

De Juan Pedro Montero a Compañeras y Compañeros de SMM.

Asunto: Reunión Grupo, correspondiente al Lunes 19 de abril 2009 – Modificado 7 setiembre 2014.

Apreciadas/os amigas/os:

Este resumen pretende hacerles llegar – aparte de las Actas de Elvira e Yvette en paralelo – mis consideraciones acerca de uno de los temas que abordamos en la reunión del jueves 4 de setiembre 2014.

Mi pretensión del hoy se centra – como lo fuese por aquellos 2009 - en la necesidad de reconducir nuestro programa asistencial hacia lo que debió ser una realidad a partir del año 2010, la cual, pese haberse planteado allá por los años 2007, aún nos mantenemos sin de cumplir. De allí, en mi exposición deba reiterar la necesidad de abordar asuntos teóricos, acuerdos sobre calidad y otros de carácter organizativo. En las páginas siguientes he realizado un esfuerzo para dejar clara nuestra situación – como deseo expreso de la responsabilidad legal en la Fundación – para que se entienda cual es nuestro compromiso para con nuestros/as pacientes y la Administración, y de qué manera podremos mejorar nuestro trabajo para afrontar los retos del 2015-16 con niveles aceptables de calidad.

1 – El Diagnóstico en drogo-dependencias - Plan terapéutico Individualizado.

Diagnóstico Multi-axial DSM-IV-R ; CIE-10 (de la OMS) quiere decir también, multi-factorial o diagnóstico psico-bio-social con pronóstico incluido. Consta de cinco “ejes” o “patas” que definen o desarrollan en pocos renglones (hasta con numeración) “ un presunto perfil” cuantificable en lo estadístico para la persona asistida. ¹

Eje I: Indica la Motivo de derivación principal o la Enfermedad por la cual el/la paciente ingresa en el tratamiento, siempre incluyendo si tiene o no, demencia manifiesta. En nuestro caso serán las drogo-dependencias: Dependencia alcohólica, a cocaína, alcohol-cocaína, heroína, poli- tóxico-filia o manía , dependencia a hipnosedantes, nicotina, cafeína, etc.

Eje II: Se apuntan los Trastornos de Personalidad (TP) asociados a el Eje I. Éstos pueden ser anteriores, durante o en contexto de consumo, sea por intoxicación o deprivación, sea consecuencia de la “enfermedad” consignada en el eje anterior. Por ejemplo trastorno de personalidad psico- socio- pática, psicosis, (las neurosis se incluyen TPD/A, Clúster A, figura con frecuencia el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), los trastornos bipolares, TLP trastorno límite de personalidad, etc. Es un eje que en pocas ocasiones de derivación se relata antes del ingreso o se esboza a modo de “posibilidad” y presumimos, se “deja para su evaluación” durante la estancia en nuestro programa o no quizá no interese. En pocas ocasiones colocan allí los CAS u hospitales, conceptos vagos e imprecisos como el de “depresión, síndrome depresivo-ansioso, crisis de pánico y otros “diagnósticos” por el estilo “casi siempre en contexto”, que al fin de cuentas no dicen nada de lo que le pasa al/a enfermo/a en su realidad.²

Eje III: Se exponen las enfermedades orgánicas tal y cual las conocemos, estuviesen relacionadas

¹ En psico-patología, para la inmensa mayoría de sus “Trastornos” no existen o no se han encontrado hallazgos de naturaleza anátomo - patológica que justifiquen la enfermedad, exceptuando a las demencias, epilepsia, alteraciones del estado de conciencia, etc, de base orgánica demostrada por estudios analíticos, RMI, TAC o PET. Para alcoholismo, sólo la Enfermedad de Wernicke – Korsakoff (carencia de tiamina) el resto se basa en supuestos, dónde se puede afirmar, existe una o varias sustancias psicoactivas inductoras de muchos cuadros clínicos. Por citar a una frase del Dr. Freixas: “No observaríamos la constelación de signos y síntomas de la Enfermedad Alcohólica Crónica sin la existencia de las bebidas con alcohol”. Entonces si algo resulta ser para los biólogos “agente causal” siempre lo encuentran en alguna sustancia.

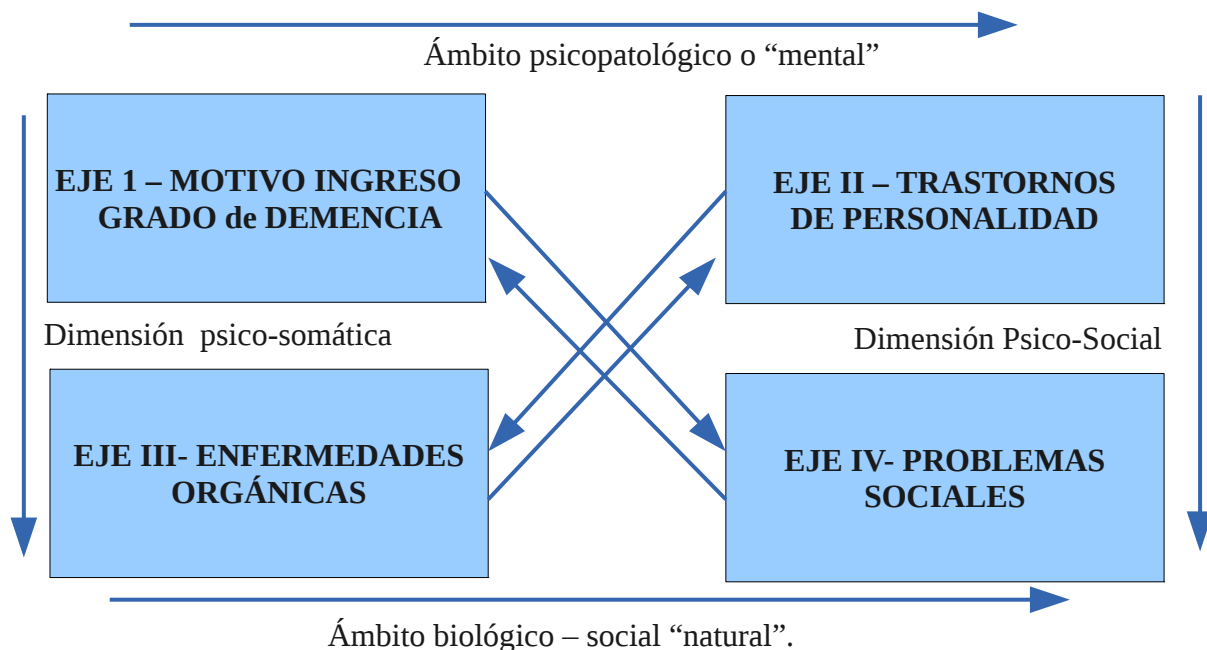
² A partir de los recortes en el Sistema de Salud, se ido derivando desde las instituciones psiquiátricas hacia el sector de atención social a un conjunto de personas con clara y reconocida “enfermedad mental” complicada por el consumo de sustancias psicoactivas. La excusa “dependencia” sirve para reducir el gasto sanitario y “obligar sean asumidos” por los recursos (CTD) creados en ocasión de la epidemia de heroína y desarrollados a lo largo de estos últimos 20 años, muy a pesar se sepa, no cuentan con recursos humanos y económicos adecuados.

o no con los dos ejes anteriores. Estas enfermedades (hasta la edad) complican o excepcionalmente facilitan el tratamiento. En el universo de nuestros enfermos actuales sobresalen las enfermedades graves respiratorias por tabaquismo, las hepáticas también graves y muy graves; las neurológicas expresadas por dificultades en la marcha, el dolor y otros trastornos de la sensibilidad, ceguera, sordera, problemas severos de sueño, de la digestión; cardiovasculares; carenciales por carencias múltiples de vitaminas, etc. Nada de esto se encuentra considerado con seriedad en el Manual de Buenas Prácticas del Departament de Benestar Social (edición 2009) ni por supuesto en los anteriores Indicadores de Calidad, consensuados en el 2002 por las CT.

Eje IV: Se relatan los “problemas” como “facilitadores” sociales relacionados con conflictos o apoyos familiares, de trabajo, de relaciones sociales mas generales, líos con el tráfico, la policía o los juzgados civiles y penales. En la actualidad se agrega al listado anterior, el desempleo de larga o larguísima duración sin esperanzas de trabajo en mínimas condiciones de respeto a la dignidad de las personas, la reducción drástica del poder adquisitivo para las pensiones, la imposibilidad de acceso a una vivienda en mínimos o su expulsión con cargo de deuda y por ende, la imposible o muy complicada estrategia para el logro de unos objetivos claves de nuestro existir como programa de reinserción social.

Eje V: Escala de evaluación – a modo de conclusión estimada – Grado de Capacidad/Discapacidad se debe puntuar entre 0 – 100.

Las cuatro “patas” las organizamos de la manera siguiente:



1.1 - El primer problema que se nos plantea en Font Picant, tiene que ver con el “Motivo de derivación” desde la Xarxa de los Centros Derivadores de Catalunya. En líneas generales no se especifica (mas allá de un borrador social y alguna que otra referencia para los ejes I-II) que “motivos de derivación” persiguen, exceptuando el comentado por Jesús como “Fracaso en el tratamiento ambulatorio” de una enfermedad en donde “se otorga predominio” a la dependencia de sustancias, sin que se haga referencia al consumo concomitante de otras prescritas por las intervenciones médicas o a los trastornos de personalidad.

Este extremo nos obliga antes de programar nada serio con la Persona, investigar-realizar durante su primer período de recepción-acogida-estancia un diagnóstico “presuntivo” o “aproximado”

basado en nuestras impresiones clínicas con ayuda de todos aquellos indicadores psicométricos validados para Psicología Clínica y otros proyectivos de apoyo. Para el Eje bio-médico las cosas van mas o menos por el mismo sentido, ya que son pocos los hospitales en donde se estudie al paciente durante la desintoxicación; y en ocasiones recién “abren ficha” para iniciar el proceso de diagnóstico, solicitando para la ocasión muchos estudios interdisciplinarios – alejados de nuestro centro rural - que bien se pudieron haber realizado con años y años de antelación.

Es posible, lo mejor relatado se encuentre en la historia social y jurídico civil o penal, aunque en esos extremos tampoco se hayan “extendido en exceso trabajando el caso” y lo entendemos, por el volumen de faena que les toca a los CAS, y dejen parte del todo para que se vaya resolviendo durante su tiempo de estancia en el centro, extremo que requiere en ocasiones ímprobos esfuerzos de coordinación.

Conclusión: Nosotros DEBERÍAMOS contar con un DIAGNÓSTICO POSITIVO antes de finalizado el primer mes de estancia, Esto no quiere decir, puedan surgir durante el recorrido del tratamiento, situaciones nuevas o emergentes desde la psicopatología, la medicina o los asuntos sociales, determinantes de cambios en el diagnóstico multi-axial y por ende, obliguen realizar en acuerdo con la Persona, modificaciones al Plan Terapéutico Individualizado.

Como muestra obvia, recuerdo el año de JB paciente varón, quien habiendo sido tratado en el 2008 a su ingreso, no ofrecía el mismo perfil con el posterior después de un año de estancia. Su tema, con el mismo fondo cannabis-alcohólico, se debió centrar en el tabaquismo y en el EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) con lo cual el diagrama de inicio debió modificarse sustancialmente surgiendo como “problema principal” su salud biológica. También para el caso de Sonia A..s, con clara psicosis (no diagnosticada antes del ingreso) controlable con la medicación y la psicoterapia, pasó a segundo plano cuando surgió un “emergente a la hora de su retorno al medio”. Asaltó un asunto familiar con fuerza y este reto le significó al fin – después del Alta - su muerte violenta cayendo por una escalera. Entonces nos habíamos planteado cómo hacíamos para volverla a relacionar con su hermano y su cuñada estableciendo un vínculo estable y saludable prescindiendo de su Sra. Madre alcohólica y violenta. Fracasamos.

Y eran tiempos “buenos”, donde la gran mayoría de nuestros/as residentes contaban con apoyos familiares, laborales y sociales mucho mas favorables. Hoy debemos de apuntar las muchas personas que carecen de todo y proceden de la calle o sin techo seguro como Manel, Ricardo, Xavi, Julio, Milagros, etc.

El “Grado de Capacidad-Discapacidad” o eje V del modelo multi-axial. Reitero lo que en su día apuntaba en el 2009. Nosotros deberíamos de enviar a todos los pacientes al ICAM o UVEM para que nuestro “hacer diagnóstico” QUEDE CERTIFICADO - REGISTRADO POR UN ENTE PÚBLICO externo e “imparcial”. No es un trabajo para Jesús Caldera, Josep María Huguet ni Perico Montero. Se entiende ser una obligación de todo el equipo aprender a “saber listar” sin necesidad de números, las categorías patológicas evaluables aunque no se ostente capacidad jurídica para certificar. Es básico para poder relatar y comunicarnos de forma transversal – profesional entre disciplinas tan diversas, debiéndose tener presente que es a partir del diagnóstico multi-axial cuando el Equipo se encuentra en condiciones de plantear un Programa Terapéutico Individualizado de soporte trans-disciplinario.

2 - ¿Cómo nos organizamos y qué deberíamos hacer?

