



# PLAN DE ADICCIONES DE LA CIUDAD DE MADRID 2011-2016



Madrid Salud  
Acreditado en el Sello de  
Excelencia Europea 400+  
por su modelo de gestión



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

**Documento aprobado por Acuerdo de la Junta de Gobierno de la Ciudad de Madrid, el 17 de marzo de 2011  
BOAM, Año CXV, núm. 6.396, página 3, de 22 de marzo de 2011**

C/ Juan Esplandiú, 11-13 / 28007 Madrid  
Tlf.: 91 480 04 35 67 – 91 480 04 18  
[msadireccion@madrid.es](mailto:msadireccion@madrid.es)  
[www.madridsalud.es](http://www.madridsalud.es)



# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>9</b>
1.1. Antecedentes	
1.2. Evolución de la atención a las drogodependencias en la Ciudad de Madrid	
1.2.1. El Plan Municipal contra las Drogas	
1.2.2. Principales logros	
<b>2. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ADICCIONES EN LA CIUDAD DE MADRID .....</b>	<b>21</b>
2.1. El consumo de drogas en los jóvenes madrileños	
2.1.1. Tabaco	
2.1.2. Alcohol	
2.1.3. Cannabis	
2.1.4. Cocaína	
2.1.5. Policonsumo	
2.2. El consumo en la población general	
2.3. Indicador tratamiento	
2.3.1. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas	
2.3.2. Perfil de pacientes tratados por abuso o dependencia de sustancias	
2.4. Otros indicadores	
2.4.1. Indicador urgencias por consumo de drogas	
2.4.2. Indicador mortalidad por reacción aguda a drogas	
<b>3. PRINCIPIOS Y CRITERIOS ORIENTADORES DEL PLAN .....</b>	<b>39</b>
3.1. Introducción	
3.2. Principios o criterios orientadores del Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid	
<b>4. COORDINACIÓN .....</b>	<b>41</b>
4.1. Niveles de coordinación del Plan de Adicciones	
4.1.1. Coordinación a nivel internacional	
4.1.2. Coordinación a nivel nacional	
4.1.3. Coordinación a nivel autonómico y local	
4.1.4. Foro Técnico de las Adicciones de la ciudad de Madrid	

<b>5. LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y OBJETIVOS DEL PLAN DE ADICCIONES .....</b>	<b>47</b>
5.1.Principales líneas estratégicas del Plan de Adicciones	
5.2. Misión del Plan de Adicciones	
5.3. Objetivos Generales	
5.3.1. Ámbito de las Drogodependencias	
5.3.2. Ámbito de las Adicciones Sociales	
5.3.3. Garantía de Calidad	
5.4. Tabla resumen misión y objetivos generales del Plan	
<b>6. PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS .....</b>	<b>53</b>
6.1.Introducción	
6.2. Justificación de la intervención preventiva	
6.2.1. Principios y consensos	
6.2.2. Líneas de progresión	
6.2.3. Características de la intervención preventiva en el nuevo Plan de Adicciones	
6.3.Desarrollo de la intervención preventiva	
6.3.1. Ejes para el diseño de la intervención	
6.3.2. Estructura organizativa	
6.3.3. Ámbitos de intervención	
6.3.3.1. Ámbito educativo	
6.3.3.2. Ámbito familiar	
6.3.3.3. Ámbito comunitario	
6.3.3.4. Ámbito de riesgo	
6.4.Centro Integral de Prevención de Adicciones	
<b>7. ATENCIÓN INTEGRAL.....</b>	<b>79</b>
7.1.Red de atención integral a las drogodependencias	
7.2.Características del modelo de atención integral en drogodependencias	
7.3.Los Centros de Atención a las Drogodependencias como elementos referenciales de la Red	
7.4.Proceso de atención Integral	
7.4.1. Atención a la demanda inicial	
7.4.2. Valoración interdisciplinar	
7.4.3. Evaluación multidimensional	
7.4.4. Diseño del programa personalizado de intervención (PPI)	
7.4.5. Retroinformación al paciente y consenso del PPI	
7.4.6. Desarrollo del programa personalizado de intervención	
7.4.7. Evaluación de resultados	
7.4.8. Seguimiento post-alta	
7.5.Metodología y estrategias de Intervención	
7.6.Especificidades del modelo de atención	
7.7.Servicios y recursos de apoyo al tratamiento y a la reinserción	

