

FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN

REDUCCIÓN DE DAÑOS EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

MÓDULO 4

Identificación de Daños, Planificación y Acción

Módulo: 4 de 6

Autor: J.Cancio

Nivel: Especialización

Año: 2025

■ DESCRIPCIÓN DEL MÓDULO

Este cuarto módulo desarrolla las Fases 3 y 4 del proceso metodológico de la RRDD: la **identificación de los daños presentes en la vida de la persona** y la **planificación y puesta en marcha de las acciones para reducirlos**.

Si en los módulos anteriores se trabajó el conocimiento de la persona y de su patrón de consumo, aquí se da el paso hacia la intervención directa: qué daños concretos existen, qué objetivos se van a plantear para reducirlos y cómo se va a trabajar para alcanzarlos.

El instrumento central de este módulo es el **Plan de Acción Individual (PAI)**: un documento vivo, co-construido con la persona, que organiza y orienta todo el proceso de intervención.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

OBJETIVO GENERAL

Capacitar al alumnado para identificar los daños presentes en las distintas dimensiones vitales de la persona, diseñar objetivos de reducción ajustados a su realidad y elaborar un Plan de Acción Individual como instrumento operativo del proceso de intervención en RRDD.

**OBJETIVOS
ESPECÍFICOS**

- Identificar las ocho dimensiones de daño sobre las que trabaja la RRDD.
- Aplicar herramientas específicas de evaluación del daño: APQ y entrevista por dimensiones.
- Formular objetivos de reducción de daños utilizando la metodología SMART.
- Elaborar un Plan de Acción Individual (PAI) ajustado a cada persona.
- Comprender el papel de la derivación a la red especializada en drogodependencias.
- Distinguir entre el plan como documento vivo y el plan como imposición externa.

BLOQUE A · FASE 3: IDENTIFICACIÓN DE LOS DAÑOS A REDUCIR**SECCIÓN 1 · EL CONCEPTO DE DAÑO EN LA RRDD: UNA MIRADA
MULTIDIMENSIONAL****1.1 Más allá del daño físico**

En el imaginario social, los daños asociados al consumo de drogas tienden a reducirse a su dimensión más visible: el deterioro físico. Sin embargo, esta visión es incompleta y puede llevar al profesional a pasar por alto aspectos igualmente relevantes para la calidad de vida de la persona.

La RRDD adopta una perspectiva **biopsicosocial** del daño: considera que las consecuencias del consumo pueden manifestarse en múltiples esferas de la vida de una persona, de forma simultánea, acumulativa e interrelacionada. Identificar estos daños con precisión es el punto de partida imprescindible para cualquier intervención realmente personalizada.

■ DAÑO REAL, NO DAÑO SUPUESTO

Un principio fundamental de la RRDD establece que solo se interviene sobre los daños que la propia persona reconoce como tales o que pueden ser evidenciados objetivamente. No se trabaja sobre lo que el profesional considera dañino según sus propios valores o su percepción del consumo. El punto de partida siempre es la perspectiva de la persona.

1.2 Las ocho dimensiones de daño

El marco de análisis de daños de la RRDD organiza las posibles consecuencias del consumo en ocho dimensiones vitales. Para cada una se incluyen los contenidos a explorar y las preguntas orientadoras que pueden guiar la conversación con la persona:

Nº	DIMENSIÓN	CONTENIDO	PREGUNTAS ORIENTADORAS
----	-----------	-----------	------------------------

1	SALUD FÍSICA	Estado general de salud, presencia de enfermedades asociadas al consumo (VIH, hepatitis, tuberculosis, cardiopatías), descuido de la atención sanitaria, nutrición deficiente, higiene personal.	<i>¿Ha acudido a algún médico recientemente? ¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada? ¿Ha tenido sobredosis o situaciones de urgencia relacionadas con el consumo?</i>
2	FUNCIONAMIENTO Y DEPENDENCIA	Nivel de dependencia física y/o psicológica a las sustancias, presencia de síndrome de abstinencia, capacidad para controlar la conducta de consumo, craving.	<i>¿Ha intentado reducir o dejar el consumo alguna vez? ¿Qué ocurrió? ¿Experimenta malestar físico o psicológico cuando no consume?</i>
3	DESARROLLO PERSONAL	Autoestima, autoconcepto, proyecto de vida, capacidades y habilidades personales, historia de logros y fracasos, recursos internos disponibles.	<i>¿Cómo se describe a sí misma/o? ¿Qué cosas valora de sí misma/o? ¿Tiene algún proyecto o sueño vital al que aspira?</i>
4	CIUDADANÍA Y DERECHOS	Acceso y ejercicio de derechos básicos: vivienda, documentación, prestaciones sociales, atención sanitaria, participación cívica, situación administrativa.	<i>¿Dispone de documentación en regla? ¿Tiene acceso a prestaciones económicas? ¿Tiene vivienda estable? ¿Conoce los recursos a los que tiene derecho?</i>
5	DIMENSIÓN SOCIAL	Red de apoyo social, calidad de las relaciones interpersonales, aislamiento, conflictos relacionales asociados al consumo, red de consumo vs. red de apoyo.	<i>¿Con quién se relaciona habitualmente? ¿Hay personas de su entorno que consuman? ¿Siente que puede contar con alguien cuando lo necesita?</i>
6	DIMENSIÓN ECONÓMICA	Ingresos disponibles, deudas relacionadas con la obtención de sustancias, gestión del dinero, situación de precariedad o exclusión económica.	<i>¿De qué ingresos dispone? ¿Destina una parte significativa al consumo? ¿Tiene deudas? ¿Ha tenido que recurrir a actividades ilegales para financiar el consumo?</i>
7	DIMENSIÓN LABORAL	Situación laboral actual, impacto del consumo en el rendimiento o en la continuidad del empleo, historia laboral, formación y empleabilidad.	<i>¿Trabaja actualmente? ¿El consumo ha afectado alguna vez a su trabajo? ¿Ha perdido empleos relacionados con el consumo?</i>
8	OCIO Y TIEMPO LIBRE	Actividades de ocio y tiempo libre, capacidad de disfrutar de actividades no relacionadas con el consumo, espacios y contextos de socialización saludable.	<i>¿Qué hace en su tiempo libre? ¿Hay actividades que disfrutaba antes y ha abandonado? ¿El ocio está vinculado principalmente al consumo?</i>

■ ORIENTACIÓN PARA LA EXPLORACIÓN DE DAÑOS

No es necesario —ni recomendable— explorar las ocho dimensiones de forma exhaustiva en una sola sesión. El profesional prioriza aquellas dimensiones en las que la propia persona ha referido mayor impacto o en las que la observación directa evidencia mayor deterioro. La exploración debe hacerse con la misma actitud empática y no evaluativa que cualquier otro instrumento de la RRDD.

SECCIÓN 2 · HERRAMIENTAS DE IDENTIFICACIÓN DE DAÑOS

2.1 El APQ: Alcohol Problems Questionnaire

El **APQ (Alcohol Problems Questionnaire)** es un instrumento estandarizado compuesto por **44 ítems** que evalúa específicamente los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Su aplicación está restringida a este tipo de consumo y no es adecuado para otras sustancias.

El cuestionario se organiza en cuatro bloques, cada uno orientado a un ámbito vital diferente. Su valor reside en que permite detectar áreas de daño que la persona podría no mencionar espontáneamente en la entrevista, al plantear situaciones concretas y reconocibles:

BLOQUE GENERAL (Preguntas 1-20)	Evalúa los problemas generales relacionados con el consumo de alcohol: salud física, conducta bajo los efectos, accidentes, conflictos legales, gestión económica, comportamiento en el hogar y cumplimiento de responsabilidades básicas.
BLOQUE DE PAREJA (Preguntas 21-28)	Explora el impacto del consumo sobre la relación de pareja: conflictos, comunicación, violencia, alejamiento afectivo, vida sexual y percepción de la pareja sobre el consumo.
BLOQUE DE HIJOS/AS (Preguntas 29-36)	Analiza las consecuencias del consumo en la relación con los hijos e hijas: atención, cuidados, presencia emocional, conflictos, y percepción de los hijos sobre el consumo del progenitor.
BLOQUE LABORAL (Preguntas 37-44)	Recoge la afectación del consumo en el ámbito laboral: absentismo, rendimiento, conflictos con compañeros o superiores, pérdida de empleos y dificultades para mantener la actividad profesional.

El APQ debe aplicarse siempre con la mediación del profesional, nunca como un autoinforme entregado sin contexto. Las respuestas generan un espacio de conversación sobre situaciones concretas, no una puntuación diagnóstica.