Creo, en líneas generales, para el bien del programa y los/as pacientes, nuestro modelo de intervención genérico no ha variado con el paso de los años como bien lo apuntara Jesús hace un tiempo. Se realizan muchísimas cosas positivas que no se registran y otras que lamentablemente

se realizaban en otras épocas y ahora no se cumplen por nuestro actual modelo de organización que se basó a partir de 1981 – por nuestras experiencias con la dependencia a heroína, donde ya entendíamos un absurdo el paso desde el consumo a planes “libres de drogas” - en la teoría transteórica del cambio propuesta por Prochaska y Di Clemente en 1983.

Los Estadios de Cambio no han sido novedad para la vieja escuela de medicina y psiquiatría francesa. Nada se cambia por “indicación del médico, psicólogo o enfermero”. Mucho antes de la Segunda Guerra Mundial Freud ya sostenía que un hábito no significaba la unidad de algo aislado a superar por un diagnóstico certero y una indicación ilustrada. En los años 70 del siglo XX Barry S. Tuchfeld ³ ya establecía dos etapas de Cambio en la Dependencia Alcohólica y por los 80 un psicólogo mexicano, Jorge Márquez escribía: “...a diferencia de la terapéutica basada en el modelo médico, la sola identificación del problema no señala cuál es la meta que se debe conseguir, sino que esto debe ser resultado de una decisión de manera conjunta más o menos bien fundamentada que propicie en sentido inverso, la reformulación del problema. Y esta decisión implica un examen minucioso de lo que será lo mejor para el paciente y no para los gustos personales del terapeuta” ⁴ Para el trabajo se basó en los estudios de Kanfer y otros, sobre el “trayecto” entre el diagnóstico y el tratamiento.

Prochaska y Di Clemente dieron forma a los acontecimientos entre el diagnóstico y los resultados de tratamiento en 3 dimensiones compuestas por Estadios de Cambio, Procesos y Niveles de Cambio. Todo lo que mas o menos sugerían desde el análisis en diversas técnicas de intervención terapéutica; desde las psicodinámicas, sistémicas o cognitivo-conductuales, donde surgían “10 procesos” que podrían modificar emociones, cogniciones y conductas, considerando que cada “proceso” es una “categoría de tratamiento” con independencia de la técnica de intervención aplicada. De ahí que “Los Estadios de Cambio” o el “Modelo de Motivación para el Cambio” se centrara en la Persona como única capaz de operar un cambio de hábitos, siendo el Equipo Terapéutico un simple “catalizador” en el proceso general.



Desde esta perspectiva se impone como primer Deber a nuestro Equipo CAUTELA, entendida como intervención en la vida de otra persona con el máximo de respeto por ella y sus determinaciones. Es de suponer, la persona que ingresa en CT ha pasado de la pre-

³ Multiple drug use among persons with alcohol-related problems: patterns of use ... problems: Patterns of use and service utilization by Barry S Tuchfeld (1975).

⁴ http://www.unidahd094.upn.mx/m-sitios/academicos/jorgemarquez/ensayos/Psicologia_y_educacion/ASSESSMENT.pdf “Aportaciones metodológicas del análisis conductual aplicado a la psicología clínica”, el 22 de noviembre de 1980, en la ciudad de Guadalajara, Jal

contemplación y por lo menos se sitúa en fase de contemplación: La Persona tiene conciencia de “un problema” relacionado con su consumo pero no sabe, no se ve preparada, no lo tiene claro o ha fracasado con estrépito – incluyendo ingresos hospitalarios y en CT - en intentos anteriores.

Desde nuestra experiencia, todo lo que signifique moralizador, autoritario, ilustrado o coercitivo resulta negativo, lo mismo, se adelanten diagnósticos pesimistas sobre la Persona. Nuestra misión está centrada en estimular la acción desde el optimismo para el cambio como mantenimiento de la abstinencia.

2009 - *“Sin mas, sólo ver cómo las personas asistidas, cada vez con mas operadores contratados, recursos técnicos como logísticos y tecnológicos como nunca hemos tenido antes en la historia de la Fundación, tienen menos horas para la cultura, menos posibilidades de salidas conjuntas culturales, de cohesión, de recreo saludable o tratamiento para familiares. Y esto es motivo de tristeza, casi una vergüenza... Sólo porque el equipo de educadores se encuentra tan mal organizado que no puede programar su trabajo como equipo, pese a que la mayor parte de esas actividades se llevaron a cabo hasta hace muy pocos años con la sola presencia de Yvette como educadora y Mallén como director del Taller.”*

2014 - En relación al sistema de guardias se propuso en el 2009 poner en práctica el rescate del espíritu de los años 2000 actualizándolo con los necesarios y requeridos protocolos que se correspondieran para su mejor seguimiento en lo colectivo e individual. No sucedió de esa manera y se amplió – en cumplimiento de unos ratios de profesionales de obligado cumplimiento – desde mi punto de vista, para “un convenio mal interpretado”.

Y se concluía a inicios del 2009: *“El sistema de Guardias (2007-2008) ha demostrado la poca o nula utilidad para el programa de las noches cubiertas con educadores en reiterados cambios y el escaso rendimiento de éstos/as en las jornadas de trabajo durante el día. En el centro contamos además con personas – hoy infrutilizadas - factibles de ser formadas para trabajar de auxiliares como lo hicieron en su día Arturo Maya, Carlos Gordillo o Fernando Chiappe. Ciertamente, al cambiar el modelo nos toparemos con nuevos-viejos problemas aunque estoy seguro, lo que si tendremos también es un tratamiento individual y colectivo de mucha mejor calidad... o “Intensidad” si se desea utilizar ese trillado y molesto término sin sentido para la patología presente en nuestros/as residentes.”*⁵

Las funciones de limpieza, lavandería, cocina, compras, traslados, controles de equipamientos, del parque móvil, parte de la disciplina, etc, pasarían a los profesionales auxiliares⁶, quienes darían estos datos a una Dirección Técnica (que no existe en la actualidad) pero que se podría constituir en “Jefatura de Mantenimiento” que trabajaría coordinando servicios anexos e imprescindibles para el cumplimiento del Plan Terapéutico Individual y la cohesión colectiva.⁷

Esta reflexión no pretendió en su momento – menos en el 2014 - quitar derechos de ninguna o ninguno. Sólo exponer que desde la responsabilidad que me confería y confiere la Fundación, no llego a ser un discapacitado psíquico como para no ver día tras día, cómo se paga desde Tesorería un “tiempo muerto” en donde se reciben beneficios desde la Institución y se apuntan a

5 Sin crisis, el Govern Progresista en la Generalitat, sin ofrecer cambios radicales en las divisiones de Salud y Servicios Sociales, presumía imponer un modelo de funcionamiento (ratios) criterios para “concertar servicios” por el cual “ellos/as entendían” se debía controlarlo todo aunque no sirviese para nada. Es época en que se editan en papel los Indicadores de Qualitat y El Manual de Bones Pràctiques.

Ver: en web www.fontpicant.com: Publicacions del Departament de Benestar Social:

[http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.261f58b8e001ccca1285ea75b0c0e1a0/?](http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.261f58b8e001ccca1285ea75b0c0e1a0/?vgnnextoid=21fb9a95af0a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=21fb9a95af0a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextf)

[vgnnextoid=21fb9a95af0a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=21fb9a95af0a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextf](http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.261f58b8e001ccca1285ea75b0c0e1a0/?vgnnextoid=21fb9a95af0a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=21fb9a95af0a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextf)

[mt=default&newLang=ca_ES](http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.261f58b8e001ccca1285ea75b0c0e1a0/?vgnnextoid=21fb9a95af0a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=21fb9a95af0a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextf)

6 Profesional “auxiliar” se entiende como aquella persona que no centra su trabajo de manera directa en la asistencia aunque su servicio resulte indispensable para el funcionamiento de la CTD. Cuestión de “tradiciones” la cocina no “determina la Salud”... en nuestro Occidente desarrollado. Que lo pregunten en África o América Central.

7 La Dirección Técnica se creó en el 2009 y sigue estando a cargo de Daniel Meseguer; luego creamos una Dirección de CTD (Pilar Olmo) y en la actualidad del 2014, la única persona en condiciones de representar la figura de Coordinador-Responsable Honorario la tengo yo hasta que pete.

las horas de trabajo. Estos extremos – que se reconocen saludables y no representan severos gastos – se extienden desde el desayuno, comida o cena y descanso nocturno. En el 2009 se planteó era preferible realizar un aumento relativo de salarios reconociendo una significativa reducción de la jornada laboral, que mantener este estado de “dejar hacer cualquier cosa” ofreciendo un espectáculo lamentable para nuestros pacientes asistidos.

En 2014 – Estos extremos se modificaron en la crisis, se cubrieron necesidades con redoblado esfuerzo del Equipo y se concentraron las guardias para reducir el número de traslados a domicilio, cambios de guardias no registrados y delimitación de las responsabilidades.

Se escribía entonces:

Sant Miquel Maifré es la casa de enfermas y enfermos... Ello queda reflejado en la Ley. No es casa para nadie más, dado se define como “comunidad de pacientes”. Operadoras y operadores los/as asisten y permanecen en el sitio de trabajo los días y las horas de clara utilidad para su tratamiento. El resto del tiempo es – como tantas veces se ha acuñado – tiempo suspendido, “tiempo muerto” de consideración por parte de la entidad para el/la trabajador/a, pero de no estar aplicado a la asistencia, no es “tiempo de trabajo”. En su día resultó molesto y lo podría seguir .

En muchísimas ocasiones durante los últimos 25 años, Elvira ha destacado la diferencia sustancial entre Consultorio de la Sagrada Família de Barcelona y la “Comunidad” en el Balneario de la Font Picant o los inicios de El Pasteral.

Hace bastantes años, cada uno/a hacía – en su espacio privado y fuera de las horas de trabajo – lo que le venía en ganas, aún dando clases como fuese el caso de Pepe Oreggioni (arquitecto) con el dibujo; el de Ubaldo Martínez (cocinero) con sus cerámicas, o el de Juan Fuentes (educador – pintor) con la pintura o las esposas-compañeras de enfermos residentes. En aquellas épocas – nosotros vivíamos en el edificio – las “guardias nocturnas” se dejaban a cargo de los usuarios mas antiguos y seguros, quienes tenían como referencia a uno/a de aquellos/as “profesores/as”, dado Lulí Almiñana o Esther Dolera, aparte de participar en talleres, realizaban traducciones castellano/catalán, iniciaron el uso y extensión de los entornos gráficos en computación y apoyaron, hasta dirigieron el Centro Especial de Empleo o el Marketing de Só Picant (Taller de Música).

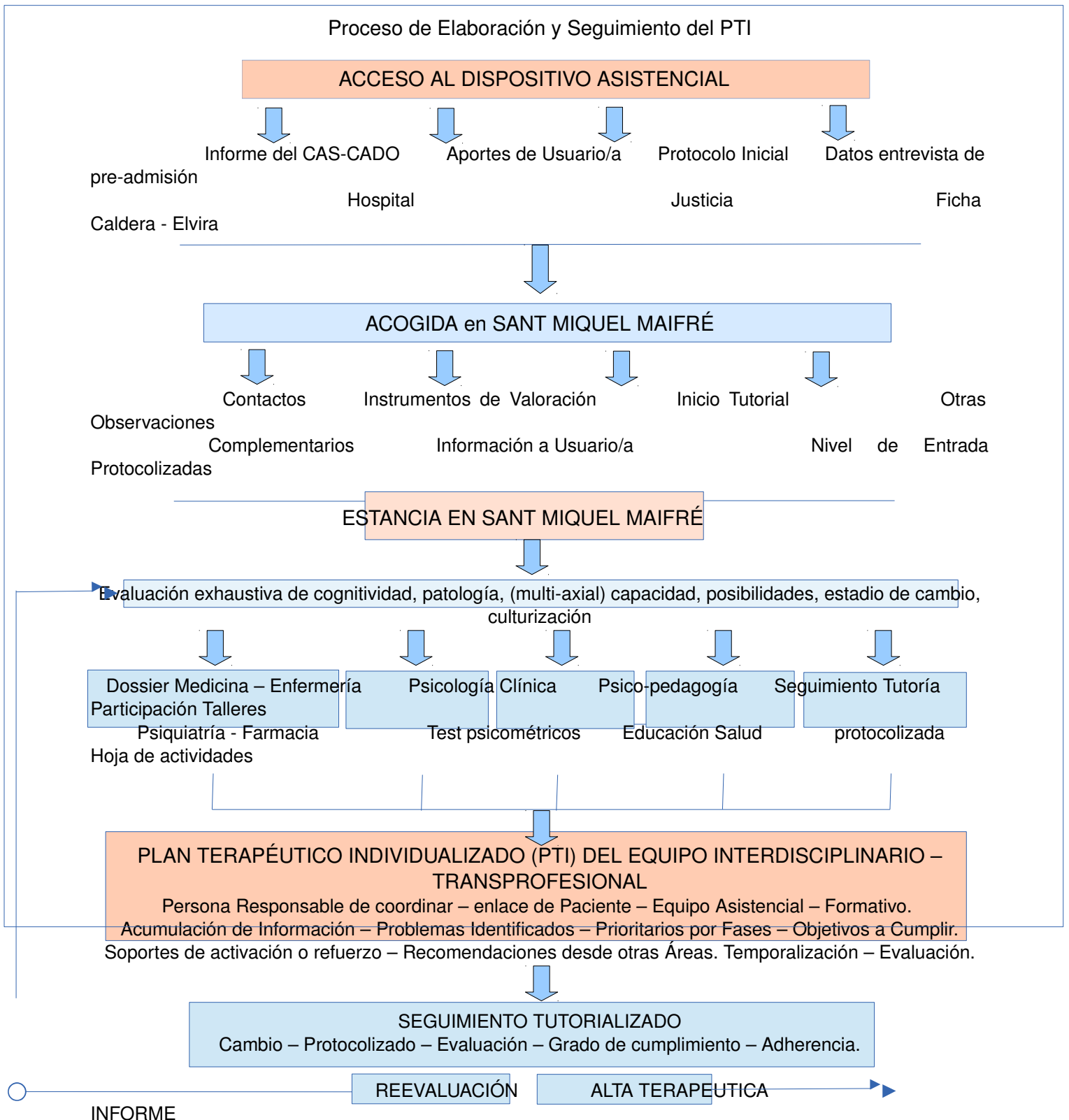
Pero los tiempos han cambiado como la Sociedad. Los/as operadores/as – con algunas excepciones - no residen en el centro, ni las circunstancias actuales apuntan a que lo vayan hacer en un futuro próximo, pese a la necesidad de contar con personal estable residente en activo como sucede con Miguel Ángel Pérez. Fracasó el proyecto de Jaume Grau.

