencia debería derivar el caso.

Espontaneidad: Se prestará atención a la dinámica terapéutica. En ella se da la posibilidad de que exista recursividad, es decir, que el proceso terapéutico en ocasiones retroceda desde los logros obtenidos a fases que ya habíamos superado. Tanto en este caso como en cualquier imprevisto similar el/la profesional ha de estar preparado para actuar.

3. Identificación de las necesidades.

El trabajo de redacción de esta guía parte, como hemos apuntado anteriormente, desde un modelo de Centro de Día ideal que sirva de base para su desarrollo. La labor de documentación que hemos llevado a cabo refleja, sin embargo, una realidad alejada de tal hipótesis. Los distintos testimonios de profesionales muestran una serie de necesidades que son las que marcan el camino hacia ese prototipo de Centro de Día . Sin querer hacer de este apartado un compendio de quejas, sí es de recibo responder a demandas profesionales que subrayan algunas necesidades dentro de un Centro de Día.

a) **Necesidades desde el punto de vista del usuario/a**: Se hace difícil diferenciar entre sus necesidades propias y las profesionales cuando ambos persiguen un objetivo conjunto. Si acaso encontramos que la persona atendida se sitúa en una posición de mayor vulnerabilidad fuera del Centro de Día. La supervisión y el trabajo cercano y conjunto desarrollado en las instalaciones del Centro de Día no conlleva una correlación fuera de su ámbito, teniendo en ocasiones la sensación de sentir desprotección y falta de asistencia. Para ello precisamos de profesionales específicos que puedan trabajar dentro del contexto familiar del usuario o usuaria. Las visitas domiciliarias, entrevistas con el resto del núcleo familiar y elaboración de informes al respecto (fichas, ecomapas, genogramas…) son un apoyo para comprender la realidad individual y ayudarán al trabajo en el Centro de Día. Mediante la acción directa con la familia corroboramos in situ sus impresiones y su red de relaciones familiares – en ocasiones la persona atendida puede sesgar tal información-, actua-

mos sobre el terreno y buscamos la participación e implicación de la familia en la labor terapéutica.

b) **Necesidades desde el punto de vista del equipo profesional**: Nos remitimos a las figuras que la primera unidad didáctica de esta guía considera imprescindibles en un Centro de Día: Profesionales de la medicina, psicología, enfermería, auxiliar de enfermería, trabajo social, educación social, terapia ocupacional y sociología. Un Centro de Día modelo precisa que se ejerzan estas profesiones como mínimo dentro de su actuación sociosanitaria, pero la realidad muestra que en muchos casos falta alguna figura de las mentadas en la plantilla de un Centro de Día o que las responsabilidades están transferidas encargándose ciertas labores a profesionales cuyo perfil no es el totalmente idóneo para desarrollarlas. De esta manera es imprescindible contar con un/a profesional de la medicina que supervise y trate la raíz física de la terapia, así como con un/a diplomado/a en enfermería como requisito legal a la hora de llevar un control de medicación pautado. Sin embargo, la principal necesidad viene dada por el fenómeno que conocemos como patología dual (casos en los que existe al mismo tiempo un trastorno adictivo y un trastorno mental)[5], cuya incidencia en los últimos años ha ido aumentando progresivamente hasta convertirse en la principal problemática reconocida por los/as profesionales de los Centros de Día.

El trabajo en el ámbito de la psicología y la psicología clínica puede resultar insuficiente a la hora de afrontar este problema, de modo que la figura del/la psiquiatra se revela como necesaria para tratar los casos de patología dual. El profesional en psiquiatría, en coordinación con el equipo de psicología y educación social, puede marcar unas prerrogativas que sean significativas en torno a localizar el origen de la patología y definir las líneas maestras a seguir durante el proceso terapéutico.

La atención que los Centros de Día ofrecemos no es la misma que hace unas décadas. Cuando no existían los centros de día tal y como hoy en día los entendemos, se necesitaba de una gran voluntad, esfuerzo y dedicación para abordar las adicciones y problemáticas afines como la delincuencia, el paro y las enfermedades asociadas al consumo intravenoso predominante en la década de los ochenta. No se contaba ni con la formación específica ni con los recursos mínimos para abordar las demandas que llegaban hasta nuestros locales. Cuando pensábamos que teníamos controlado