<b>8. ADICCIONES SOCIALES .....</b>	<b>107</b>
8.1. Conceptualización	
8.2. Uso problemático de las tecnologías de la información, la comunicación y el juego. Situación en la ciudad de Madrid	
8.3. Propuestas de actuación	
<b>9. CONTROL Y REDUCCIÓN DE LA OFERTA .....</b>	<b>113</b>
9.1. Actuaciones de la Policía Municipal	
<b>10. PLANIFICACIÓN OPERATIVA .....</b>	<b>117</b>
10.1. Prevención de drogodependencias	
10.2. Atención integral de drogodependencias	
10.3. Adicciones sociales	
10.4. Control y reducción de la oferta	
10.5. Garantía de calidad	
<b>11. GARANTÍA DE CALIDAD .....</b>	<b>165</b>
11.1. Introducción	
11.2. Coordinación	
11.3. Formación	
11.4. Investigación	
11.5. Mejora de la comunicación	
11.6. Calidad	
11.7. Evaluación	
<b>12. PRESUPUESTOS .....</b>	<b>175</b>
12.1. Presupuesto del Plan de Adicciones	

---

## **ANEXOS AL PLAN DE ADICCIONES**

<b>ANEXO 1. MARCO NORMATIVO .....</b>	<b>181</b>
<b>ANEXO 2. ESTRUCTURA DEL INSTITUTO DE ADICCIONES DE LA CIUDAD DE MADRID.....</b>	<b>187</b>
<b>ANEXO 3. PARTICIPACIÓN EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE ADICCIONES .....</b>	<b>219</b>



# 1

# INTRODUCCIÓN

---

## 1.1. Antecedentes

---

Han transcurrido más de veinte años desde que el Ayuntamiento de Madrid aprobó, el 8 de Mayo de 1988, el primer Plan Municipal contra las Drogas. Se iniciaba así un proyecto que nacía con una vocación de participación y de corresponsabilización de las diferentes instituciones y organizaciones sociales, con el objetivo de dar respuesta a un problema que ocupaba un importantísimo lugar en la preocupación de los ciudadanos madrileños.

A lo largo de todos estos años, el proyecto inicial ha ido modificándose en un continuo esfuerzo de adaptación a las siempre cambiantes necesidades de un fenómeno en continua evolución, como es el de las drogodependencias.

Veinte años después, Madrid Salud, desde su Instituto de Adicciones, se plantea la necesidad de revisar y actualizar las acciones desarrolladas en el marco del Plan Municipal contra las Drogas y diseñar un nuevo “Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid”. Este nuevo Plan pretende, sin olvidar la trayectoria anterior, enriquecer las actuaciones en materia de adicciones con nuevos programas, estrategias y ámbitos de actuación, acordes con la evolución que el fenómeno de las drogodependencias y de otras adicciones ha venido experimentando a lo largo de los años, prestando una especial atención a los aspectos relacionados con la calidad de los servicios y la mejora continua.

Este ambicioso proyecto contempla, como una de sus principales señas de identidad, el logro del mayor grado posible de participación de la sociedad, de sus instituciones y organizaciones, de forma que pueda dar respuesta a las necesidades planteadas en las diferentes facetas de las adicciones y contar con el consenso necesario para su efectividad.

En este sentido, el proceso de elaboración del nuevo Plan ha incluido una amplia tarea de participación, que dio comienzo con la realización de una consulta a expertos a través del método DELPHI, como resultado de la cual fue posible identificar una serie de temas sobre los cuales resultaba imprescindible debatir y profundizar, con objeto de conocer cuáles debían ser las líneas prioritarias de actuación de este nuevo Plan de Adicciones así como las estrategias más adecuadas para su afrontamiento en todos los ámbitos.

Los consiguientes debates sobre los puntos clave se han desarrollado con una amplia participación. Más de 40 instituciones y organizaciones sociales han colaborado muy activamente en los mismos, además de una buena parte del personal del propio Instituto de Adicciones. Como fruto de todo este proceso han ido surgiendo los documentos, que han servido de base para la elaboración del presente Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid.