Hoy en el 2014, estoy seguro seguir pensando así. Al tiempo se corresponde replantear toda nuestra programación, también apunto la necesidad de sustituir el actual responsable honorario por una nueva dirección general en SMM residente en la finca dentro de un plazo razonable, previsto y acordado.⁸

3 – La importancia de las Tutoría y Educación en el Plan Terapéutico Individualizado.

Ese sería un error grave que se reitera en los manuales de la Generalitat. Desde el diagnóstico; o mejor dicho, en la Historia Clínica o Carpeta de Paciente DEBE FIGURAR TODO. Puntos fuertes y Débiles desde muchas perspectivas en la persona tratada; y tanto por sus tutorías los/as educadores/as resultan ser el nexo fundamental entre profesionales y para nuestros enfermos en la resolución de sus realidades particulares como colectivas durante la estancia en SMM. Sigue cuadro desde el Documento de Buenas Prácticas (2009 modificado)

⁸ Es evidente que personas mayores de 70 años corren riesgo de quedar fuera de juego. Hace tiempo venimos “jugando con fuego y suerte” pero resulta evidente tener consensuado para el 2015 un sistema de recambio que entre en funcionamiento el mismo día en que cause baja el actual “responsable legal”.



Como se observa en el esquema anterior – ajustado a cómo nos organizamos en SMM – podemos observar la incorrecta visión-versión que venimos llevando de PTI, no estoy seguro a partir de cual fecha. En el diagrama se expresa de manera muy clara la necesidad de ir recopilando y evaluando desde un constante fluir y acumular información – centrada en el/la Educador/a – Tutor/a – cada proceso de rehabilitación individualizado, sin dejar de tener en cuenta sus fases diagnósticas y de tratamiento, a partir de la intervención de la totalidad del equipo asistencial como formativo.

Si luego esta persona, desde mi punto de vista, central para el equipo y el proceso de cambio en el/la paciente, también asume funciones educativas o psico-educativas de grupo; estas últimas nunca pueden suponer la desatención del grupo de usuarios/as que tiene a su cargo en responsabilidad de tutorializar en coordinación con el resto del equipo. Mas aún; la figura educador/tutor - tutora, se extiende a otras personas no necesariamente vinculadas a su cumplimiento del ejercicio individualizado. En Sant Miquel Maifré, es también la figura Responsable de Referencia para la totalidad del centro , por cuanto sus funciones – muy consideradas por quien escribe, pero poco valoradas por otros estamentos de la Xarxa – se extienden hasta asistir al resto del colectivo, coordinar con el resto del personal y ser enlace con familiares - representantes sociales de los/as pacientes.

Visto el procedimiento de elaboración y seguimiento, también se detecta otro asunto relevante. Tiene que ver con las carpetas o el Dossier de cada residente. Éste debería ser legible e inteligible para la gran mayoría de los/as profesionales implicados/as, además de sea factible, sus datos se pudiesen incorporar en bases de datos para tu tratamiento estadístico, bien a título individualizado como colectivo.

4 – Acogida y Adaptación en Sant Miquel Maifré.

Objetivo: Facilitar la selección y adaptación del/la nuevo/a usuario/a al Programa Asistencial.

Población para la cual va dirigido: A toda nueva incorporación o residente en fase de prueba CT SMM.

Profesionales implicados: Todo el personal de SMM

Se da por supuesto que la persona ha llegado a un acuerdo en el Centro de Admisión de la Sagrada Familia para su ingreso en Comunidad Terapéutica, por cuanto ya han sido cumplimentados los protocolos de pre-admisión y admisión, los cuales habrán de ser examinados.  En que fase de Cambio se encuentra?

Acogida en Centro SMM:

4.1. Formalización documentos de ingreso:

4.1.1 - Si no se hubiere realizado previamente en Barcelona se firmará el Contrato Asistencial por triplicado, entre la Persona Usuaría y el/la Responsable del Programa Asistencial que se encuentre para recibirla, siendo recomendable la presencia firmante de una tercera persona como testimonio. (familiar, trabajador social, acompañante)

4.1.2 - Registrar mediante anotación en la Ficha “Historia Clínica” en el Apartado “Admisión” día, hora de ingreso, las particularidades de la Persona que requiriesen atención especial antes de ser visitadas por el Equipo de Salud, consignando en el “Formulario de Medicación” su nombre, apellidos y NIF, pauta de medicamentos a revisar por el médico del centro, lo mismo que rotular un mínimo de 2 cajetines y hasta un máximo de 6, para la administración de los mismos.

Particularidades relevantes: Régimen alimentario, revisiones o visitas médicas con especialistas que estuviesen programadas con anterioridad (revisables por médicos), dificultades de autonomía concretas, así como todos los extremos y cuestiones relativas movilidad reducida, familiares y sus responsabilidades de apoyo durante el proceso; los diagnósticos anteriores y riesgos derivados de perfiles especiales y todo cuanto suponga una responsabilidad agregada al equipo asistencial por la naturaleza de la personalidad de la persona usuar a.

4.1.3 - Apertura y explicación del Archivo Informatizado de Contabilidad Personal del/a Paciente. Tarea luego encomendada al/la Encargado/a de Contabilidad para los gastos de bolsillo de usuarios/as como cuota al fondo de solidaridad.

4.2. Pertenencias:

En presencia del/la Usuario/a el Educador de Guardia hará recuento y revisión de las pertenencias que trae inicialmente, dejando constancia de las mismas en archivo protocolizado informatizado, con 2 copias en papel: *Una será entregada a la persona interesada y otra se guardará en una carpeta junto a su Historia Clínica.* Posteriormente se deberá *proceder a la identificación por ROTULADO de la ropa personal*, de cama e interior, si ello no se ha realizado antes del ingreso, con un rotulador indeleble al lavado en cada prenda personal.

4.2.1 – Sustancias, equipos y objetos no permitidos - retenidos:

- Documentación bancaria, dinero en efectivo, talonarios.
- Teléfonos, instrumentos musicales, cámaras de fotos, DVD, ordenadores.
- Colonias, perfumes, masajes, colutorios de contenido alcohólico.
- Publicaciones, DVD pornográficos o que atenten contra dignidad y derechos de las personas.
- Cualquier tipo de alimentos o medicación.

4.2.2 – Objetos permitidos:

Ropa de cama, de estar, de habitación o trabajo.

Radio, despertador, MP4, pen-drive, papel de carta, sobres, libros.

4.2.3 – Se deberá instrumentar un mecanismo que asegure dotar de ropa de trabajo a todas las personas que ingresan. Calzado de seguridad, pantalón y chaqueta de taller. Otro tanto habremos de prever para cumplir con los uniformes de cocina.

4.3. Sobre Horarios, Actividades y Servicios:

El Educador le explicará en términos sencillos e inteligibles los horarios de actividades, asignándole:

4.3.1 Día propio para el Servicio de Lavandería el cual quedará registrado en Administración.

4.3.2 Día de su participación como colaborador o colaboradora en Comedores y apoyo a las tareas para mantenimiento e higiene de la Cocina. (2 fases: entrenamiento - formación)

4.3.3 En este momento se le hará entrega del libreto “INFORMACIÓN GENERAL” que ha sido revisado en verano del 2014.

4.4. Los Espacios del Centro y la Habitación:

La Persona recién ingresada acompañada de el/la Monitor/a o un/a Educador/a realizará el recorrido por las instalaciones de la residencia, talleres y espacios exteriores para que conozca el Centro y su habitación.

4.4.1 El Equipo Asistencial habrá asignado la habitación a cada nuevo o nueva residente.

4.4.2 El/la Educador/a le asignará y ayudará a instalarse en su habitación que *deberá verificar el/la paciente de su estado original*, debiéndose informar sobre cualquier duda.

4.4.3 Indicará la responsabilidad individual en ese espacio íntimo, la creación de un clima de confianza, en tanto el/la educadora, será una de las personas de

referencia para cuestiones de la vida cotidiana, indicando la PROHIBICIÓN EXPRESA DE FUMAR EN EL INTERIOR.

4.5. En relación a las personas residentes y operadoras:

4.5.1 - Se le presentará al personal laboral del Centro y a los/as compañeros/as residentes.

4.5.2 - Todo el personal del Centro facilitará la adaptación de la persona usuaria recién llegada a su nueva situación.

4.6. La primera quincena de estancia en Centro:

En función de posibilidades-habilidades en cada nuevo/a usuario/a, será su adaptación; participando alternativamente de distintas actividades de aulas y talleres, en vistas a decidir su destino final, que será, aquel valorado por el equipo asistencial y acuerde un terapeuta de referencia, un taller de destino dentro de un máximo de (2) dos primeras semanas de estancia. (Período de evaluación, prueba y adaptación) En esta etapa – dependiendo no se encuentre en fase de desintoxicación – se corresponde derivar a psicología, enfermería, medicina y farmacia todos los datos disponibles de la persona ingresada para establecer – siempre a partir de los datos recogidos en el Centro de Admisión – *las prioridades asistenciales básicas teniendo como referente la pirámide de Necesidades de Maslow.*

4.7. Seguimiento y valoración por parte del Equipo Terapéutico del proceso de adaptación:

Los primeros 30 días exigirán de todos los estamentos involucrados una opinión sobre el/la nuevo/a usuario/a. Momento que se decidirá la continuación o no en el Centro, así como posibles variaciones en la forma de participar del mismo, todo lo que no podrá sobrepasar ese mes de estancia. Este extremo resulta fundamental recabar datos desde diferentes áreas de intervención:

4.7.1 – En Relación a Drogas de Abuso y Alcoholismo. Cuestionarios Iniciales:

- Consumo de Riesgo – AUDIT
- Escala Intensidad Dependencia: EIDA.
- Escala Síndrome de Carencia Alcohólica: CIWA-AR Validado para España.
- Escalas de Disposición al Cambio
- Escala de Michigan para Alcoholismo en mayores. MAST-G
- Cuestionario de Deseo de Beber (CDB)

4.7.2 – En relación a Personalidad.⁹

- Evaluación psicométrica: Hoja multi-axial de Millon III.
- Evaluación psicométrica: PAI.
- Evaluación psicométrica Escala de Estrés – PSS Cohen.
- Evaluación psicométrica Escala de Afrontamiento al Estrés – CAE
- Evaluación psicométrica Escala de Depresión EMTA
- Evaluación psicométrica Escala de Ideación Mágica
- Evaluación psicométrica EMUN para Manía.

⁹ Los estudios psicométricos y proyectivos – con excepción a los que se han venido realizando – observan la necesidad de ampliar información, validar su sensibilidad y formar al equipo en los temas vinculados al análisis y comprensión de la personalidad. El listado es reflejo de lo publicado en la red y adaptado para nuestro colectivo.

- Evaluación Cognitiva Mini Mental LOBO.
- Evaluación Cognitiva Barcelona (en casos especiales)
- Exploración Proyectiva HTP.

5 - ATENCIÓN INDIVIDUAL EN EL SENO DEL COLECTIVO.

5.1. El/la Educador/a de Guardia, en su carácter de Responsable de Centro, velará para que se cumplan correctamente las actividades concretas fijadas para alcanzar los objetivos establecidos para cada fase de tratamiento Individualizado en sintonía con los procedimientos de organización colectiva, haciendo el seguimiento de:

5.1.1 - Desarrollo y mantenimiento de las actividades para la vida diaria. Mantenimiento de las instalaciones, (*Protocolo Limpieza – Habitación*) la buena convivencia en Centro (*Registro de Incidencias-Actividades*) y la ocupación – conducta en los tiempos libres. (*Registro Comportamiento*) Para este objetivo, se habrá de coordinar con las Personas Responsables de Talleres, cuestión de observar periódicamente su evolución en las actividades de cada mañana, siguiendo para ello los Criterios Pedagógicos en el Aprender-Haciendo, que serán registradas desde “Nivel de Ingreso” del/la Usuario/a hasta el final de su estancia. (Registros de Talleres y Guardias de Cocina-comedores)

5.1.2 - Cumplimiento de la pauta farmacológica prescrita por el médico así como todo lo relacionado con dieta alimentaria o el resto de medidas especificadas. Teniéndose en cuenta que la dispensación de medicamentos cae dentro de las responsabilidades de los/as educadoras/es.