(5) Encontrarán información más detallada sobre patología dual en www.patologiadual.com

el consumo de heroína, acudieron a nuestros centros nuevos perfiles. La heroína empezó a ser desplazada, y tomaron el relevo el éxtasis, speed y en algunas ocasiones la cocaína. Notábamos la diferencia, estas nuevas demandas de tratamientos sabíamos donde vivían, contábamos con el apoyo de sus familia, tenían un aspecto físico aceptable, las vías de consumo empezaban a cambiar, la jeringuilla daba paso a los rulos y pastillas. Pero no fue nada fácil atender a estas nuevas demandas, no teníamos formación sobre los aspectos psiquiátricos asociados con el consumo de drogas, la red asistencial era inexistente y la coordinación entre el departamento de psiquiatría y los centros de día era prácticamente nula. Cabe decir que el departamento de Salud Mental todavía no existía. Nos encontrábamos los centros de día llenos de pacientes con diferentes problemáticas, diferentes adicciones que precisaban de tratamiento específico y personalizado. Empezamos a estudiar, a adaptarnos a las nuevas realidades, y se inició el tratamiento personalizado para las demandas de los centros de día. Hoy en día sería impensable no contar con este tipo de atención.

Uno de los pasos más importantes que tuvimos fue la incorporación, sobre los primeros años de los noventa, de la metadona. A partir de la utilización de la metadona los resultados de los tratamientos parecen aumentar su eficacia, se mejora la calidad de vida de pacientes y familiares. Con la aparición de la metadona y la profesionalización de los centros de día, empieza a descender la visualización de yonkis por la calle. La marginalidad de las drogas desaparece, y cada vez pasa más desapercibida para gran parte de la población.

Cuando ya pensábamos que teníamos controlada la Ruta del Bacalao y las consecuencias de ésta, surge con gran fuerza la cocaína, y paralelamente, la demanda de tratamiento para trastornos mentales asociadas al consumo de drogas. De nuevo, la formación y la profesionalización de la atención y tratamiento para trabajar con las nuevas demandas. Se empiezan a crear los equipos multidisciplinares para abordar las áreas psicológicas, sanitarias, socioeducativa y de integración laboral. En definitiva, abordar las demandas de tratamiento de la manera más global posible, atendiendo todas aquellas áreas que se han visto afectadas por la adicción.

4. Recursos de salud y coordinación con los mismos.

En el epígrafe anterior hemos hablado de necesidades, y en este apartado sacamos a la luz la que funciona como eje de las restantes: la captación de fondos y la derivación de los mismos, la atribución de subvenciones. Dentro del concepto (¿agonizante?) del moderno Estado del Bienestar, el Centro de Día es una institución difusa, pues ni se trata de una institución que podamos clasificar en el primer o segundo sector ni tampoco es una entidad de puro asociacionismo perteneciente al humanismo cívico de ese cajón de sastre que han llamado tercer sector. El Centro de Día trabaja por y para el bienestar público e individual, su régimen interno es propio y su política personal. Depende de una correcta coordinación con los recursos públicos de salud de cada zona, para los que de algún modo trabaja siendo independiente su trabajo al mismo tiempo. Contradictorio en la forma, pero no en el fondo.

Los organismos públicos ven en el Centro de Día una extensión de su actividad o una institución subordinada – como lamentan amargamente algunos/as profesionales – que en muchas ocasiones no es valorada con la debida medida: un Centro de Día trabaja en colaboración con ellos, no para ellos, y ni mucho menos es una sucursal menor o similares; llevando a cabo un trabajo que se retroalimenta con el de tales instituciones y como tal demanda cooperación y ayuda – material, económica, profesional – adecuada y equitativa.

La relación con los recursos de salud es problemática en cuanto es imposible generalizarla, ya que en cada región es diferente en función de la política local y la distribución de competencias, pero son notables las quejas referentes a una falta de coordinación con los recursos públicos que derivan a los Centro de Día así como esa permeabilidad de la que hemos hablado en cuanto a catalogar y acreditar a un Centro de Día desde lo público, de modo que existe una divergencia en cuanto a situarlos dentro del subsistema de Salud o en el seno de Bienestar Social. El Centro de Día precisa de una regulación oficial pública, que diga claramente qué es y qué no es un Centro de Día, que facilite su trabajo en pos de que ambas fuerzas se dirijan simétricamente hacia una misma meta: el bienestar de la persona atendida, y con tal, el bienestar público. Toda revisión tendrá que ir en la línea de aumentar y concretar sus funciones, y no en reducirlas y difuminarlas.

UNIDAD DIDÁCTICA

3

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN.

Unidad Didáctica 3
Propuestas de intervención.