2.2 La Entrevista de Daños por Dimensiones

Para el resto de sustancias y como complemento al APQ, se utiliza una **entrevista semiestructurada de daños por dimensiones**. A diferencia del APQ, que trabaja con ítems cerrados, esta entrevista permite una exploración abierta y contextualizada de cada dimensión.

Su aplicación parte de las preguntas orientadoras descritas en la tabla de las ocho dimensiones y se adapta al perfil y al momento de cada persona. El objetivo no es cubrir todas las dimensiones de manera mecánica, sino identificar aquellas en las que el consumo ha generado —o está generando— consecuencias concretas sobre las que la persona esté dispuesta a trabajar.

■ DE LA IDENTIFICACIÓN AL PLAN: EL PUENTE

La identificación de daños no es un fin en sí misma. Su utilidad radica en que proporciona la materia prima para diseñar los objetivos del Plan de Acción Individual. Sin una identificación rigurosa de los daños presentes, el plan carece de base real y los objetivos serán genéricos e ineficaces.

BLOQUE B · FASE 4: PLANIFICACIÓN Y ACCIÓN

SECCIÓN 3 · FORMULACIÓN DE OBJETIVOS: LA METODOLOGÍA SMART

3.1 ¿Por qué necesitamos criterios para formular objetivos?

Una de las debilidades más frecuentes en los planes de intervención social es la formulación de objetivos vagos e imposibles de evaluar: «mejorar la calidad de vida», «reducir el consumo», «fortalecer las habilidades sociales». Estos enunciados suenan razonables, pero no orientan la acción ni permiten verificar si se han conseguido.

La metodología **SMART** proporciona cinco criterios concretos para transformar una intención difusa en un objetivo operativo, evaluable y significativo para la persona. Su aplicación en RRDD no solo mejora la calidad técnica del plan: también incrementa la implicación de la persona, porque un objetivo claro y alcanzable genera compromiso real, mientras que un objetivo inalcanzable genera frustración.

S ESPECÍFICO (Specific)	El objetivo debe describir con precisión qué va a cambiar, cómo y en qué circunstancias. Cuanto más concreto, más fácil de evaluar y de comprometer a la persona.	✗ «Quiero consumir menos» ✓ «Quiero no consumir alcohol los días laborables»
---	--	--

M MEDIBLE (Measurable)	Debe ser posible verificar si el objetivo se ha alcanzado o no. Esto requiere definir indicadores observables y cuantificables.	✗ «Quiero mejorar mi salud» ✓ «Quiero acudir al médico al menos una vez al mes»
A ALCANZABLE (Achievable)	El objetivo debe ser realista para la situación actual de la persona. Un objetivo inalcanzable genera frustración y refuerza la sensación de fracaso.	✗ «Voy a dejar de consumir totalmente mañana» ✓ «Esta semana no voy a consumir más de dos días»
R RELEVANTE (Relevant)	El objetivo debe ser significativo para la persona: debe conectar con sus propias motivaciones, valores y prioridades vitales.	✗ Un objetivo que el profesional considera importante pero la persona no valora ✓ Un objetivo que la persona ha identificado como prioritario para su calidad de vida
T TEMPORAL (Time-bound)	El objetivo debe tener un plazo definido. La temporalidad crea estructura y permite evaluar el avance en momentos concretos.	✗ «Quiero mejorar mi situación laboral algún día» ✓ «En los próximos 30 días voy a actualizar mi currículum y enviar tres solicitudes»

3.2 Consideraciones para la aplicación de SMART en RRDD

La metodología SMART, desarrollada originalmente en el ámbito de la gestión empresarial, requiere algunas adaptaciones cuando se aplica en el contexto de la RRDD:

- **El criterio de «alcanzable» es el más delicado.** El profesional debe resistir la tentación de fijar objetivos demasiado ambiciosos para «motivar» a la persona. Un objetivo inalcanzable en el corto plazo genera el efecto contrario. Es preferible un objetivo modesto que se cumpla a un objetivo ambicioso que fracase.
- **La «relevancia» la define la persona, no el profesional.** Un objetivo técnicamente perfecto pero que no conecta con lo que la persona valora tendrá escasa implicación práctica. El criterio R obliga al profesional a escuchar antes de proponer.
- **El plazo debe ser negociado.** Un plazo demasiado corto genera ansiedad; uno demasiado largo diluye la sensación de urgencia. El plazo óptimo es el que la propia persona considera razonable para su situación actual.
- **Los objetivos pueden revisarse.** Si en la revisión del plan se comprueba que un objetivo era demasiado exigente o poco relevante, se reformula sin que ello suponga un fracaso. El ajuste forma parte del proceso.