5.1.3 - Cuidado del aspecto físico e higiene (personal y de la ropa) del residente, así como el buen mantenimiento e higiene de su espacio personal de habitación. (*Para el cumplimiento de estos extremos y en casos especiales, cada vez mas frecuentes, se prevé la incorporación en personal auxiliar de enfermería o cuidado de personas con minusvalía*)

5.1.4 - Control de gastos por compras personales, orientando y dando enseñanza si fuese necesario, para lograr un nuevo manejo de la economía individual, el cual ha sido protocolizado en hoja de cálculo desde la Administración del Centro, con la que deberá de coordinar compras, gastos y dinero de bolsillo para salidas programadas.

NO EXISTE POSIBILIDAD DE PERMISOS EN DÉBITO CON LA CAJA USUARIOS.

5.1.5 - Actividades relacionales tales como llamadas de teléfono o visitas de familiares y personas allegadas, de todo lo que llevará el registro escrito en su Historia Clínica en el apartado “Seguimiento del Plan Terapéutico Individualizado”.

En estos extremos la totalidad del Equipo

5.2. - Toda la información recogida por Educadores/as u otros/as miembros del Equipo Asistencial (2014: Sra. Elisa, Sra Iman, Sr. Miguel Ángel, Sr. Félix, Sr. Ángel y en gestión Sra. Agnés) será puesta por escrito en común durante las reuniones mensuales de valoración general y funcionamiento, donde se decidirán las intervenciones y modificaciones que se consideren útiles al programa general y tratamientos individualizados.

5.3. - Las situaciones de “baja forzada o expulsión” las decidirá el Técnico Asistencial de

Guardia, ostente el rango que le corresponda. El/la Educador/a podrá separar provisionalmente a un paciente de las instalaciones físicas de Centro, siendo el Director Asistencial quien, después de las consultas pertinentes y evaluación con el Equipo, decidirá su reincorporación o exclusión definitiva del mismo,

6 - PROTOCOLO DE VIDA COTIDIANA COMUNITARIA EN CENTRO

6.1. - Calendario: El personal laboral y los usuarios del Programa Asistencial se registrarán por un Calendario Anual y un Horario de Actividad semanal que establecerá el equipo asistencial. Técnicos y Educadores velarán para el correcto cumplimiento del mismo.

6.2. Actividades: Es responsabilidad del/la EDUCADOR/A DE GUARDIA, cumplir y hacer cumplir con las actividades diarias por cuanto deberá:

6.2.1 - Al inicio de la jornada: comprobará que el ayudante de soporte a la Cocina y Comedores del día se encuentre en condiciones de higiene y capacidad; disponga de todo lo necesario para llevar a buen término su tarea, incluyendo salud, cognitividad, aseo y uniforme en condiciones.

Revisará y resolverá las incidencias que puedan ocurrir durante el día en la guardia de Cocina durante los desayunos y cenas (cuando no está presente el personal responsable de cocina) llevando un registro de incidencias-accidentes en el libro de Incidencias de Guardia.

Si correspondiese una intervención sobre Seguridad Alimentaria, deberá cumplimentar los protocolos correspondientes, de acuerdo a la Ley 15/1983, de 14 de julio, para la higiene i el control alimentarios que fue modificada por las normas de higiene relativas a los productos alimentarios BOE núm. 50, de 27-2-96.

6.2.2 - A las horas previstas según el Horario semanal vigente hará los llamados pertinentes o encomendará a otra persona operadora el hacerlo:
Despertar -Limpieza general y/o de habitación individual-Desayuno-Inicio Actividad-Finalización en coordinación con Responsables de Talleres, Actividad-Almuerzo-Reuniones de grupo-Tiempo libre-Cena, u otras en coordinación con la/el Cocinera/o.

6.2.3 - Revisará que cada persona usuaria acuda a la actividad prevista para cada momento. Si no fuera así, se informará de los motivos y en supuesto de indisposición por presunta enfermedad lo comunicará al Equipo de Salud. Cuando se trate de inasistencia por enfermedad clara o discapacidad los médicos atenderán a la persona residente, dejando constancia escrita de la intervención, desde la enfermería del centro, uno de los médicos o el médico del ICS.

6.2.4 - A las horas acordadas, en reunión de equipo asistencial, supervisará y dispondrá la puesta en funcionamiento de la infraestructura necesaria para la buena marcha en las Actividades del Centro por lo que pondrá especial atención a lo siguiente:

- **Alumbrado general del Centro**, paseo diario por la noche y por la mañana para comprobar su uso y/o reponer los puntos de luz fallidos. (Función de delegación obligatoria bajo Control)
- **Control de accesos, puertas y espacios de seguridad:** sean las de acceso a la finca (portón) o las de los edificios. En especial, PB edificio B y Sector de

Despachos (Alarma y Cámaras de Vídeo-vigilancia) como puerta de comedores – cocina del Edificio A.

- **Control del suministro de elementos para la limpieza general de espacios comunes:** Si bien cuenta con el soporte del personal auxiliar, es responsable de los resultados en la *Fajina diaria del Centro*, la cual deberá revisar se haya hecho correctamente, extremo que debe ser consignado en el *documento expuesto para el sector, donde se registra la persona usuaria encargada*. Es responsabilidad de todo el equipo profesional, velar por el buen estado de las instalaciones y sugerir e indicar cambios para mejoras y/o reparaciones.
- **Control llaves los talleres,** debe conocer – en ausencia del responsable de taller - a quien puede dejar las llaves y a quien no, así como el devolverlas a su armario. En Carpintería se prohíbe la entrega de llaves – excepto emergencias – a cualquier persona; sólo al responsable de taller.
- **Control de habitaciones:** Orden y limpieza, a realizar como mínimo 2 veces por semana en acuerdo del equipo. Se llevará constancia escrita de las incidencias por habitación/persona, puntuando entre 0-5 el cuidado-orden de la misma, teniendo en cuenta la situación de inicio de su ocupante (cognitividad, cultura, salud, etc).

Para ello se habrá de tener presente:

a) Estado original de la habitación antes de ocupada. (Debe puntuar 5) En el supuesto se observen defectos o irregularidades, el extremo deberá quedar consignado para su reparación en el listado de entrega en bienes a la persona alojada.

b) Origen, hábitos, salud mental, física de su ocupante al ingresar.

c) Elementos a controlar:

Continente: Suelos, paredes, puertas, ventanas, luz, ventilador y OLOR.

Contenido aportado por el programa: mobiliario, cortinas, somier, equipos de baño, etc.

Elementos de la persona ocupante: Ropa de cama, ropa de uso, de trabajo y aseo. Orden de objetos expuestos, en la cajonería y en los armarios. *Existencia de ceniceros sucios o a la vista. (Prohibido)* En el supuesto de observar en sucesivas inspecciones “restos de cigarrillos, olor a tabaco reiterado, quemaduras por colillas o ceniceros expuestos” la persona ocupante pasará a quedar registrada como “Paciente Psicótico/a – Autorizado el Tabaco”

- Control de la calidad del agua potable para lo que medirá los niveles de cloro, a ser realizado todos los días y temperatura del agua. Estos extremos (prevención de enfermedades transmisibles por Salmonella - Legionella quedan bajo supervisión – registro de Félix y en Cocina por la Sra. Iman. Pese a lo anterior, en cada inicio de ocupación de 1 habitación vacía con baño, se habrá de dejar abiertos los grifos de pica y ducha al menos 3 minutos.
- Control de plagas y roedores, a realizar el primer sábado del mes. (Control de Registro)
- Control de Saneamiento general de edificios, a realizar los sábados.

6.2.5 – Medicamentos: Si la situación lo requiriese el Educador prepararía la medicación semanal que cada paciente tiene indicada basándose en la carpeta de pautas de

medicación. Dispensará la medicación a las horas previstas. Si se producen alteraciones o errores de medicación lo comunicará al médico o farmacéutica de inmediato, dejando constancia en el libro de Incidencias en Medicina-Farmacia como en la Hoja de seguimiento para el/la paciente.

6.2.6 – Libro de Control Entradas: Llevará un Registro control de Entradas y Permisos de Salidas del Centro para actividades generales de funcionamiento del mismo. Realizará los controles de alcoholemia y otras sustancias en orina recién emitida con los registros que se correspondan.

6.2.7 - Vigilancia: Conocerá en todo momento en que ubicación debería encontrarse cada usuario/a del Programa por lo que deberá contar con colaboración del equipo auxiliar y usuarios/as de confianza, siendo recomendable realice un recorrido diario por talleres e instalaciones.

6.2.8 – Acompañamientos: Cuando la situación lo requiera y no quede alterado el funcionamiento comunitario, acompañará a los pacientes a visitas con especialistas médicos externos al Centro. De igual forma, si el Programa no dispone de personal voluntario, el Educador les acompañará a trámites administrativos u otras obligaciones judiciales que tengan un carácter ineludible; EN SU DEFECTO lo hará el monitor de apoyo.

6.2.9 - En los regresos de permiso de fin de semana de los/as pacientes y junto al/la monitor de apoyo hará los registros y controles pertinentes dejando constancia de los resultados, emprendiendo acciones si la situación lo requiere; para lo que se guiará por los acuerdos tomados en las reuniones del equipo asistencial y en el Programa Asistencial del Centro.

7 - Protocolo de Taller: El encargado/a responsable de cada taller velará por el buen cumplimiento de las normativas de Seguridad – Formación con vistas a prevenir accidentes y registrar incidentes. Informará a los Educadores de las dificultades que se le presenten con los usuarios/as de su formación o pre-formación, cumplimentando con frecuencia mensual un breve cuestionario de evaluación individualizada. (Anexos)

8 - Cuidado Personal: Todos los pacientes seguirán unas normas de higiene diaria, tanto en lo personal como en el cuidado de sus habitaciones. Por lo que después de las actividades de taller se ducharán y cambiarán de ropa; antes de comidas se lavarán las manos y después de comer cepillarán sus dientes. (Anexos)

9 – Talleres - Salud: Todos los pacientes se habrán de integrar formando parte de uno u otro taller, en función de su estado de salud, sus habilidades, preferencias y posibilidades personales. La elección de taller la realizará su Tutor/a después de evaluar su paso por algunos existentes y en acuerdo con el Responsable de Talleres.

9.1 – Talleres de Formación Profesional - Adaptación de la Vida en Actividades Productivas.

Los talleres existen en Font Picant desde su concepción. Le guste o disguste a quienes no los realizan, en SMM se debe trabajar para *aprender haciendo* de acuerdo a cada capacidad, interés, motivación y/o resistencia, por lo menos unas 3 - 4 horas por día en equipo. Ello no se relaciona con la vida asalariada ni con el futuro del empleo en Catalunya. Tiene que ver con la necesidad de gozar en una tarea compartida con un resultado verificable y de mejora para unas instalaciones

inexistentes en 1992. Eso no lo vamos a cambiar; aquí se trabaja de lunes a viernes y se descansa en sábados, domingos y festivos en cumplimiento con el programa Sant Miquel Maifré, subvención 0,7% con cargo al IRPF desde 1997 y hasta 2013, en ejecución 2014.

9.1.1 – Taller de Construcción: Exteriores e Interiores:

- Planificación, replanteo y construcción de cimientos, muros en fábrica, piedra.
- Planificación, replanteo y ejecución de plazas, caminos, jardines, conducción de aguas superficiales.
- Planificación, replanteo y realización de enlucidos, alicatados, revestimientos exteriores como interiores.
- Planificación, replanteo y ejecución de saneamiento horizontal – vertical.

9.1.2 – Taller de Carpintería en hierro (forja).

- Planificación, ejecución para construcción de vallas, balconadas, tapas, registros, etc en hierro.

9.1.3 – Taller de Carpintería de Madera:

- Planificación, diseño y ejecución de mobiliario fijo para nuevos espacios..
- Planificación ejecución-restauración-adaptación de mobiliario adquirido.
- Soporte a taller de construcción en encofrados de cimentación o registros.
- Planificación, diseño y ejecución de piezas de torno para mobiliario.

9.1.4 – Taller de Instalaciones eléctricas – agua para consumo humano.

9.1.5 Talleres de Prevención de Recaídas o Asistencia en Sobredosis... Son de interesante aplicación en Medio Abierto (CAS y Organizaciones de Calle) pero se equivoca la Administración para extender tales acciones – rutina de trabajo desde nuestros inicios en épocas mucho mas duras por el consumo de heroína - ante problemas que no conocen; luego, cómo resolver, porque sencillamente “o no existen, o el problema está en otro sitio distinto del que están investigando”. Nosotros hablamos de habilidades sociales o profesionales en el devenir dialéctico de la Vida en comunidad proyectada el Medio Social, reforzando aspectos positivos y observando-registrando con sentido crítico para minimizar aquello que resulta ser negativo para la Persona Usuaría. Así; en cada intervención se realiza una actividad preventiva, de diagnóstico precoz y tratamiento – sin prejuicios ni resquemores – sobre el deseo de vivir o el riesgo de caer un tobogán depresivo.