1. Introducción. ¿Por qué y para qué se interviene?

La unidad didáctica 3 se ofrece como complemento práctico a las dos unidades anteriores, siguiendo con el prisma de la labor sociosanitaria de los/as profesionales de los centros de día.

Así, tras haber contextualizado y definido el aspecto sociosanitario de los Centros de Día y tras haber encuadrado la labor de sus profesionales y definido sus características, en este apartado nos centramos en ofrecer una serie de herramientas prácticas para poder trabajar grupalmente con los/as usuarios/as del centro unos temas determinados, en concreto Prevención de la gripe A, estacional y VIH, Relaciones familiares, Consumo responsable de alcohol, Juego Patológico y sobre Comportamientos Violentos. Es decir, todos ellos temas importantes y en los que debemos de seguir trabajando en nuestros centros, en este caso desde un enfoque preventivo y de detección de riesgos, ofreciendo unas fichas de trabajo sencillas e integrables en la diferentes planificaciones de trabajo de los centros.

Cada taller, uno por cada tema de los anteriores, va acompañado de una dinámica – al menos - con la que poder trabajar diferentes aspectos relacionados. Se ha buscado la sencillez y claridad de las mismas con el fin de llegar más fácilmente al conjunto de pacientes, así como también se ha primado el fomentar el autoconocimiento en las diferentes temáticas trabajadas en los talleres[6]. Es decir, se fomenta por un lado la reflexión personal y por otro se contínua trabajando a nivel grupal.

Consideramos que la participación en dinámicas es una manera de involucrar en la

(6) Se mantiene igualmente la estructura de cada taller ya utilizada en la guía "Educación de las masculinidades en el siglo XXI" dada su facilidad de aplicación y la buena acogida por parte de los/as profesionales de los centros de día integrados en ASECEDI.

propia terapia desde un aspecto lúdico pero efectivo al mismo tiempo. El tipo de problemáticas aquí tratadas pueden requerir atención complementaria dada la posible importancia de las mismas, pero lo aquí desarrollado es un buen punto de partida a la hora de detectar síntomas o aspectos de las diferentes problemáticas y el conocimiento tanto de las personas atendidas como de los/as profesionales a la hora de actuar sobre ellas.

Lo ideal, antes de comenzar estos talleres, sería que las personas encargadas de ponerlos en práctica realizaran un taller de autosensibilización o crecimiento personal. En primer lugar, para verse como parte de un equipo y en segundo como se verán impartiendo estos talleres en un futuro, dado que estos dos requisitos pueden ampliar o personalizar el mensaje de los talleres.

2.Talleres

ACTIVIDAD DE INTRODUCCIÓN A CADA TALLER

Objetivos: crear un estado de relajación y concentración previo a cada actividad, predisponiendo favorablemente a la misma.

Desarrollo: se propone que al inicio de cada taller se realice este breve ejercicio de relajación y de focalización de la atención. De este modo se centra al usuario o usuaria en la actividad, dado el en ocasiones amplio número de actividades realizado en los centros de día. A modo de rutina puede ser favorable y predisponer a la actividad, precediendo a cada taller de manera habitual.

Materiales: ficha con el texto a leer en voz alta por la persona responsable.

Duración: 5 minutos.

Te preparas para la relajación…cierras los ojos y escuchas atentamente interiormente:

Poco a poco voy relajando mi cuerpo, librándome de tensiones… dejo los músculos relajados… A partir de este momento entro en un estado de relajación…conseguiré el perfecto estado de relajación… mi cuerpo y mi mente alcanzará el perfecto equilibrio y armonía, nada externo va a distraerme…
...vivo éste momento presente intensamente...

Observo mi respiración abdominal, lenta y tranquila, silenciosa…observo como cada respiración me ayuda a entrar en el estado de relajación… voy sintiendo ya la calma en mi interior…intento que mi mente no abandone la atención del cuerpo…las sensaciones que me vienen del cuerpo relajado…intento estar consciente en todo momento…no voy a dormirme…mi relajación es más beneficiosa si la vivo conscientemente… me encuentro bien, siento relajación y tranquilidad…

Me concentro en el momento presente, en el aquí y el ahora… tengo la mente atenta, siento relajación y atiendo al mismo tiempo… me concentro cada vez más en el momento presente… en esta actividad… en este día… en este momento… mi mente esta atenta y tranquila…

Lentamente voy moviendo algunos de mis músculos, los dedos, las manos, muy ligeramente… sigo sintiendo relajación y atención y a mi ritmo abro los ojos…

TALLER DE PREVENCIÓN DE LA GRIPE (A Y ESTACIONAL) Y EL VIH

¿VALE O NO VALE?