## **1.2. Evolución de la atención a las drogodependencias en Madrid.**

---

### **1.2.1. El Plan Municipal contra las Drogas**

No resulta sencillo resumir en unas breves páginas una historia que se remonta a más de 20 años de densa actividad. Desde la perspectiva actual, y con la riqueza de puntos de mira con la que hoy contamos, es posible apreciar el esfuerzo que se ha venido realizando por dar una respuesta eficaz a un problema tan complejo y cambiante, como es el de las drogodependencias.

El camino recorrido ha sido rico pero no exento de dificultades. Ha sido necesario abordar situaciones difíciles y tomar decisiones complejas, muchas veces en el marco de importantes controversias sociales.

Baste recordar, como algunos ejemplos, el rechazo inicial a los programas de tratamiento ambulatorio, la oposición vecinal a la apertura de centros y recursos de atención a las drogodependencias o a la implementación de programas de mantenimiento con metadona, entre otras cuestiones.

Los avances técnicos que se han ido logrando en el transcurso de los años han necesitado contar con el apoyo institucional y con el respeto y aceptación de los vecinos de Madrid para ser efectivos, procesos no siempre sencillos, que han precisado de una energía importante para lograr el consenso y las complicidades necesarias.

Una mirada actual, desde la perspectiva que nos da el tiempo y el conocimiento de la evolución de los hechos, permite hacer un balance sin duda positivo. Es necesario, en este punto, hacer un reconocimiento del esfuerzo desarrollado, tanto por parte del Ayuntamiento de Madrid (a nivel presupuestario y de asunción de responsabilidades), como por parte de los profesionales que han formado parte del Plan Municipal contra las Drogas y de las personas e instituciones que han dado su apoyo al mismo en sus diferentes etapas.

Resumimos, a continuación, algunos de los hitos más importantes en la historia de la intervención en drogodependencias en la ciudad de Madrid.

#### **1.2.1.1. Primeras actuaciones municipales en materia de drogodependencias.**

Una de las primeras respuestas del Ayuntamiento de Madrid a la pandemia que supuso el consumo de heroína a finales de los 70 y comienzo de los 80 fue la creación, desde la entonces Concejalía de Salud y Bienestar Social, de unidades de

apoyo a los heroinodependientes y a sus familias con el objetivo de colaborar en la financiación del tratamiento de los primeros en las comunidades terapéuticas existentes en ese momento y prestar soporte efectivo, en grupo, a los segundos durante el tiempo de permanencia de los afectados en dichas comunidades. A esta iniciativa se sumó la labor de un pequeño grupo de profesionales de Salud Mental de los Centros de Promoción de Salud, que realizaron los primeros seguimientos de las familias de los afectados.

En Enero de 1987 se pone en marcha el primer Centro Municipal de Atención a las Drogodependencias (CAD), en el Distrito de Puente de Vallecas. Este Centro retomó el trabajo que se había iniciado en un servicio anterior, el Servicio Social para la Atención y Reinscripción de Drogodependientes (SSARD), que fue pionero en la implementación de un modelo de tratamiento ambulatorio.

La atención psicosocial que se prestaba a los drogodependientes en este primer servicio municipal, en el que aún no se contaba con personal sanitario, se complementaba con la atención de los médicos generalistas de la red sanitaria y con un sistema de ayudas económicas, gestionadas desde los Servicios Sociales Generales, para hacer frente a los gastos derivados del ingreso de los afectados en las Comunidades Terapéuticas.

#### **1.2.1.2. Creación de la Comisión Antidroga.**

El 31 de Julio de 1987 el Ayuntamiento de Madrid decide crear la Comisión Antidroga, presidida por el Excmo. Sr. Alcalde Presidente e integrada por representantes de todos los grupos políticos con representación municipal.

Esta Comisión tenía como finalidad la elaboración de un diagnóstico de la situación de las drogodependencias en la Ciudad de Madrid y la formulación de medidas para hacer frente a la misma. En el seno de esta Comisión se realizaron los primeros trabajos para la elaboración del Documento Marco del Plan Municipal contra las Drogas y se tomaron una serie de medidas prioritarias para su puesta en funcionamiento.

En 1992 se incorporaron a la Comisión Antidroga representantes de las principales organizaciones no gubernamentales que trabajaban en el ámbito de las drogodependencias: Cáritas Madrid, Cruz Roja Española oficina de Madrid, Federación de Asociaciones para la Asistencia al Drogodependiente y sus familiares (FERMAD), Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), Centro Español de Solidaridad Proyecto Hombre y la Unión Española de Asociaciones de Asistencia al Drogodependiente (UNAD).