El Sr. Laureano Hernández no enseña la robótica del camarero o la de los buenos modales. Sólo aplica la plantilla DAFO en lo individual o colectivo desde el ángulo empleo-empleador para que las Personas aprendan a analizar puntos fuertes y débiles en si mismas y en sus compañeros/as en relación a sus emociones, sus vínculos familiares, sociales, habilidades profesionales,etc. Luego; si no se sabe nada de anatomía y fisiología humana, poco se puede entender el efecto de alimentos, sustancias o medicamentos en el organismo, o se pueden explicar enfermedades, las cuales desde la CULTURA, pueden ser “algo controladas o minimizadas con la participación del/la propio/a paciente”. Otro tanto tiene que ver con la conducción de vehículos y el consumo de sustancias, la buena comunicación por carta o correo electrónico y su necesidad de saber ortografía e informática, las relaciones de pareja, los conocimientos básicos en Derecho Civil, o la programación de una vacaciones saludables con conocimientos de Geografía... etc, etc. Todo lo anterior y mucho mas, abre caminos posibles en la organización de un futuro de goce y sin mediación de sustancias.

Hoy en día – y en eso se está de acuerdo en todas partes – el tratamiento psico-biológico de las enfermedades mentales – como de las discapacidades físicas - no acaba con prescripciones y consultas, pero el biologismo psiquiátrico junto al conductismo puro y duro se imponen desde los

potentes intereses de la industria farmacéutica, la convivencia de profesionales de la Salud e ignorancia de los estamentos políticos. Pese a las clasificaciones internacionales, ese ensanchar la intervención psiquiátrica con muchas otras disciplinas relacionadas con la Salud – tal cual lo hemos venido haciendo a lo largo de treinta años desde la primera revista elaborada en el Consultorio – el tema se ha quebrado entre dispositivos “libres de drogas y médicos” a otros hospitalarios, libres de cualquier consideración psico-dinámica y social..

Diría como en el 2009, nuestro reto 2014-15 se vuelve a centrar en organizarnos aún mejor para optimizar el tiempo de estancia de cada persona a su necesidad de refuerzo psíquico, extremando esfuerzos para consolidar su abstinencia y realizar lo que mucho se menciona pero no se hace; o sea, prevención secundaria o terciaria: Aportando al/la paciente herramientas para que él o ella pueda reconducir su vida con el mínimo de soportes externos – muy importantes si existen – y el máximo de conocimientos hacia su valor interior, su entorno inmediato o posible, para cubrir sus necesidades post-comunitarias.

3 – Las Actividades Programadas por Calendario.

Este apartado apuntado en el 2009 redondea el proyecto, dado todo lo anterior carecería de sentido si no planteásemos un proyecto de actividades colectivas, lo temporalizásemos, ejecutásemos y finalmente lo evaluáramos. Estas actividades las estuvimos elaborando con Elvira en varias ocasiones y lo actualizo al día de hoy:

3.1 – Actividades con Familias:

Imprescindible: Por lo menos 3 reuniones de trabajo con familiares a lo largo del primer trimestre y otras 3 reuniones entre el segundo trimestre y tercero. Total 6 reuniones de 1 hora cada una en el centro y de ser posible en días de visita realizada por alguna de las psicólogas, educadores/as o médicos del centro. De ser factible, siempre realizaría la reunión con 2 personas del servicio presentes. Para ello deberá de confeccionarse un protocolo a rellenar al final de la reunión por el equipo y por la persona usuaria de resultados medibles.

Optativo: Visita de vivienda o lugar de familia a reincorporar la persona. Esto lo realizábamos en tiempos pasados con frecuencia, especialmente en el Raval con la Escola-Taller Ciutat Vella y en la actualidad sólo lo ha llevado a cabo Jesús Caldera y alguno que otro monitor. Creo al 2014 ninguno/a educador/a.

(2009) Las reuniones con familias habrán de estar protocolizadas y de ser posible autos-copiadas con cámara para su discusión y trabajo de grupo. (Auto-evaluación)

3.2 – Replanteo de Actividades de Grupo - fuera de aulas/talleres - Programadas:

3.2.1 – Actividades internas de carácter obligatorio y de acuerdo con calendario:

- a) Preparación y elaboración de proyecto temporalizado para Festejos de Fiestas Tradicionales. Incluye festividades españolas, de Catalunya y regionales-locales.
- b) Preparación y elaboración de calendario (santoral y onomástico) de las personas ingresadas para que se festejen aniversarios y santos de acuerdo con un guión y unos detalles para quienes los deseen o no deseen festejar.
- c) Preparación y elaboración de temas relacionados con las estaciones del año, el medio

ambiente y todas las medidas de conservación, debiéndose de establecer un plan de salidas al entorno, tertulias, trabajos y reuniones informales de 10-15 personas.

- d) Elaboración de Revista “El Coso” electrónica, traspasada a Facebook. Impulsar trabajos de investigación periódicos y artículos de opinión, fotografías, vídeos, etc; para incorporar en la página web de la fundación. La edición de la revista no puede menos que ser mensual o cada 2 meses como máximo.

3.2.2 – Actividades externas incorporadas al PTI y a los grupos:

- a) Salidas de Cohesión:

Mínimo 2 salidas durante el programa: La primera en el primer trimestre y la segunda durante el segundo o tercero. Tienen que ver con experiencias de vida en entorno natural (agreste o marino) de dos o tres días de duración con el soporte de 2 profesionales y en grupos no mayores de 15 personas. Se deberá establecer un calendario de estimación anual con alternativas trimestrales ajustadas a los grupos.

En estas cuestiones se habrá de evaluar la salida por los/as profesionales cumplimentando 2 cuestionarios:

- Número de participantes; sus nombres con autorizaciones/condiciones de salida-disciplina.
- Motivo de la excursión/visita. Vehículos. Recursos de Imágenes - Hora de salida y retorno.
- Evaluación de 10 preguntas evaluadas con el grupo de regreso a la CT.

- b) Salidas de Culturización:

Se prevén 6 salidas durante todo el proceso de rehabilitación (1/paciente cada 30 días) en días laborables y tendrán que determinarse por calendario fijo. Su tiempo no podrá suponer mas de 10 horas desde la salida del centro hasta el regreso. Se pondrá a disposición del grupo (si es mayor de 8 personas) un micro-bus para viajes culturales que abarquen al total de las personas residentes.

Los temas culturales habrán de ser: Historia y prehistoria de Catalunya; arquitectura social; arquitectura urbana, antigua, medieval - moderna; expresión artística en pintura, escultura, grabado, tapices, etc.(Museos) Las salidas obligarán a un trabajo de preparación, y a su evaluación mediante autos-copias, fotografías y redacciones que se deberán incorporar al dossier particular de cada alumno.

- c) Salidas de Relaciones familiares:

Se refieren a dos modelos (las que de manera irregular pero protocolizada a medias - se autorizan o realizan en la actualidad desde 2007) Las visitas de familia al centro deberían estar guiadas y/o supervisadas por un monitor o educador, debiéndose además resaltar los trabajos que la persona visitada ha venido realizando desde su ingreso.

La información de mínimos debe centrarse en las prohibiciones de consumir bebidas alcohólicas y sustancias psico-activas por el grupo familiar; en la prohibición de entregar dinero o realizar compras sin previa autorización por parte del equipo asistencial. Todo esto deberá de ser asentado en un formulario (protocolo de visitas concertadas) en el que se incluirá si se ha realizado no, una sesión de trabajo con los familiares, incluyendo además los documentos pertinentes con sus resultados, puntuables de 0-5.

El segundo modelo de salida es el más corriente: Solicitud escrita por parte del paciente y autorizada por el equipo asistencial a partir del 3º mes de estancia en el programa. Este extremo se cumple en parte pese a carecer de un protocolo claro y de utilidad terapéutica en el que participen todos los estamentos implicados. Muy a pesar de las evaluaciones en grupo que se realicen al retorno, desde los controles por presunto consumo a la evaluación en reuniones.

Los fines de semana autorizados no son tiempos libres para “lo que surja de acuerdo a como le sople el viento”. Deberán ser tiempos programados con familiares o con compañeros para la realización de actividades preparadas y más o menos previsibles, que reúnan unos mínimos indicadores de seguridad. Desde la perspectiva psicodinámica se me podrá objetar la propuesta como “imposible” o “absurda”, dado, la persona hará – una vez en libertad de decisión – hacer lo que le indique su estado de salud mental o su enfermedad.

En suma se podría afirmar que las salidas de fines de semana son “permisos” o “autorizaciones” que “otorga” todo el equipo asistencial a la persona en tratamiento, bajo unas condiciones específicas, que de no cumplirse se retiran, hasta que se modifiquen sustancialmente las circunstancias que dieron lugar a su incumplimiento por recaída u otro tipo de omisión, incumplimiento o complicación.

4 – Actividades de cada Educador/a:

De acuerdo con el PTI y sus distintas fases, educadoras y educadores habrán de actualizar sus programas a las exigencias de la realidad en el Centro SMM. Esto quiere decir que habrán de ajustar sus calendarios a las actividades propias, a las actividades internas coordinadas y a las externas, incluyendo la asistencia e información a familiares en aproximación al cumplimiento general de los Indicadores de Calidad consensuados (2001) y a la Guía General para las Buenas Prácticas del 2009.

Por lo pronto cada Educador/a deberá llevar un registro informatizado y en papel de su trabajo, tanto en lo que se refiere al grupo como a sus intervenciones individualizadas en tutoría o en relación a otras personas tutorializadas por otra/o compañera/o, dejando rastro de todas sus intervenciones a lo largo de su jornada laboral en cada espacio reservado de acuerdo a la naturaleza de los hechos.

La Guía establecida para aplicar después de vacaciones se lista y será enviada a cada Operador/a, a saber:

Confiabilidad de la Escala de Cambio - Abuso a Alcohol. (Completar con el CAGE)

Correlación - Alpha - Contenido (abajo) Respuestas (SI) o (NO) **Enfermería.**

- 13 Estando bajo efectos del alcohol, me he caído y me he lesionado
- 14 Mi forma de beber ha hecho que durante los últimos meses haya dejado de asistir a mi trabajo o a mi estudio
- 15 Cuando tomo, digo cosas sin sentido
- 17 Cuando tomo, vomito
- 18 Cuando tomo, he visto, oído o sentido personas o cosas que otros no ven
- 19 Cuando tomo, siento tanto gusto por la bebida que prefiero seguir tomando por encima de otras actividades que también me agradan
- 20 Durante el último año he llegado tarde a mi trabajo o estudio a causa de mi bebida
- 21 Cuando tomo, pierdo el hilo de la conversación
- 22 Durante los días en que no tomo, oigo, veo o siento personas o cosas que otros no sienten
- 23 Cuando tomo me pongo agresivo(a)

- 24 Mientras tomo pierdo momentáneamente la noción del lugar donde estoy
- 25 He convulsionado mientras tomaba o poco tiempo después
- 26 Cuando tomo digo cosas que después no recuerdo
- 27 Últimamente, yo tomo cuando se me presenta la oportunidad
- 29 He vomitado sangre mientras tomaba o poco tiempo después
- 30 Cuando estoy bajo los efectos del alcohol tengo que sostenerme para no caer
- 32 Durante los últimos meses ha habido en mi familia amenazas de abandono a causa de mi beber
- 33 Sudo más de lo acostumbrado poco después de que he dejado de tomar
- 34 Durante los últimos meses me han sancionado por conducir o usar máquinas bajo efectos del alcohol.
- 36 Durante los últimos meses he tenido problemas con la policía bajo efectos del alcohol
- 37 He perdido el sentido mientras tomaba o poco tiempo después
- 38 Cuando tomo me enredo para hablar
- 39 Siento que necesito tomar más alcohol u otras sustancias para poder dormir
- 40 Por beber, perdí mi trabajo o mi estudio durante los últimos meses
- 41 Mi forma de beber provocó que durante los últimos meses tuviera que irme de la casa
- 42 Durante los últimos meses fui suspendido de mi trabajo o estudio a causa de mi bebida

Confiabilidad de la escala de creencias favorables al consumo

- 1 Beber me produce una sensación excitante
- 2 Beber me produce ánimo
- 3 Me siento más feliz cuando bebo
- 4 Puedo conversar mejor con alguien que me atrae después de beber algunas copas
- 5 Beber me hace sentir más relajado(a) y menos tenso(a)
- 6 Beber me ayuda a divertirme con mis amigos
- 7 Los eventos donde hay bebida son más divertidos
- 8 Me siento más seguro(a) de mí mismo(a) cuando he bebido

Escala de Confiabilidad al Cambio (Pros)

- 11 Estoy pensando seriamente en disminuir la cantidad de alcohol que normalmente consumo
- 12 En el último año (12 meses), dejé de consumir alcohol de manera intencional por lo menos un mes
- 16 Deseo vehementemente dejar de consumir alcohol
- 28 Estoy pensando en dejar definitivamente de consumir alcohol
- 31 Actualmente planeo alguna forma para dejar de consumir alcohol
- 35 Planeo dejar de consumir alcohol y estoy decidido(a) a hacerlo

Confiabilidad de la escala de creencias desfavorables al consumo (Contras)

- 1 Si bebo podría terminar lastimando a alguien
- 2 Beber podría conducirme a ser adicto al alcohol
- 3 Beber me podría acarrear dificultades con la ley
- 4 Puedo lastimar a personas cercanas a mí cuando bebo demasiado
- 5 Algunas personas cercanas están decepcionadas de mí por beber
- 6 Podría herir accidentalmente a alguien por beber
- 7 Al beber estoy dándole un mal ejemplo a otros
- 8 La bebida me impide hacer lo que normalmente se espera de mí

Confiabilidad de las escalas de Motivaciones (tentaciones) y de Auto eficacia.