Objetivos: Transmitir los conocimientos básicos en cuanto a medidas preventivas para evitar contraer y contagiar ambas patologías.

Desarrollo: en primer lugar habrá que aclarar que los y las participantes tienen claro las características de ambas enfermedades. Es decir, la persona responsable del taller sondeará si los y las asistentes tienen claro los conceptos básicos de ambas enfermedades, su naturaleza vírica y potencial peligrosidad para el ser humano.

Respecto a las medidas preventivas, para cada una de las enfermedades contaremos con un número de medidas de prevención de la misma escritas en tarjetas; podemos imprimir o copiar en pequeñas cuartillas de cartulina o en post-its, entregando al conjunto de asistentes sin diferenciar entre el conjunto de ellas qué medidas son adecuadas y efectivas y cuales no lo son (tras la descripción de la dinámica adjuntamos la tabla modelo). En concreto encontramos siete medidas que previenen y que no previenen el contagio del VIH y doce que previenen y que no previenen el mismo respecto los diferentes tipos de gripe.

Colocaremos en la pared o en el suelo dos paneles de cartulina, o también podemos dividir la pizarra en dos), con las categorías efectivas y no efectivas, teniendo los/as participantes que colocar las distintas medidas que se les haya repartido en el panel que consideren engloba a las mismas, por ejemplo pegando con celo o simplemente dejándolos sobre el panel adecuado en el suelo.

El número de tarjetas con las medidas a repartir a cada persona dependerá del número de las mismas así como del criterio del monitor/a (es conveniente que todos tengan la misma cantidad), lo ideal sería repartirlas todas. La actividad se realizará por turnos, de modo que cada vez que se coloque una tarjeta en un panel se deberá corregir si se ha equivocado y en todo caso, tras colocarla en el panel correcto, explicar el por qué esa medida es eficiente o no, razonarlo y consensuarlo.

Materiales: Paneles
Tarjetas con las medidas preventivas
DVD "Medidas de prevención frente al VIH y la Gripe A"

Duración: 30 minutos

VIH

Puede transmitirse por…	No se transmite por…
Compartir jeringuillas y agujas en caso de consumo de drogas	Compartir vasos y platos
Mantener relaciones sexuales de riesgo sin usar preservativos	Besar y abrazar a las personas portadoras del virus
Compartir maquinilla de afeitar con una persona infectada	Compartir peine con una persona infectada
Compartir cepillo de dientes con una persona portadora del virus	Entrar en contacto con el sudor de una persona portadora al hacer deporte
Consumo de leche materna proveniente de una madre infectada	La saliva
Uso de agujas para tatuajes o piercings si no están esterilizadas o están siendo reutilizadas	Por el aire dependiendo de la proximidad con alguien que padece la infección
Embarazo (el feto puede contagiarse si la madre es portadora)	Tomar un bocado de la comida de una persona portadora

GRIPE (A Y ESTACIONAL)

Medidas efectivas para evitar el contagio	Medidas NO efectivas para evitar el contagio
Taparse la boca al toser o estornudar usando la mano, un pañuelo desechable o la parte interior del codo	Toser y estornudar inclinando la cabeza hacia abajo
Usar al sonarse pañuelos desechables	Usar siempre el mismo pañuelo para sonarse
Intentar no compartir vasos y cubiertos	Compartir vasos y cubiertos si los hemos limpiado bien
Usar mascarillas previa consulta al farmacéutico o médico	Usar cualquier tipo de mascarilla
Ventilar bien las habitaciones	Cerrar a conciencia las habitaciones para evitar que penetre el virus en ellas
Tomar cítricos y alimentos con vitamina C	Tomar alimentos proteínicos para ganar fuerzas
Limpiar pomos, puertas y muebles donde el virus pueda depositarse	Usar ambientadores y purificadores de aire
No saludar dando besos y/o la mano	Saludar dando la mano rápidamente y sin estrecharla con fuerza
Lavarse las manos con asiduidad, lavando concienzudamente dorso, palma y parte interior de los dedos; usando jabón	Lavarse las manos un par de veces al día durante mucho tiempo
Secarse las manos con toallas desechables o de un solo uso	Secarse las manos con la misma toalla siempre
Evitar los espacios públicos muy concurridos, las aglomeraciones y el contacto con gente de aspecto enfermizo	Salir a la calle sólo durante las horas de calor y sol
Hábitos de vida saludable: beber agua, hacer ejercicio físico moderado, evitar el consumo de alcohol y drogas, no fumar…	Hábitos de vida sedentaria: no salir a la calle, no hacer ejercicio, comer copiosamente…