#### **1.2.1.3. Aprobación del Plan Municipal contra las Drogas y primeras actuaciones en el marco del mismo (1988–1990).**

El 6 de Mayo de 1.988 se celebra en el Ayuntamiento de Madrid un Pleno Extraordinario, en el marco del cual se decidió la aprobación del Plan Municipal contra las Drogas, con el consenso de la totalidad de los grupos políticos representados en el Ayuntamiento de Madrid.

La gestión del Plan Municipal contra las Drogas queda adscrita a la entonces Concejalía de Salud y Servicios Sociales, si bien las intervenciones que se contemplan en el marco del mismo atañen también a otras áreas municipales, que quedarán representadas en la Comisión Técnica Interáreas, una de las estructuras de coordinación más importantes del Plan.

Desde su puesta en marcha, el Plan Municipal mantuvo, como una de sus principales estrategias, la necesidad de coordinación y de consenso en la toma de decisiones, definiendo en este marco sus prioridades de actuación en los diferentes ámbitos.

Los objetivos que inicialmente se marcó el Plan Municipal contra las Drogas fueron:

- Diseñar y desarrollar programas de Prevención de las Drogodependencias, dirigidos a reducir tanto la oferta como la demanda de drogas.
- Crear una red amplia y diversificada de recursos destinados a la Asistencia y Reinserción Social de la población drogodependiente.
- Impulsar la participación social y la colaboración de las asociaciones y organizaciones no gubernamentales en los programas preventivos y asistenciales.
- Crear mecanismos de coordinación entre las diferentes áreas municipales y las restantes administraciones públicas con competencias en el ámbito de las drogodependencias.

Entre las líneas prioritarias de actuación que se acordaron destacan:

- El desarrollo de Programas de colaboración con Instituciones Penitenciarias y la Administración de Justicia.
- La creación de mecanismos de coordinación y seguimiento para posibilitar el desarrollo del Plan Municipal contra las Drogas.
- El establecimiento de mecanismos de colaboración y promoción de la Iniciativa Social.

Entre los principales logros de esta etapa hay que destacar:

- La realización de la primera “Investigación sobre el consumo de drogas en el municipio de Madrid”, que facilitó el conocimiento y análisis del fenómeno.
- La creación de la Red Municipal de Atención a las Drogodependencias, que incluía la creación de seis Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD), a los que se sumó el séptimo en 1990.
- La puesta en marcha de los programas siguientes:
  - Programa de Intervención en los Juzgados de Guardia.
  - Programa de Intervención en el Centro Penitenciario de Carabanchel.
  - Servicio de Información Telefónica sobre Drogodependencias.
  - “Programa de Prevención Escolar de Drogodependencias,” a través de un Convenio con el Ministerio de Educación y Ciencia y la Comunidad de Madrid.

#### **1.2.1.4. Quinquenio 1991–1995; Etapa de crecimiento y diversificación en diferentes ámbitos y primera reflexión acerca del modelo de atención a las drogodependencias.**

La Red municipal de Atención a las Drogodependencias se enriquece con nuevos dispositivos y programas, como la Comunidad Terapéutica Municipal de Barajas, plazas en pisos de apoyo a la reinserción, talleres de inserción laboral, etc., generándose, por otra parte, servicios específicos orientados a la reducción de daños, como el “Centro de Contacto y Atención Sociosanitaria”.

En Octubre de 1995 se realiza la primera “Revisión del Modelo de Atención a las Drogodependencias”, que supuso una adecuación de la respuesta de los centros y servicios de atención a las nuevas formas de drogodependencias, incorporándose programas dirigidos a colectivos específicos como drogodependientes sin hogar, alcohólicos, etc.

En el ámbito de la Prevención se ponen en marcha algunas importantes iniciativas como:

- El Servicio de Apoyo a la Prevención, que brinda orientación, asesoramiento técnico y apoyo documental a programas y actuaciones de prevención.
- El “Programa de Prevención del Alcoholismo Juvenil”, que integra actuaciones en los centros escolares con medidas para la reducción de la oferta de drogas y con acciones de información y sensibilización. Este programa recibe el Premio Reina Sofía 1995, concedido por la Fundación CREFAT.
- El "Programa de Intervención con Menores", que en 1992 comienza como una experiencia piloto en tres de los siete CAD. En 1995 este programa se extiende a todos los centros de la red, incorporándose al mismo una línea de intervención con menores en situación de riesgo, en coordinación con los recursos de cada zona de actuación y que da una nueva identidad al programa.
- Puesta en marcha de la “Escuela Municipal de Formación Familiar y del Voluntariado en Drogodependencias”.