- 1 Cuando estoy interesado(a) en alguien
- 2 Cuando miro a otros que beben en un bar o en una fiesta
- 3 Cuando estoy muy preocupado(a)
- 4 Cuando estoy angustiado(a) debido a que he dejado de beber
- 5 Cuando tengo la urgencia de beber aunque sea un trago a ver qué sucede
- 6 Cuando pienso en beber una copa
- 7 Cuando las personas con las que suelo beber me animan a tomar un trago
- 8 Cuando siento que todo me está saliendo mal
- 9 Cuando me encuentro físicamente cansado(a)
- 10 Cuando me siento deprimido(a)
- 11 Cuando me siento abatido(a) por la frustración
- 12 Cuando las ganas de beber me cogen desprevenido(a)

- 13 Cuando me siento interiormente enojado(a)
- 14 Cuando siento algún dolor o malestar físico
- 15 Cuando quiero probar mi fuerza de voluntad para dejar de consumir bebidas alcohólicas
- 16 Cuando me ofrecen una bebida en una reunión social
- 17 Cuando me encuentro alegre o celebrando con otros
- 18 Cuando me encuentro de vacaciones y quiero relajarme
- 19 Cuando siento una necesidad física o un deseo intenso de beber alcohol
- 20 Cuando siento dolor de cabeza

Siguen las **Encuestas PTI** (opiniones de Personas Usuarias sobre “su percepción - situación” puntuada (1-5))

Plan Terapéutico Individual deSexo: F – M (círculo)
Evaluación 1 Fecha:**Edad:**.....**Taller:**.....

ENCUESTA SOBRE CONSUMO Y REPERCUSIÓN.

Tu breve historia de Consumo						
Indica desde el 1= nunca o excepcional, 2= En algunas ocasiones o temporadas 3 = Regular, 1 vez por semana. 4= De regular mas de 1 vez por semana a diario. 5= Diario en varias ocasiones.						
1	¿Has consumido alguna sustancia-droga en la infancia? (antes de los 12 años)	1	2	3	4	5
2	Consumo de bebidas con alcohol (cerveza, vino, licores, aguardiente, etc)	1	2	3	4	5
3	Consumo de café, Coca-Cola, Pepsi-Cola, Red-Bull, chocolate, otros.	1	2	3	4	5
4	Consumo de estimulantes fuertes: anfetaminas, cocaína, crack, basuco.	1	2	3	4	5
5	Consumo de Hachís, Cannabis (THC) o marihuana	1	2	3	4	5
6	Consumo de sustancias alucinógenas LSD, GHB, Ketamina, Mescalina.	1	2	3	4	5
7	Consumo de Heroína, Morfina, Metadona, Buprex u otros opiáceos.	1	2	3	4	5
8	Consumo de tabaco (cigarrillos)	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Tus tratamientos realizados o automedicación:						
Sigue los criterios del marco anterior.						
9	Uso de tranquilizantes menores (Diacepam, alprazolam, Lorazepam,etc)	1	2	3	4	5
10	Uso de tranquilizantes “mayores” (Quetiapina, Sinogan, Solian, etc)	1	2	3	4	5
11	Uso de antidepresivos, litio, carbamacepina u otros medicamentos	1	2	3	4	5
12	Medicamentos contra el alcohol: Naltrexona, Colme, Antabus, otros.	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Responde tu grado de acuerdo-desacuerdo con las siguientes afirmaciones:						
1= En total desacuerdo. 2= Poco de acuerdo. 3= Aceptable. 4= Bastante de acuerdo. 5= Absoluto acuerdo.						
13	Mis colegas y amigos compañeros/as de consumo son muy buena gente.	1	2	3	4	5
14	No me molestan los problemas que tenga otra gente con el alcohol y las drogas	1	2	3	4	5
15	Yo pude y podré controlar el consumo de alcohol-drogas si me trato bien.	1	2	3	4	5
16	Me gusta el alpiste, el buen rollo y las mujeres – u hombres cachondas/os.	1	2	3	4	5
17	Casi siempre me he colocado con mi pareja o el/ella me ha seguido el tren.	1	2	3	4	5
18	Los problemas de mí(s) pareja(s) han estado relacionados con el consumo.	1	2	3	4	5
19	Mi consumo de alcohol/drogas ha jodido mi relación de trabajo y familia.	1	2	3	4	5
20	Suelo salir a buscarme la vida en entornos de consumo; saco poco a mis hijos.	1	2	3	4	5
21	Tengo o tuve antecedentes penales pero no tengo causas judiciales.	1	2	3	4	5
22	Mis problemas de Salud no están relacionados al consumo de alcohol/drogas.	1	2	3	4	5

23	En el bar me lo paso mejor que discutiendo en casa con mi mujer o marido.	1	2	3	4	5
24	Ya me ponía a gusto de tanto en tanto a los 15 – 18 años	1	2	3	4	5
25	En ocasiones me ingresaron de Urgencias por asuntos de consumo excesivo.	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Comentarios de la persona que agregar:

Plan Terapéutico Individual de.....Sexo: F – M
ENCUESTA 2 Fecha:Tutor/a:.....Edad:.....

¿CÓMO TE SIENTES EN EL CENTRO?

Expresa tu proximidad a las siguientes afirmaciones:						
1= Casi nunca. 2= Ocasional. 3 = Regular poco frecuente 4= Con frecuencia semanal. 5= Todos los días.						
1	Siento Ansiedad, angustia, incluso a veces desesperación	1	2	3	4	5
2	Me siento deprimido/a con necesidad de llanto y pena constante	1	2	3	4	5
3	Estoy contento/a, eufórico/a, con grandes ideas sin que me hagan caso.	1	2	3	4	5
4	Pienso que falta terapia, tutoría. Que necesito mas atención por el equipo.	1	2	3	4	5
5	Me cuesta levantarme x las mañanas y me aburren las actividades y monitores.	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Cómo consideras las siguientes afirmaciones:						
1= Total desacuerdo. 2= Poco de acuerdo. 3= Acuerdo. 4= Muy de acuerdo. 5= Absoluto acuerdo.						
6	Mi higiene personal como cuidado de mi habitación deberían mejorar.	1	2	3	4	5
7	En las guardias me esfuerzo para hacerlas bien, pero podría implicarme mas.	1	2	3	4	5
8	Me tomo muy en serio las sesiones de psicología en la consulta.	1	2	3	4	5
9	Me resultan imprescindibles las sesiones de tutoría individual y soy puntual.	1	2	3	4	5
10	En las Sesiones de psicoterapia de Grupo casi siempre saco provecho.	1	2	3	4	5
11	Los grupos de teatro, música y juegos refuerzan mis lazos con el Grupo.	1	2	3	4	5
12	Me siento bien con los trabajos de taller en las mañanas.	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:						
1= Total desacuerdo. 2= Poco de acuerdo. 3= Acuerdo. 4= Muy de acuerdo. 5= Absoluto acuerdo.						
13	Aún me falta bastante para llegar a ser autocrítico/a con mi manera de ser.	1	2	3	4	5
14	Respeto a mis compañeros/as pero me cuesta cambiar de opinión.	1	2	3	4	5
15	Me suelo equivocar bastante aunque en ocasiones acierto de pleno.	1	2	3	4	5
16	Me fío de los consejos sabios. Luego me suelo llevar por intuición.	1	2	3	4	5
17	No miento; sólo que a veces no hablo o me reservo decir la verdad.	1	2	3	4	5
18	Me cuesta contar mis problemas; a pesar no los tenga muy claros.	1	2	3	4	5
19	Si me viene un bajón, me aparto o me propongo alguna faena para distraerme.	1	2	3	4	5
20	No soy perfecto/a aunque tengo mis puntos fuertes y soy de buena planta.	1	2	3	4	5
21	Cuando necesito algo no me impaciento ni agobio por no tenerlo rápido.	1	2	3	4	5
22	No me fío del todo en mi capacidad para auto-controlar mi adicción.	1	2	3	4	5

23	Seguro que en mi salida no tendré problemas para auto-organizarme solo/a.	1	2	3	4	5
24	En mis relaciones de persona a persona me llevo al huerto a quien sea.	1	2	3	4	5
25	En reuniones casi siempre logro eclipsar y convencer al grupo.	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Comentarios de la Persona que agregar: .

Plan Terapéutico Individual de.....Sexo: F – M
Encuesta 3 Fecha:Tutor/a:..... Edad:.....

CONDUCTA GRUPAL COMUNITARIA – RIESGOS.

Tu opinión sobre las afirmaciones siguientes en cuestión de Normas:						
1= Desacuerdo total 2= Desacuerdo parcial 3=Acuerdo a secas. 4= Muy de acuerdo. 5= Acuerdo absoluto.						
1	Tengo un claro conocimiento de las Normas de Convivencia Interna en SMM.	1	2	3	4	5
2	Las Normas de Convivencia son imprescindibles para elaborar mi proyecto.	1	2	3	4	5
3	Opino se cumplen las Normas de Convivencia y hay una aceptable disciplina.	1	2	3	4	5
4	No somos todos/as iguales y la Norma se debe aplicar con flexibilidad.	1	2	3	4	5
5	Tengo muy en cuenta consejos y directivas que me brinda el Equipo Profesional.	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Tu evaluación sobre las afirmaciones que tratan de tus Objetivos Individuales.						
1= En desacuerdo total 2= Desacuerdo parcial 3=Acuerdo a secas. 4= Muy de acuerdo. 5= Acuerdo absoluto.						
6	No tengo quejas ni nada que reprochar por las compras y gestión de mis gastos.	1	2	3	4	5
7	Estoy de acuerdo y apoyo el modelo de comunicación por teléfono	1	2	3	4	5
8	No tengo nada que reprochar por permisos de salida y visitas de familiares.	1	2	3	4	5
9	La comunidad Font Picant y mis compañeros/as son muy importantes para mi.	1	2	3	4	5
10	Mis compañeros/as de taller y monitor, son muy buena gente.	1	2	3	4	5
11	Si hay líos entre otros (compañeros/as) intento resolverlos colaborando.	1	2	3	4	5
12	La hoja de salida debería contener todo mi proyecto de fin de semana.	1	2	3	4	5
Sub-totales						

¿Tengo riesgo de Recaída? Expresa tu punteo para las siguientes afirmaciones.						
1= En desacuerdo total 2= Desacuerdo parcial 3=Acuerdo a secas. 4= Muy de acuerdo. 5= Acuerdo absoluto.						
13	El talego me mola en el cine pero me pega en las pelotas si me jode un madero.	1	2	3	4	5
14	Me gusta contar mis batallas de drogas a compañeros/as para que aprendan.	1	2	3	4	5
15	No somos todos/as iguales y es normal tenga amistad con un grupo reducido.	1	2	3	4	5
16	Yo cumpliré mi contrato firmado. Eso, si no me sale un trabajo antes.	1	2	3	4	5
17	Una cosa es la hoja de permiso de salida y otra lo que haga cuando estoy afuera.	1	2	3	4	5
18	La única mujer en quien confío es mi madre. Del resto con mucho cuidado.	1	2	3	4	5
19	El gran problema de España ha sido dejar entrar tantos extranjeros pobres.	1	2	3	4	5
20	Yo me curo solo/a limpiándome de alcohol/drogas sin necesidad de cuentos.	1	2	3	4	5
21	Éstos, no me van a cambiar la manera de pensar ni sentir en seis u ocho meses.	1	2	3	4	5
22	Sin apoyo de gente experta cuesta mucho salir del consumo. No lo veo claro.*	1	2	3	4	5
23	Si todo el mundo miente, ¿porqué yo no voy a mentir? Eso es humano.	1	2	3	4	5
24	Siempre afirmo, puedo ser un/a consumidor/a responsable y no recaer.	1	2	3	4	5

25	A pesar de dejar las drogas sigo enfermo/a y no me atienden como se debe.	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Observaciones – Comentarios que agregar:

Plan Terapéutico Individual de Sr/a.....Sexo: F – M
Encuesta 4 Fecha:Tutor/a:..... Edad:

TU OPINIÓN SOBRE COCINA – GUARDIAS – TALLERES EN GENERAL.