TALLER FAMILIAS

Dinámica 1

ME CONOZCO Y ME CONOCEN

Objetivos: Buscar la mejora de las relaciones familiares mediante el análisis de la percepción que de las mismas tienen los diferentes miembros integrantes. Pretendemos que la familia por sí misma reflexione acerca de actitudes respecto del propio comportamiento en familia, recordando que las actitudes anteceden al comportamiento. Encontrar puntos de apoyo comunes y trabajar las divergencias existentes buscando posibles soluciones a ellas, sean por cambio de actitudes o de comportamiento.

Desarrollo: Se entregará un cuestionario modelo (adjuntamos el mismo más adelante) tanto al usuario/a del centro como a cada miembro de la familia que sea posible: su pareja, progenitores, hermanos/as, hijos/as… dependiendo de los diversos modelos familiares, teniendo que ser este cumplimentado por cada una de las partes simultáneamente, en privado y por separado. Los cuestionarios se contestan, uno por parte de la persona objeto de tratamiento evaluándose en relación a su contexto familiar, en el otro el representante familiar o representantes evalúa/n su propia conducta. Tras ello, se descubrirán las respuestas de ambas partes a cada ítem, llevando a la reflexión en cada una de ellas, ya sea para hacer notar los puntos en común que ofrecen una perspectiva de mejora o, por el contrario, aquellos que muestran una dinámica negativa, para mediante el consenso encontrar posibles soluciones que impliquen un desarrollo positivo, llegar a acuerdos y modular patrones de comportamiento nuevos.

Materiales: Cuestionarios (uno para el usuario, otro para el representante familiar)
Bolígrafos.

Duración: 45 – 60 minutos

Modelo de cuestionario

PREGUNTA	VERDADERO	FALSO
Defiendo mis derechos y opiniones sin tener en cuenta a las demás personas		
No me gusta hablar de mis problemas ni molestar con mis cosas		
Sé aceptar mis errores		
Me gusta llevarme bien con él/ella/ellos/ellas		
Evito los enfrentamientos, aunque tenga razón		
Comprendo la postura del resto de personas y llego a acuerdos		
Expreso con claridad mis sentimientos sean negativos o positivos		
Puedo discutir cualquier cosa con los/as demás porque no falto nunca el respeto		
Digo "no" cuando quiero sin poner excusas		
Pierdo el control con facilidad		

Dinámica 2

DIMENSIONES DE LA PERSONA

Objetivos: Ayudar a quienes integran el núcleo familiar a autoconocerse y comprenderse de manera más profunda, buscando a través de ello conseguir unas relaciones familiares estables y fluidas. En resumen, tomar conciencia de aspectos de su personalidad a través de las dimensiones que la integran.

Desarrollo: En primer lugar el monitor deberá mostrar una situación real o imaginaria, positiva o negativa, pero que sea concreta dentro del ámbito de lo familiar, como, por ejemplo, la pérdida de un ser querido, una ruptura sentimental, una celebración de cumpleaños, la obtención de un logro (aprobar un examen, encontrar trabajo, etc)… para ello podemos basarnos en la información obtenida en sesiones individuales previas con la persona. Cada cual lo escribirá en un folio.

A partir de cada situación elegida por el/la profesional, las/os participantes deberán mostrar sus diferentes reacciones en torno a cada **dimensión** de su persona. Esto puede realizarse o bien cada cual escribiendo en un folio o en voz alta, es decir, cada persona por turnos exponiendo una situación y compartiéndolo con el resto.

Así pues, habrá una **dimensión de los valores** donde interesará conocer cómo se posiciona moralmente ante la situación, si la valora como algo bueno o como algo malo, si cree que es justa o injusta…

La dimensión mental nos ayudará a comprender la capacidad de elegir y la voluntad, para ello usaremos fórmulas como yo pienso que… yo elijo que… y yo quiero que… las/os participantes deberán completar siguiendo sus contenidos mentales.

La dimensión afectiva sacará a la luz si se siente tristeza o alegría, explorando los sentimientos y emociones.

La dimensión corporal mostrará el estado físico ante ella (nos sentimos con fuerzas para afrontarla o no).