#### **1.2.1.5. Quinquenio 1996–2000; Implementación y rápido crecimiento de los programas de sustitutivos opiáceos.**

En Julio de 1997, se firma un Convenio Tripartito de Colaboración entre el Ayuntamiento de Madrid, la Comunidad de Madrid y Cruz Roja Española, que permite la rápida puesta en marcha de estos programas, de forma que en dos años (1997 y 1998) se dota a la red de 3.000 plazas en programas de mantenimiento con metadona. Como resultado de esta importante ampliación, en 1998, la actividad de la Red Municipal de Atención a Drogodependencias se incrementa en un 35%, atendiendo a cerca de 9.500 drogodependientes.

En los años siguientes, y gracias a la colaboración de otras entidades sin ánimo de lucro, como Proyecto Hombre y Cáritas Madrid, que se suman a Cruz Roja en esta importante línea de trabajo, la Red Municipal de Atención a las Drogodependencias continua creciendo en este tipo de programas, que complementan a los tradicionales, alcanzándose importantes cifras de atención y, lo que es más importante, mejorando la captación y el tratamiento de un colectivo de drogodependientes que no había podido recibir, hasta ese momento, una atención de acuerdo a sus necesidades.

La implementación y el rápido crecimiento de los programas con sustitutivos, se realizó en el marco de una importante polémica social en torno a los mismos. Fue necesario desplegar un amplio trabajo de información y de sensibilización social, con el objetivo de lograr su aceptación.

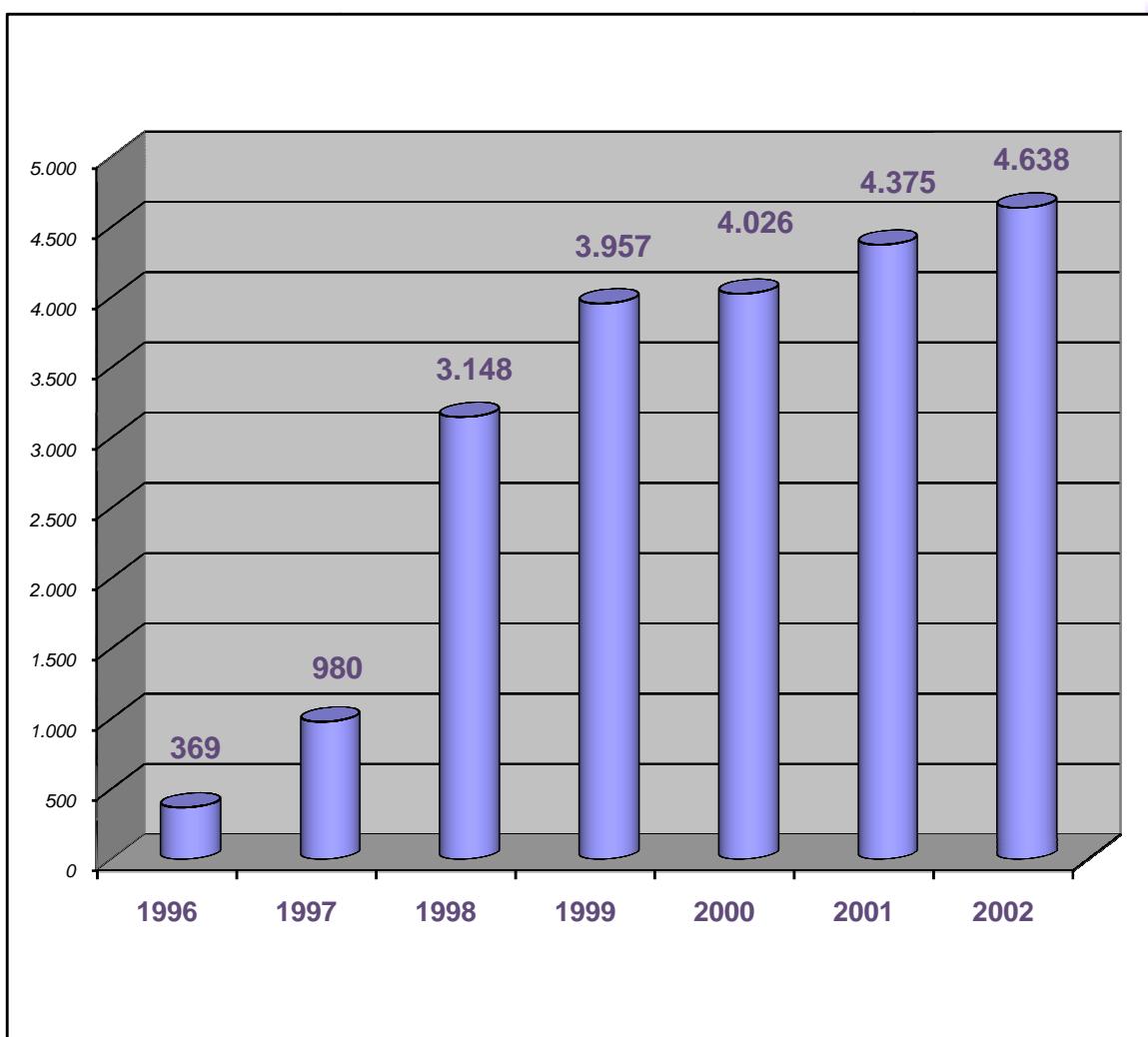
De modo paralelo al incremento de los programas de sustitutivos opiáceos y gracias a su capacidad para captar y retener en la red a un amplio colectivo de drogodependientes, se va produciendo una progresiva disminución de la alarma social respecto al problema de las drogas en la Ciudad de Madrid, que se explica por la mejora de la imagen social de los drogodependientes incorporados a tratamiento y por la menor incidencia de delitos relacionados con el consumo de heroína.