Afirmaciones sobre el Mantenimiento General en CT Sant Miquel Maifré:						
1= Total desacuerdo 2= Desacuerdo 3 = Acuerdo a secas 4= Bastante de acuerdo 5= Total acuerdo.						
1	Aunque en ocasiones falle, considero ser una persona puntual para casi todo.	1	2	3	4	5
2	Cumplo con rigor en las tareas de limpieza diarias y en sábados.	1	2	3	4	5
3	Antes de realizar una actividad consulto, me informo y después act�o.	1	2	3	4	5
4	Creo en espacios bien conservados; de mi bien hacer nos beneficiamos todos/as.	1	2	3	4	5
5	Debemos auto-exigirnos para vivir bien y mejorar lo que tenemos en FP.	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Mi opinión sobre las Afirmaciones en relación a las Guardias de apoyo a Cocina:						
1= Total desacuerdo 2= Desacuerdo 3 = Acuerdo a secas 4= Bastante de acuerdo 5= Total acuerdo.						
6	Soy puntual y bajo aseado/a (cuerpo, manos, cabello) a las Guardias	1	2	3	4	5
7	Cumplo con la Normas de Seguridad: Lavado de manos, mi uniforme y gorro.	1	2	3	4	5
8	Me interesa saber sobre Salud y Seguridad Alimentaria.	1	2	3	4	5
9	Lavaplatos, neveras, corta-embutidos, batidora, fuegos, deben quedar limpios.	1	2	3	4	5
10	Me esmero por el cuidado de cubiertos, vajilla, menaje a mi cargo.	1	2	3	4	5
11	Separo siempre y aviso lo hagan, los residuos biológicos de envases y papeles.	1	2	3	4	5
12	Me gusta ordenar y poner la mesa de los comedores como si se tratase de la mía.	1	2	3	4	5
13	Admito que una jornada de guardia es duro, pero se lleva bastante bien.	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Mi opinión sobre las actividades de Taller:						
1= Total desacuerdo 2= Desacuerdo 3 = Acuerdo a secas 4= Bastante de acuerdo 5= Total acuerdo.						
14	Soy puntual en los talleres, tanto en el inicio como por el final.	1	2	3	4	5
15	Tengo buenos conocimientos del oficio pero no los puedo demostrar.	1	2	3	4	5
16	Esto de “aprender – haciendo” me interesa y hace te sientas bien.	1	2	3	4	5
17	Tengo capacidad para comprender y aplicar la teoría en el oficio.	1	2	3	4	5
18	Siempre pueden contar con mi disponibilidad para cualquier faena.	1	2	3	4	5
19	Me gusta ver un trabajo acabado que sea de utilidad para todos/as.	1	2	3	4	5
20	Prefiero el Trabajo en Grupo que de hacerlo solo sin compañeros/as.	1	2	3	4	5
21	Siento enorme satisfacción por una tarea bien hecha y me gusta lo reconozcan.	1	2	3	4	5
22	Si s� de algo que sirve, me gusta enseñarlo a mis Compañeros/as.	1	2	3	4	5
23	Tengo costumbre de aportar ideas para trabajar mejor y hacer mejor las cosas.	1	2	3	4	5

24	Todos/as debemos cumplir con las Normas de Salud y Seguridad en el Trabajo.	1	2	3	4	5
25	Es imprescindible el buen cuidado y mantenimiento para usar las máquinas.	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Observaciones, comentarios que agregar:

Plan Terapéutico Individual de Sr/a.....Sexo: F – M

Encuesta 5 Fecha:Tutor/a:..... Edad.....

SOBRE TU INTEGRACIÓN SOCIAL Y TIEMPO LIBRE: Aproximación

Responde de acuerdo al grado de acuerdo que observes en las afirmaciones siguientes:

Mi situación al ingreso se caracterizaba por:						
1= Total desacuerdo. 2= desacuerdo 3= Algo de acuerdo. 4 De acuerdo. 5= Muy de acuerdo.						
1	La delincuencia ha sido una constante desde pequeño por mi barrio y familia.	1	2	3	4	5
2	He tenido conflictos con la policía, Mossos y algunos con la Justicia	1	2	3	4	5
3	Abandoné de estudios, y no creo en soportes sociales ni historias de asistencia.	1	2	3	4	5
4	No me confío por lo que dicen o cuentan en la radio, la TV y los periódicos.	1	2	3	4	5
5	Yo me he buscado la vida “a mi manera” pasando mucho de empresas y contratos.	1	2	3	4	5
Valor de corte <10 .		Sub-totales				

Afirmaciones sobre los sentimientos de adaptación o inadaptación a la Sociedad:						
1= Total desacuerdo. 2= desacuerdo 3= Algo de acuerdo. 4 De acuerdo. 5= Muy de acuerdo.						
6	Me gusta estar al día en asuntos violentos, relacionados con la delincuencia.	1	2	3	4	5
7	Tengo interés por espectáculos (TV, revistas, DVD) fuertes de marginales.	1	2	3	4	5
8	En casa mandan los hombres; ni las mujeres, niños ni maricas.	1	2	3	4	5
9	Hay días que uno necesita escaquearse. Buscarse la vida no es un delito.	1	2	3	4	5
10	Si recuerdo, haberlo pasado muy bien en tiempos de descontrol y consumo.	1	2	3	4	5
11	“Vender la moto” no es un pecado. Todos lo hacemos con alguna frecuencia.	1	2	3	4	5
12	El chorceo ha sido una constante en mis tiempos de consumo. Normal.	1	2	3	4	5
13	Disciplina, disciplina, no está mal; pero hay días que “paso de todo”.	1	2	3	4	5
Valor de corte <21		Sub-totales				

Cómo resolver el tiempo libre en Centro. Indica tu acuerdo con las siguientes frases:						
1= Total desacuerdo. 2= desacuerdo 3= Algo de acuerdo. 4 De acuerdo. 5= Muy de acuerdo.						
14	Colaboro con interés en actividades nuevas (festejos, salidas) propuestas.	1	2	3	4	5
15	Participo y me lo paso bien en las actividades programadas de fines de semana.	1	2	3	4	5
16	He propuesto alternativas para paliar la modorra en los domingos...eternos.	1	2	3	4	5
17	Uso mis recursos propios: lectura, informática, escritura, dibujo, pintura.	1	2	3	4	5
18	Aburrido/a, me intereso por la música, el dibujo, la escritura o me pongo a leer.	1	2	3	4	5
19	No me encierro en la habitación o la TV cuando me siento aburrido/a.	1	2	3	4	5
20	Prefiero gastar mi tiempo libre en tertulias, juegos, gimnasio, o un buen libro.	1	2	3	4	5
21	Me van las salidas compartidas al Medio Natural: setas, castañas, paseos, etc.	1	2	3	4	5
22	He propuesto, desearía organizar mejor y en grupo nuestro tiempo libre.	1	2	3	4	5
23	Suelo programar de antemano mi tiempo libre personal. Lo llevo bien.	1	2	3	4	5
24	En las propuestas de otros/as suelo apoyarlas y colaborar para que se realicen.	1	2	3	4	5

25	Pedir mas tiempo libre para ir a la cama es de “cara-duras”; un cachondeo.	1	2	3	4	5
Valor de corte <30		Sub-totales				

Observaciones – Comentarios que agregar:

Plan Terapéutico Individual de Sr/a.....Sexo: F – M
Encuesta 6 Fecha:Tutor/a:..... Edad:.....

Tus perspectivas de cara a la REINSERCIÓN SOCIAL – LABORAL -

Cómo lo tienes afuera para la ocasión de Alta en el Centro						
1= Muy desfavorable 2= Incierto 3= Medio favorable 4= Bastante favorable 5= Excelente						
1	Vivienda propia, alquilada o familiar segura.	1	2	3	4	5
2	Ingresos económicos asegurados como para vivir bastante bien.	1	2	3	4	5
3	Puedo afrontar cargas familiares sin problemas o no las tengo.	1	2	3	4	5
4	Carezco de otras obligaciones económicas que no pueda resolver si no consumo.	1	2	3	4	5
5	Cuento con amigos/as de apoyo no consumidores/as y con mi familia.	1	2	3	4	5
Valor de corte <10 .		Sub-totales				

Sobre tu ante-proyecto social. ¿Cómo puntúas las siguientes afirmaciones?						
1= Muy en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Medio de acuerdo 4= Bastante acuerdo 5= Acuerdo total.						
6	No estoy seguro/a haya resuelto mis problemas sociales, psicológicos y médicos	1	2	3	4	5
7	Mi plan de estancia y salida no es algo que pueda determinar con el calendario.	1	2	3	4	5
8	Me interesa mucho profundizar cada circunstancia de riesgo posible de recaída.	1	2	3	4	5
9	Hay coincidencia de mis planes con el equipo y el apoyo de mi familia.	1	2	3	4	5
10	Sí; creo en un futuro prometedor y alternativo al que tuve mientras consumía.	1	2	3	4	5
11	Me lo he venido trabajando muy bien, por etapas y me tengo confianza.	1	2	3	4	5
12	No creo que la gente pueda finalizar un programa con seis meses y hasta luego.	1	2	3	4	5
13	En permisos “me las he tenido duras” para lograr y elaborar una salida segura.	1	2	3	4	5
		Sub-totales				

Mis expectativas a la Salida del Programa SMM: Puntúa las siguientes afirmaciones.						
1= Muy en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Medio de acuerdo 4= Bastante acuerdo 5= Acuerdo total.						
14	Mi proyecto de futuro lo tengo trabajado y bastante claro hacia la abstinencia.	1	2	3	4	5
15	Si me han sugerido el Alta es porque me ven bien para continuar afuera.	1	2	3	4	5
16	Ya hemos acordado con el Equipo y el CAS mi futuro después del Alta.	1	2	3	4	5
17	Me interesa mucho gestionar y consolidar mi proyecto de Alta.	1	2	3	4	5
18	No me muevo ni motivo con el calendario ni por imposiciones de mi familia	1	2	3	4	5
19	Tampoco me ha determinado el plazo de mi primer “Contrato Asistencial”	1	2	3	4	5
20	Creo y pienso en positivo para que mi reinserción sea plena y si puedo, segura.	1	2	3	4	5
21	Guardo mucho respeto a los Riesgos de recaída. No las tengo todas conmigo.	1	2	3	4	5
22	No me marchó hasta que acuerde con el Equipo la mejor oportunidad de Alta.	1	2	3	4	5
23	Estoy vinculado/a a instituciones, asociaciones y espacios libres de consumo.	1	2	3	4	5

24	Arreglados mis asuntos legal-laborales, me vinculo al CAS y estoy preparado/a	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Observaciones, comentarios que agregar:

Plan Terapéutico Individual de Sr/a.....Sexo: F – M
Cuestionario Evaluación 1 Fecha:Tutor/a:.....

CONSUMO DE SUSTANCIAS Y MEDICAMENTOS - REPERCUSION (Visión Tutor/a)

1= nunca o excepcional, 2= Ocasional 3 = Regular, menos de 3 veces por semana. 4= Regular diario. 5= Diario de necesidad.						
1	Consumo de sustancias durante la infancia (alcohol, tabaco, hachís, otros)	1	2	3	4	5
2	Consumo de alcohol en UBE/semana	1	2	3	4	5
3	Consumo de estimulantes “menores” (cafeína, colas, té, etc.)	1	2	3	4	5
4	Consumo de estimulantes directos fuertes (anfetaminas, cocaína)	1	2	3	4	5
5	Consumo de Cannabis (THC) Hachís, marihuana	1	2	3	4	5
6	Consumo de sustancias alucinógenas LSD, GHB, Ketamina, Mescalina.	1	2	3	4	5
7	Consumo de heroína, morfina, metadona, pentazocina, buprenorfina, otros.	1	2	3	4	5
8	Tabaquismo: (Indicar edad de inicio).	1	2	3	4	5
Sub-totales						

De tratamientos realizados o automedicación: (ídem)						
9	Consumo de tranquilizantes menores (Diacepam, alprazolam, Lorazepam, etc)	1	2	3	4	5
10	Consumo de tranquilizantes “mayores” (Quetiapina, Sinogan, Solian, etc)	1	2	3	4	5
11	Consumo de antidepresivos, litio u otros medicamentos	1	2	3	4	5
12	Tratamientos con interdictores (Antabus, Colme) o Naltrexona.					
Sub-totales						

Posicionamiento para el Cambio: 1= nada favorable – 5= Muy favorable.						
13	Cómo valora el entorno de consumo anterior a su ingreso	1	2	3	4	5
14	Nivel de conciencia sobre su dependencia (de nula a muy intensa)	1	2	3	4	5
15	Relación positiva por “el auto-control de consumo” de sustancias - drogas	1	2	3	4	5
16	Tipología del discurso sobre su Problema (muy marginal – nada marginal)	1	2	3	4	5
17	Situación familiar/pareja en consumo (muy negativa a muy positiva)	1	2	3	4	5
18	Relación de pareja-hijos-familia consecuencia del consumo	1	2	3	4	5
19	Situación laboral – o actividad laboral	1	2	3	4	5
20	Situación social – actividad tiempo libre.	1	2	3	4	5
21	Situación jurídica: 1= Muy mala 5= Sin antecedentes civiles ni penales.	1	2	3	4	5
22	Su consideración sobre la repercusión en Salud del consumo	1	2	3	4	5
23	Su estado de Salud General (Impresión del/la tutor/a)	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Observaciones Tutor/a:

Plan Terapéutico Individual de Sr/a.....Sexo: F – M
Cuestionario Evaluación 2 Fecha:Tutor/a:.....