Por último la **dimensión de la conciencia** ("el cerebro") valorará cómo actuar ante la situación modelo, cómo creemos que la pueden sentir los otros y de que forma podemos encararla correctamente además de qué podemos aprender de ella.

Finalmente se escogerán un número determinado de situaciones, comentándolas en voz alta hasta acabar la sesión.

Materiales: Folios

Duración: 30 – 45 minutos.

TALLER CONSUMO RESPONSABLE DE ALCOHOL

Dinámica 1.

EL PUZZLE

Objetivos: este taller busca concienciar a las personas acerca de los problemas que el consumo de alcohol, en tanto que sustancia psicoactiva lícita, puede acarrear tanto a corto como a largo plazo.

Desarrollo: El responsable del taller presentará a los asistentes dos hojas con fichas en forma de cuadrado, una con una serie de conceptos y otra con una serie de definiciones (las hojas – puzzle figuran más abajo; cabe observar que cada término se corresponde con su definición en el mismo cuadrante de la otra hoja).

En grupos de 5 personas máximo, formando un pequeño grupo de trabajo, se tratará de unir ambas partes, a modo de puzzle, juntando la definición con su concepto posteriormente. Una vez resuelto el puzzle se animará a la reflexión grupal oral en forma de debate.

Materiales: Hojas con diseños puzzle.

Duración: 20 -30 minutos

USO (CONSUMO RESPONSABLE)	ABUSO (USO PERJUDICIAL)
DEPENDENCIA FÍSICA (ADICCIÓN)	UNIDAD ESTANDAR DE BEBIDA
TOLERANCIA	DEPENDENCIA PSICOLÓGICA (ADICCIÓN)

Aquella forma de relación con el alcohol en la que el consumo: - Por su cantidad - Su frecuencia - O por la condición física, psíquica y social de la persona no acarrea consecuencias negativas inmediatas sobre quien consume ni sobre su entorno.	Aquella forma de relación con el alcohol en la que el consumo: - Por su cantidad - Por su frecuencia - O por la condición física, psíquica y social de esa persona produce consecuencias negativas para quien consume y/o su entorno.
El organismo desarrolla un vínculo con el alcohol, por el que necesita mantener unos niveles determinados de la sustancia para desarrollar sus funciones fisiológicas con normalidad, si no se produce el síndrome de abstinencia o mono	Contenido habitual de alcohol absoluto en una consumición tipo
Proceso por el cual el organismo se acostumbra al consumo de alcohol y necesita cada vez cantidades mayores para experimentar un efecto similar	El alcohol produce una sensación de satisfacción y una tendencia psicológica hacia su consumo formándose un hábito

Dinámica 2.

OPERANDO AL PACIENTE

Objetivos: Promover un debate entre las personas asistentes en relación con temas asociados al consumo de alcohol, ya sea desde la perspectiva sociológica, tomando en cuenta las creencias comunes y los hábitos relacionados con el mismo. De algún modo, operamos al alcohol porque lo analizamos más allá de lo superficial, lo vemos por dentro.

Desarrollo: La/el profesional tendrá en su poder la tabla tipo, escribiendo en la pizarra de uno en uno cada tema, promoviendo el debate y la discusión tras explicitar cada uno de ellos. El número de participantes en el debate dependerá de lo que el se considere adecuado, pero recomendamos un número de 3 ó 4 como mucho. Este trabajo en grupo puede dar pie a una competición entre los mismos, de manera animada, premiando la persona responsable del taller a los mejores argumentos.

Materiales: esquema con temas a tratar impresos.

Duración: 30 - 45 minutos.

Temas	Orientaciones
Si no bebes no eres un hombre	Las razones que mueven a los jóvenes y no tan jóvenes para beber
Beber permite el desinhibirse	Efectos a corto plazo del alcohol.
¿Se puede curar el alcoholismo?	Dificultades de salud, sociales, relacionales, de trabajo, familiares… todas las originadas por el alcoholismo. Motivaciones hacia el cambio, soluciones y orientación.
La legislación en vigor ha permitido responsabilizar a las personas que beben.	Ley, venta, responsabilidades del empresariado de lugares de ocio (bares, discotecas)…
El consumo de alcohol es cultural y todo el mundo bebe.	La cultura vinícola, los aperitivos, la convivencia.
El abuso de alcohol puede comportar numerosas conductas de riesgo.	Conductas de riesgo relacionadas con el consumo: accidentes de tráfico, coma etílico, agresividad, sexualidad no protegida, actos violentos… (efectos a corto plazo).
Los fabricantes seducen al público con productos atractivos.	Merchandising, regalos, degustaciones gratuitas, campañas de publicidad, manipulación, productos alcohólicos “suaves” (cerveza con limón, mezclas tipo freezer…)

TALLER JUEGO PATOLÓGICO

Dinámica 1.