SECCIÓN 4 · EL PLAN DE ACCIÓN INDIVIDUAL (PAI)

4.1 ¿Qué es el Plan de Acción Individual?

El **Plan de Acción Individual (PAI)** es el instrumento central de la fase de acción en la RRDD. Es el documento que recoge, de forma organizada y acordada, los daños identificados, los objetivos de reducción formulados en formato SMART y las acciones concretas que se van a llevar a cabo para alcanzarlos.

Conviene aclarar desde el principio qué **no es** el PAI: no es un contrato de obligado cumplimiento, no es un formulario burocrático que se archiva tras su firma y no es una imposición profesional. Su naturaleza es radicalmente distinta.

■ EL PAI COMO DOCUMENTO VIVO

El Plan de Acción Individual es un **documento vivo**: se elabora con la persona, se revisa periódicamente con ella, se actualiza cuando cambian las circunstancias y se adapta cuando los objetivos iniciales ya no son pertinentes o han sido superados. Su valor no reside en el documento en sí, sino en el proceso de reflexión y acuerdo que representa.

4.2 Estructura del Plan de Acción Individual

Si bien el formato puede adaptarse a cada servicio o dispositivo, un PAI completo incluye habitualmente las siguientes secciones:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	Nombre (o clave de anonimato si procede) · Fecha de inicio del plan · Profesional responsable · Servicio o dispositivo · Fecha de próxima revisión
ANÁLISIS DE SITUACIÓN (síntesis)	Resumen de los principales elementos del análisis de situación y del patrón de consumo: sustancias consumidas, frecuencia, patrón, etapa del cambio y motivación actual.
DAÑOS IDENTIFICADOS POR DIMENSIONES	Listado de los daños identificados en las dimensiones relevantes para esta persona. Solo se incluyen aquellas dimensiones en que se han detectado daños concretos.
OBJETIVOS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS	Objetivos formulados en formato SMART, acordados con la persona. Se distingue entre objetivos a corto plazo (hasta 1 mes) y medio plazo (hasta 3 meses).

ACCIONES Y RESPONSABLES	Para cada objetivo: qué acciones concretas se van a llevar a cabo, quién es responsable de cada acción (la persona, el profesional, derivación externa) y en qué plazo.
RECURSOS Y APOYOS	Recursos personales de la persona (fortalezas, red de apoyo) y recursos externos activados o a activar (servicios sanitarios, sociales, comunitarios).
FIRMA Y FECHA	El plan debe ser firmado por la persona y el profesional como expresión del acuerdo alcanzado. La firma refuerza el compromiso mutuo y la naturaleza participativa del proceso.

4.3 Ejemplo orientativo de un PAI simplificado

A continuación se presenta un ejemplo ficticio y simplificado de cómo se organizan los elementos del PAI en la práctica. Los datos y situaciones son completamente inventados con fines formativos:

DIMENSIÓN	DAÑO IDENTIFICADO	OBJETIVO SMART	ACCIÓN / RESPONSABLE	PLAZO
Salud física	No ha acudido al médico en más de un año. Diagnóstico de hepatitis C pendiente de seguimiento.	Concertar y acudir a una cita con el médico de cabecera antes del 30 del mes en curso.	La persona concerta la cita. El profesional proporciona el teléfono y acompaña si es necesario.	1 mes
Económica	Destina el 60% de sus ingresos al consumo de heroína. Tiene deudas con dos personas del entorno.	Reducir el gasto semanal en sustancias en un 30% en los próximos 45 días.	Registro semanal de gastos. Explorar acceso a programa de mantenimiento con metadona.	45 días
Social	Red relacional exclusivamente vinculada al consumo. Sin contacto con familia desde hace 8 meses.	Establecer contacto telefónico con al menos un familiar en los próximos 30 días.	La persona identifica a quién quiere contactar. El profesional trabaja la preparación emocional.	1 mes
Ocio	No realiza ninguna actividad de ocio no vinculada al consumo.	Participar en al menos una actividad de ocio alternativa por semana durante un mes.	El profesional facilita información sobre recursos comunitarios. La persona elige la actividad.	1 mes

Este ejemplo incluye solo cuatro dimensiones por razones de espacio. En la práctica, el PAI puede incluir tantas dimensiones como sean relevantes para la persona, priorizando siempre aquellas que ella misma considera más urgentes.