CONDUCTA

De la disposición anímica: 1= nunca o excepcional, 2= Ocasional 3 = Regular, menos 2 veces por semana. 4= Regular casi a diario. 5= Diario .						
1	Ansiedad, angustia, desesperación	1	2	3	4	5
2	Depresión, llanto, lamento	1	2	3	4	5
3	Euforia – manías – ideación extravagante.	1	2	3	4	5
4	Demandas, quejas por servicios, compañeros/as	1	2	3	4	5
5	Mal humor, indisposición, oposición	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Del orden, conducta general e interés : 1= Muy mal. 2= Regular. 3= Aceptable. 4= Muy bien. 5= Excelente.						
6	Higiene personal – habitación	1	2	3	4	5
7	Guardias de apoyo a Cocina, disponibilidad en ayuda a terceros/as	1	2	3	4	5
8	Asistencia e interés por sesiones de psicoterapia individual	1	2	3	4	5
9	Asistencia e interés por sesiones de tutoría individual	1	2	3	4	5
10	Asistencia- puntualidad -participación en Sesiones de psicoterapia de Grupo.	1	2	3	4	5
11	Participación e interés en otras clases y actividades de grupo.	1	2	3	4	5
12	Participación e interés en talleres por las mañanas.	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Evolución Cognitivo - conductual 1= Muy mal. 2= Regular. 3= Aceptable. 4= Muy bien. 5= Excelente.						
13	Grado de autocrítica	1	2	3	4	5
14	Aceptación del “Otro” y capacidad de rectificación.	1	2	3	4	5
15	Atribución de los errores y aciertos personales o de terceros.	1	2	3	4	5
16	Sinceridad	1	2	3	4	5
17	Interiorización, verbalización de los problemas personales	1	2	3	4	5
18	Estrategias ante las dificultades y bajadas de ánimo.	1	2	3	4	5
19	Autoestima	1	2	3	4	5
20	Aplazamiento de necesidades o demandas	1	2	3	4	5
21	Habilidades de auto-control	1	2	3	4	5
22	Autonomía personal	1	2	3	4	5
23	Capacidad seductora individual	1	2	3	4	5
24	Capacidad seductora en grupo.	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Observaciones de tutor/tutora:

Plan Terapéutico Individual de Sr/a.....Sexo: F – M
Cuestionario Evaluación 3 Fecha:Tutor/a:.....

CONDUCTA GRUPAL COMUNITARIA – RIESGOS.

De las Normas de Convivencia: 1= Nada favorable. 2= Poco favorable. 3= Aceptable 4= Muy bien. 5= Excelente						
1	Conocimiento de las Normas de Convivencia Interna	1	2	3	4	5
2	Cuestionamiento de las Normas de Convivencia Interna	1	2	3	4	5
3	Cumplimiento de las Normas de Convivencia Interna	1	2	3	4	5
4	Respeto del Derecho de los/as otros/as.	1	2	3	4	5
5	Seguimiento de los acuerdos con el Equipo Profesional.	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Evaluación de Objetivos Individuales: 1= Nada favorable. 2= Poco favorable. 3= Aceptable 4= Muy bien. 5= Excelente						
6	Sobre el uso de recursos económicos acordados (dinero de bolsillo)	1	2	3	4	5
7	Sobre uso de teléfonos como llamadas de familia en fines de semana	1	2	3	4	5
8	Coherencia en las salidas programadas por Salud o Permisos acordados.	1	2	3	4	5
9	De la integración (sentido de pertenencia) en la Comunidad Terapéutica.	1	2	3	4	5
10	Sobre su Integración en los Talleres	1	2	3	4	5
11	Reacción frente a los conflictos entre terceras personas.	1	2	3	4	5
12	Cumplimiento sobre los Acuerdos por trámites de Salidas.	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Evaluación de Riesgo en Recaídas 1= Nada favorable. 2= Poco favorable. 3= Aceptable 4= Muy bien. 5= Excelente						
13	Utilización de argot marginal	1	2	3	4	5
14	Recreo en temas relacionados con tiempos de consumo.	1	2	3	4	5
15	Tendencia a la formación de subgrupo o camarillas.	1	2	3	4	5
16	Devaluación del tiempo de estancia	1	2	3	4	5
17	Incumplimiento de los acuerdos de salida en fines de semana.	1	2	3	4	5
18	Sexismo – machismo.	1	2	3	4	5
19	Apología de la xenofobia	1	2	3	4	5
20	Descalificación a profesionales (fuesen del signo que fuesen)	1	2	3	4	5
21	Manipulación de las informaciones del origen que sea.	1	2	3	4	5
22	Aliento a conductas des-adaptativas de Compañeros/as.	1	2	3	4	5
23	Quejas somáticas reiteradas	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Observaciones Tutor/a:

Plan Terapéutico Individual de Sr/a.....Sexo: F – M
Cuestionario Evaluación 4 Fecha:Tutor/a:.....

COCINA – GUARDIAS – TALLERES EN GENERAL.

Del Mantenimiento General:						
1= Nada favorable, 2= Regular 3 = Medio favorable. 4= Muy favorable. 5= Excelente						
1	Puntualidad en las actividades desde desayuno a cena.	1	2	3	4	5
2	Cumplimiento de tareas adjudicadas en fajina diaria	1	2	3	4	5
3	Interés para informarse y realizar las actividades de manera responsable	1	2	3	4	5
4	Grado de constancia en la actividad asignada de mantenimiento.	1	2	3	4	5
5	Auto-exigencia en las actividades de mantenimiento / mejora.	1	2	3	4	5
Sub-totales						

De las Guardias de apoyo a Cocina:						
1= Nada favorable, 2= Regular 3 = Medio favorable. 4= Muy favorable. 5= Excelente						
6	Puntualidad y Aseo al inicio de las guardias de cocina.	1	2	3	4	5
7	Cumplimiento con normativas de Seguridad: Lavado de manos, uniforme, aseo.	1	2	3	4	5
8	Interés por aprender en Seguridad y Salud con los Alimentos.	1	2	3	4	5
9	Uso de los equipos fijos: lavaplatos, neveras, corta-embutidos, batidora, fuegos.	1	2	3	4	5
10	Cuidado de cubiertos, vajilla, menaje a cargo de la Guardia.	1	2	3	4	5
11	Tratamiento de los residuos con separación biológicos y envases/papeles.	1	2	3	4	5
12	Puesta de mesa en los comedores.	1	2	3	4	5
13	Resistencia en la actividad de la Guardia	1	2	3	4	5
Sub-totales						

De la Actividad en los Talleres:						
1= Nada favorable, 2= Regular 3 = Medio favorable. 4= Muy favorable. 5= Excelente						
14	Puntualidad	1	2	3	4	5
15	Nivel de entrada /conocimientos del oficio.	1	2	3	4	5
16	Interés por la actividad de “aprender – haciendo”	1	2	3	4	5
17	Capacidad para comprender y aplicar asuntos teóricos del oficio.	1	2	3	4	5
18	Disponibilidad	1	2	3	4	5
19	Motivación para cumplir en las actividades de taller.	1	2	3	4	5
20	Grado de cumplimiento personal en las partidas de obra acordadas	1	2	3	4	5
21	Integración para el Trabajo en Grupo	1	2	3	4	5
22	Satisfacción por la tarea bien hecha.	1	2	3	4	5
23	Transmisión de conocimientos a Compañeros/as.	1	2	3	4	5
24	Propuestas innovadoras o de cambio para un tipo de trabajo.	1	2	3	4	5

25	Cumplimientos de las Normas de Salud y Seguridad en el Trabajo.	1	2	3	4	5
26	Cuidado, mantenimiento, uso de máquinas fijas, manuales y herramientas.	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Observaciones Tutor/a:

Plan Terapéutico Individual de Sr/a.....Sexo: F – M
Cuestionario Evaluación 5 Fecha:Tutor/a:.....

SOCIOPATÍA Y TIEMPO LIBRE: Aproximación

Indicar desde el 1 al 5 de acuerdo con las cabeceras de los listados

Situación de marginación-delinuencia al ingreso :						
1= Nada favorable.2= Poco favorable 3= Medio favorable-4= Favorable. 5= Excelente						
1	Delincuencia en el entorno familiar y/o barrio	1	2	3	4	5
2	Valoración de los Cuerpos de Seguridad y la Justicia	1	2	3	4	5
3	Valoración de Servicios Públicos, Escuela y Organizaciones Sociales	1	2	3	4	5
4	Valoración sobre los Medios de Comunicación: Diarios, radio, TV	1	2	3	4	5
5	Valor sobre el trabajo asalariado por cuenta ajena.	1	2	3	4	5
Valor de corte <10 .		Sub-totales				

Inadaptación Social:						
5= Nada favorable.4= Poco favorable 3= Medio favorable-2= Favorable. 1= Excelente						
6	Interés por asuntos violentos relacionados con delincuencia	1	2	3	4	5
7	Interés por espectáculos (TV, revistas, DVD) violentos y/o marginales.	1	2	3	4	5
8	Expresión sexista, de taberna en contra de las mujeres y homosexuales	1	2	3	4	5
9	Conductas detectadas en CT, vinculables a actividades delictivas.	1	2	3	4	5
10	Recreo feliz de sucesos vividos como delincuente y marginal (él o ella)	1	2	3	4	5
11	Tendencia seductora para mentir con descaro (vender la moto mintiendo)	1	2	3	4	5
12	Interés por bienes ajenos (joyas, relojes, dinero, otros)	1	2	3	4	5
13	Sucesos reiterado de indisciplina con reclamo de “justicia” por el equipo.	1	2	3	4	5
Sub-totales						

De la Ocupación del Tiempo Libre en Centro:						
1= Nada favorable.2= Poco favorable 3= Medio favorable-4= Favorable. 5= Excelente						
14	Colaboración e interés en actividades nuevas (festejos, salidas) propuestas.	1	2	3	4	5
15	Participación en actividades de fin de semana: Juegos, piscina, auto-control.	1	2	3	4	5
16	Propuesta Individual alternativa ante el aburrimiento de los domingos	1	2	3	4	5
17	Uso de recursos propios: lectura, informática, escritura, dibujo, pintura.	1	2	3	4	5
18	Interés por la música, instrumentos musicales u otras actividades creativas.	1	2	3	4	5
19	Prescindir de la habitación y la TV tolerando cierto aburrimiento.	1	2	3	4	5
20	Uso compartido del tiempo libre: tertulias, juegos, gimnasio, otras.	1	2	3	4	5
21	Salidas compartidas al Medio Natural: setas, castañas, paseos, etc.	1	2	3	4	5
22	Iniciativas y programación en grupo del tiempo libre.	1	2	3	4	5
23	Previsión – programación previa del tiempo libre personal.	1	2	3	4	5
24	Participación activa en propuestas lideradas por otros/as.	1	2	3	4	5

	Sub-totales	
--	-------------	--

Observaciones Tutor/a:

Plan Terapéutico Individual de Sr/a.....Sexo: F – M
Cuestionario Evaluación 6 Fecha:Tutor/a:.....

REINSERCIÓN SOCIAL – LABORAL - Perspectivas

Indicar desde el 1 al 5 de acuerdo con las cabeceras de los listados

Situación social – familiar - laboral :						
1= nada favorable.2= Poco favorable 3= Medio favorable-4= Muy favorable 5= Excelente						
1	Vivienda	1	2	3	4	5
2	Ingresos económicos	1	2	3	4	5
3	Cargas familiares	1	2	3	4	5
4	Otras obligaciones económicas	1	2	3	4	5
5	Círculo de amistades/familia – no consumidoras – de apoyo.	1	2	3	4	5
Valor de corte <10 .		Sub-totales				

Ante-proyecto Social :						
1= nada favorable.2= Poco favorable 3= Medio favorable-4= Muy favorable 5= Excelente						
6	Interés por saber de sus asuntos sociales, psicológicos o médicos <i>precipitantes</i> .	1	2	3	4	5
7	Interés de llevar adelante un plan de estancia – salida viable o realizable.	1	2	3	4	5
8	Interés de profundizar en cada circunstancia de riesgo posible.	1	2	3	4	5
9	Coincidencia de planes con Equipo y Familia. (Si existe)	1	2	3	4	5
10	Recreo feliz en un futuro alternativo al de consumo.	1	2	3	4	5
11	Preparación por etapas acordadas de su proyecto social – laboral.	1	2	3	4	5
12	No determinación de plazos cerrados para dar por finalizada la estancia.	1	2	3	4	5
13	Resolución progresiva de obstáculos detectados en permisos.	1	2	3	4	5
		Sub-totales				

A la Salida del Programa:						
1= nada favorable.2= Poco favorable 3= Medio favorable-4= Muy favorable 5= Excelente						
14	Demuestra – aparte de verbalizar – un proyecto futuro realista posible.	1	2	3	4	5
15	Valora de manera positiva la Indicación de Alta por los/as profesionales.	1	2	3	4	5
16	Acuerda en positivo con el Equipo los recursos post-comunidad.	1	2	3	4	5
17	Demuestra interés y realiza gestiones para consolidar su proyecto de Alta.	1	2	3	4	5
18	No se determina por el calendario ni por imposiciones familiares.	1	2	3	4	5
19	No se determina por el primer “Contrato Asistencial”	1	2	3	4	5
20	Observa expectativas positivas y felices para su reinserción plena.	1	2	3	4	5
21	Observa respeto a los Riesgos de Recaída.	1	2	3	4	5
22	Interactúa de manera correcta para el acuerdo de oportunidad al Alta.	1	2	3	4	5
23	Se vincula a instituciones, asociaciones y espacios libres de consumo.	1	2	3	4	5

24	Gestiona asuntos legales previos al Alta terapéutica y se vincula al CAS.	1	2	3	4	5
Sub-totales						

Observaciones Tutor o Tutora:

Como habréis visto, nos faltan tiempos y sobran los “pendientes”. En la próxima reunión se abordará el tema sobre los modelos de clases – actividades colectivas, que se pretenden impulsar, su temario, temporización, registro y evaluación, las cuales – se entiende según acuerdos alcanzados en reuniones de gestión mensual – deberán ser simplificadas para su mejor evaluación.

Con afecto

Juan Pedro Montero.

Susqueda – Osor; 23 de abril del 2009 – 5 de setiembre 2014.