LLUVIA DE IDEAS

Objetivos: Mediante una primera reflexión se discriminarán aquellas conductas que puedan resultar adictivas o susceptibles de abuso, más allá de las drogas.

Desarrollo: En un primer momento se realizará una lluvia de ideas acerca de aquellas conductas, comportamientos o actividades que puedan resultar adictivos, más allá del consumo de drogas. Se hará énfasis en aquellas conductas que nos proporcionan placer, ayudando a poder seleccionarlas.

Cabe recordar a los/as asistentes las características de la lluvia de ideas, a saber: no hay respuestas buenas o malas en este primer momento, no se deben de juzgar ni valorar las respuestas, unas respuestas nos pueden llevar a otras y se valora la originalidad. El monitor o monitora debe de favorecer el crear un ambiente lúdico y relajado. Estas diferentes conductas se anotarán en la pizarra.

Tras ello, se discriminarán aquellos comportamientos que sí pueden dar pie a un comportamiento o trastorno adictivo y los que no, es decir se juzgarán de manera crítica tras la lluvia inicial, cambiándolos en la pizarra a la otra categoría de ser necesario.

Igualmente, la persona responsable del taller podrá también explicar los comportamientos citados que finalmente pueden ser adictivos introduciendo los conceptos de uso, abuso y dependencia. Es decir, no todos los comportamientos son iguales y la gravedad de los mismos vienen en función de diferentes variables, como las de la personas, del propio comportamiento etc.

Materiales: pizarra

Duración: 30 minutos

Dinámica 2.

¿ A QUÉ JUGAMOS ?

Objetivos: Poder detectar aquellos casos en los que se da una posible presencia de juego patológico, y orientarlos hacia estructuras especializadas.

Desarrollo: el taller se desarrollará como sigue: se presentará el cuestionario modelo (adjuntamos el mismo más abajo) a las/os usuarias/os del centro que participen en el taller. Dada la sencillez del mismo se puede elegir el imprimir uno por persona o evitar el tener que imprimir los cuestionarios, que se puede escribir en algún soporte (pizarra, cartulina, proyector de transparencias). Este se trata de un test de screening o de detección inicial.

Tras ello se leerán las preguntas en voz alta, asegurándose que todo el mundo entiende los ítems, y que van sumando las respuestas positivas. El punto de corte es haber respondido dos o más respuestas positivas.

Si bien la información obtenida es confidencial, se promoverá que aquella persona que quiera compartir sus respuestas con el resto sea libre de hacerlo.

La persona responsable de la actividad deberá conocer los recursos disponibles en su comunidad para poder orientar o derivar a quien lo necesite, pudiendo emplazar a quien lo requiriera a una cita privada personal.

Materiales: Cuestionarios.
Bolígrafos.

Duración: 30 minutos

Cuestionario de detección

1. ¿Cree usted que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?

   ☐ Sí ☐ No

2. ¿Se ha tenido alguna vez culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?

   ☐ Sí ☐ No

3. ¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello?

   ☐ Sí ☐ No

4. ¿Ha cogido alguna vez dinero de casa para jugar o pagar deudas por haber jugado?

   ☐ Sí ☐ No

Adaptado de Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1995
– Cuestionario breve de juego patológico)

TALLER VIOLENCIA

LA LISTA DE LA COMPRA

Objetivos.

Trabajar la prevención de las conductas violentas. Detectar aquellas situaciones con riesgo de desencadenar una conducta violenta.

Desarrollo.

Se reparte un folio en blanco y un bolígrafo a cada asistente al taller. Pedimos que escriban las cinco situaciones que se repitan con cierta frecuencia en su día a día y que les enerven, dándose la posibilidad de que puedan perder el control. Las situaciones deben de ser definidas de la manera más concreta y clara posible, tipo "Perder el autobús de la mañana tras haberme levantado puntualmente y acudir a la parada habitual debajo de mi casa". Este ejercicio puede facilitar y ayudar en la realización de la dinámica 2 de este mismo taller.

Materiales. Folios en blanco y bolígrafos.

Duración. 30 minutos.

ROLE – PLAYING

Objetivos.

Desde una óptica preventiva, se tratarán aquellos aspectos emocionales que influyen en la realización de un determinado comportamiento violento. Se trabajará la secuencia de estímulos y señales que preceden a una conducta violenta.