4.4 Principios para la elaboración del PAI

La calidad del PAI no se mide por su extensión ni por la sofisticación de sus objetivos. Se mide por el grado de participación real de la persona en su elaboración y por la viabilidad concreta de los compromisos que recoge. Algunos principios orientadores:

◆ **Partir de los propios recursos**

Antes de identificar necesidades y déficits, el profesional debe explorar y visibilizar los recursos, fortalezas y capacidades de la persona. El PAI se construye sobre lo que ya existe, no exclusivamente sobre lo que falta.

◆ **Priorizar los objetivos de la persona**

Si la persona y el profesional no coinciden en qué dimensión abordar primero, la prioridad la tiene siempre la persona. La implicación es condición de eficacia.

◆ **Trabajar por pasos pequeños**

Es más eficaz acordar tres objetivos modestos que la persona puede alcanzar que diez objetivos ambiciosos que generan agobio y abandono.

◆ **Registrar los avances, no solo los logros**

El plan debe recoger también los intentos, los aprendizajes de las dificultades y los cambios parciales. No todo avance es un objetivo cumplido al 100%.

◆ **Mantener una actitud no punitiva ante el incumplimiento**

Si un objetivo no se alcanza, el profesional no adopta una actitud sancionadora. Analiza con la persona qué ocurrió, qué dificultó el avance y si el objetivo debe reformularse o mantenerse.

SECCIÓN 5 · LA DERIVACIÓN A LA RED DE ATENCIÓN A DROGODEPENDENCIAS

5.1 La RRDD no es un sistema aislado

Los servicios y programas de Reducción de Daños forman parte de un sistema más amplio de atención a las personas con consumos problemáticos. En determinadas situaciones, la intervención desde la RRDD debe articularse con otros recursos especializados de la red de atención a drogodependencias.

La derivación no implica abandonar a la persona ni interrumpir el acompañamiento. Al contrario: el profesional de RRDD puede seguir siendo la figura de referencia mientras la persona accede a otros recursos. La coordinación entre dispositivos es un elemento de calidad de la intervención, no una transferencia de responsabilidad.

5.2 Supuestos que orientan la derivación

SUPUESTO DE DERIVACIÓN	ORIENTACIÓN
------------------------	-------------

Dependencia grave con síndrome de abstinencia activo	Precisa desintoxicación médica supervisada. La RRDD se mantiene como marco de acompañamiento pero los objetivos de estabilización médica requieren recursos especializados.
Patología dual (consumo + trastorno mental grave)	La coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo requiere una intervención coordinada entre salud mental y la red de atención a drogodependencias.
Solicitud explícita de tratamiento de desintoxicación	Si la persona expresa el deseo de iniciar un proceso de abstinencia asistida, el profesional facilita el acceso a la red especializada sin abandonar el acompañamiento.
Riesgo de sobredosis inmediato	La persona presenta un consumo de alto riesgo con episodios frecuentes de pérdida de conciencia o sobredosis. Se activan recursos de urgencia y se valora el acceso a naloxona.
Consumo por vía intravenosa sin acceso a material estéril	Se activan los recursos de reducción de daños específicos: programas de intercambio de jeringuillas, unidades móviles y dispositivos de baja exigencia.

5.3 Principios de la derivación en RRDD

La derivación debe gestionarse respetando los principios que rigen toda la intervención en RRDD. Algunos criterios específicos:

- **Con el consentimiento informado de la persona:** nadie es derivado sin saber a dónde va, por qué y qué implica.
- **Sin exigir abstinencia previa:** la mayoría de los recursos de la red de drogodependencias han adoptado el principio de baja exigencia.
- **Manteniendo la continuidad del vínculo:** el profesional de RRDD acompaña el proceso de derivación y hace seguimiento.
- **Conociendo los recursos:** el profesional debe conocer la red de atención local para poder orientar con criterio.
- **Sin abandonar a las personas que rechazan la derivación:** si la persona no desea acceder a la red especializada, se sigue trabajando desde la RRDD con los recursos disponibles.