Desarrollo.

Se trabajará en relación con tres aspectos: un primer aspecto que precede a la conducta violenta, un segundo relacionado con la activación fisiológica y un tercero respecto a las acciones a realizar. Es decir, la persona deberá ponerse en situación, tratar de imaginarla lo más precisamente posible, de ahí el título de la dinámica de role– playing. En concreto se trata de:

1) Reconocer las claves previas que nos avisan que vamos a sentir la ira o cólera. El/la responsable ha de instruir al sujeto a discurrir bajo qué clases de circunstancias o contexto tiene mayor probabilidad de sentir esa emoción, de forma tal que pueda enfrentarse a ella de un modo eficaz.

2) Reconocer las señales fisiológicas y psicológicas de la activación emocional. ¿Qué sentimos cuando estamos enfadados?¿Cómo está nuestro cuerpo? La percepción acertada del nivel de activación supone ya la adquisición de un cierto control sobre ella, al tiempo que permite prepararse para afrontarla.

3) Tomar las medidas adecuadas (es decir, poner en práctica las habilidades cognitivas) para reducir la probabilidad de que esas reacciones se produzcan de forma violenta. ¿Qué podemos hacer para prevenir? ¿Qué cambios podemos lograr?

Materiales: ficha ¿Qué hago cuando…?

Duración: 30 – 45 Minutos

Situaciones modelo: (la persona encargada puede añadir algunas según su criterio o tener en cuenta las comentadas en la dinámica anterior "La lista de la compra")

¿Qué hago cuando…?

Circulo por la ciudad con mi vehículo (bicicleta, coche o moto), cuando de repente colisiono con un coche. El conductor/a del coche sale del mismo hecho una furia y se dirige a mi insultándome y gritándome, con muy mala educación.

Mantengo una discusión acalorada con mi pareja. Él / ella no se calma y en un momento dado me lanza el objeto que tiene más a mano.

Mis padres me recriminan una falta que he cometido. Yo trato de excusarme y dar explicaciones, aunque sé que en el fondo no tengo razón, pero no me escuchan y siguen echándome la bronca.

El/la profesional del Centro de Día me echa en cara que haya dejado de tomar mi medicación o que me haya saltado las pautas del tratamiento. Reconocer mi error me pone de muy mal humor conmigo mismo/a.

Unos/as adolescentes que están de juerga por la calle me gritan, sin venir a cuento, "hijo/a de puta". Encima se ríen de mí.

Estoy en la cola del supermercado, que es muy larga y me tiene diez minutos esperando cuando tengo mucha prisa en llegar a una cita, además quien está pasando sus productos por caja en ese momento se está entreteniendo sobremanera. Me quejo en voz alta de la lentitud y una persona me pide que tenga paciencia.

BIBLIOGRAFÍA

Becoña, E. y Martín, E. (2004).- Manual de intervención en Drogodependencias. Madrid: Síntesis.

Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. et al. (2005), Tiered approach to drug prevention and treatment among young people, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool.

Carrón J. y Sánchez L. (1985).- Los servicios sociales generales y la atención a drogodependientes. Grupo interdisciplinar sobre drogas (G.I.D.) Madrid.

EMCDDA (1999), 'Evaluating the treatment of drug abuse in the European Union', EMCDDA. Scientific Monographs No 4, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

ERIT (1997), The evaluation of medical, psychological, socio-educational interventions with drug users in Europe, Nizzoli, U. (ed.), Mucchi, Modena.

Gil Rodríguez, F.- Introducción a la psicología de los grupos Ediciones pirámide.

Goldstein, A. (1996).- Adicción. Ediciones en Neurociencias.

Megías, E. y cols. (2000).- La percepción social de los problemas de las drogas en España. FAD, Caja Madrid. Madrid.

Palomo, T. y cols (2001).- Trastornos adictivos. Editorial Síntesis. Tschorne, P. Dinámica de grupo en trabajo social Amaru ediciones.

VV. AA (2009).- Educación de las masculinidades en el S. XXI. Guía metodológica para trabajar en Centros de Día adicciones. ASECEDI

VV. AA (1998).- Manual de Drogodependencias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre drogas. Madrid: Cauce.

WHO/UNDCP/EMCDDA (2000), International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders, World Health Organisation, Geneva.

WHO (2006), International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision, version for 2007 (available at http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/).

Financiado por:

asecedi
asociación de entidades
con centros de día de dependencias