SECCIÓN 6 · SÍNTESIS Y CONCEPTOS CLAVE DEL MÓDULO

8 dimensiones de daño	Marco de análisis que identifica los ámbitos vitales en que el consumo puede generar consecuencias negativas: salud, dependencia, desarrollo personal, ciudadanía, social, económico, laboral y ocio.
------------------------------	---

APQ	Alcohol Problems Questionnaire. Instrumento de 44 ítems que evalúa el daño relacionado con el consumo de alcohol en cuatro ámbitos: general, pareja, hijos/as y trabajo. Solo aplicable a alcohol.
Entrevista por dimensiones	Herramienta semiestructurada que explora los daños en cada una de las ocho dimensiones, con preguntas específicas adaptadas a cada una.
Objetivo SMART	Criterios para la formulación de objetivos: Específico, Medible, Alcanzable, Relevante y Temporal. Garantizan que el objetivo es operativo y evaluable.
Plan de Acción Individual (PAI)	Documento vivo y co-construido que recoge los daños identificados, los objetivos acordados, las acciones a realizar y los plazos. Se actualiza a lo largo del proceso.
Documento vivo	El PAI no es un formulario estático que se rellena una sola vez. Es un instrumento dinámico que se revisa, actualiza y adapta en función de la evolución de la persona.
Co-construcción	El PAI se elabora con la persona, no para la persona. Los objetivos son acordados y los compromisos son mutuos. Sin participación activa de la persona, el plan carece de eficacia.
Derivación	Proceso de articulación con otros recursos o servicios especializados cuando la situación de la persona requiere una intervención que supera las competencias del dispositivo de RRDD.
Red de drogodependencias	Conjunto de servicios especializados en el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias: centros de atención ambulatoria (CAD), comunidades terapéuticas, unidades de desintoxicación.
Baja exigencia	Principio de los servicios de RRDD que establece que el acceso a los recursos no puede condicionarse a la abstinencia ni a ningún requisito de cambio previo.

SECCIÓN 7 · ACTIVIDADES DE AUTOEVALUACIÓN

Las actividades propuestas combinan el análisis conceptual con la aplicación práctica de los instrumentos trabajados en este módulo:

ACTIVIDAD 1 · Identificación de daños por dimensiones

Lee el siguiente caso y realiza un análisis de daños por dimensiones. Identifica en qué dimensiones están presentes los daños y cuáles podrían priorizarse en un PAI inicial. *Caso: Persona de 45 años que consume cocaína cada fin de semana. Trabaja de lunes a viernes y mantiene su empleo, aunque reconoce que los lunes llega «hecho polvo». Su pareja le ha pedido que deje de consumir; llevan meses sin hablar de forma tranquila. Ha tenido problemas cardíacos leves que el médico ha relacionado con el consumo. Tiene dos hijos de 10 y 14 años con los que apenas pasa tiempo. Económicamente, destina unos 400 € al mes al consumo.*

ACTIVIDAD 2 · Formulación SMART

A partir del caso anterior, formula tres objetivos en formato SMART para incluir en el PAI. Para cada objetivo, identifica: la dimensión a la que corresponde, el daño que aborda y el criterio SMART que garantiza su evaluabilidad. Reflexiona: ¿con cuál empezarías? ¿Por qué?

ACTIVIDAD 3 · Elaboración de un PAI

Construye un Plan de Acción Individual simplificado para el caso descrito en la Actividad 1. Incluye al menos: síntesis del análisis de situación, tres daños priorizados con su dimensión, tres objetivos SMART, acciones concretas para cada uno y plazo estimado. Reflexiona sobre qué harías si la persona rechazara uno de los objetivos propuestos.

ACTIVIDAD 4 · Reflexión sobre la derivación

Imagina que trabajas en un servicio de RRDD y la persona del caso anterior llega un día muy deteriorada, con síntomas físicos evidentes de abstinencia y te dice que «quiere dejarlo todo de golpe». ¿Qué harías? ¿Cómo gestionarías la derivación? ¿Qué recursos activarías? ¿Qué cambiaría en el PAI? Redacta una respuesta argumentada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 70(11), 35-36.
- Drummond, D. C., Thom, B., Brown, C., Edwards, G. y Mullan, M. J. (1990). Specialist versus general practitioner treatment of problem drinkers. *The Lancet*, 336(8720), 915-918.
- Marlatt, G. A. (Ed.). (1998). *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*. Guilford Press.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change* (3.ª ed.). Guilford Press.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2022). *Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad. Madrid.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*. Ginebra: OMS.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2021). *Guía de intervención en reducción de daños*. Ministerio de Sanidad. Madrid.

**Formación Especializada en Reducción de Daños en el Consumo
de Sustancias**

Módulo 4 de 6 · Autor: J.Cancio ·
© 2025