Las prioridades del Plan Municipal Contra las Drogas en esta etapa se dirigen, por lo tanto a:

- Adecuar la oferta asistencial a un colectivo que presenta una gran heterogeneidad.
- Potenciar los diferentes programas de prevención, como el programa de intervención con menores en situación de riesgo, la puesta en marcha del Programa de Ocio Saludable en el fin de semana o el fortalecimiento de los programas de prevención en el ámbito familiar (programa radiofónico “Vivir en Familia”).
- La realización en 1997 de la “Investigación sobre los factores de riesgo y protección de carácter familiar relacionados con el consumo de drogas en los adolescentes”, cuya información y datos fueron esenciales para reformular las estrategias preventivas y asistenciales en el ámbito familiar.

#### **1.2.1.6. Trienio 2001–2003. Consolidación de los nuevos Centros y diversificación de programas.**

En el ámbito Asistencial es esta una etapa de consolidación de la red, que cuenta con siete CAD y cinco Centros Específicos para programas de mantenimiento con metadona. En el gráfico siguiente se muestra el rápido incremento de los casos tratados en este tipo de programas entre 1996 y 2002.



*Gráfico 1. Casos tratados en programas de mantenimiento con metadona por año.*

Por otra parte y de modo paralelo, se va diversificando la oferta de programas libres de drogas, ofertándose una especialización en función de las necesidades y perfiles de la demanda, lo que contribuyó a mantener este tipo de programas con un peso importante. Así, en 2001 fueron atendidos en programas libres de drogas 4.477 drogodependientes y 4.379 en 2002, lo que supone un 43% del total de casos tratados. Es importante destacar el paulatino crecimiento del porcentaje de casos tratados por adicción a otras sustancias, como el alcohol, la cocaína y otros estimulantes, o el cannabis, que en 2003 suponen respectivamente el 22%, el 20% y el 6% del total de casos tratados.

La atención realizada en el conjunto de estos programas, junto al trabajo realizado con los drogodependientes en el marco de la educación para la salud, permite que continúen mejorando indicadores importantes, como la cada vez menor utilización de la vía intravenosa, el descenso porcentual de la infección por VIH o la disminución de la prevalencia de tuberculosis y hepatitis.

En el ámbito de la Prevención es de destacar:

- La puesta en marcha del “Servicio Telefónico de Orientación Familiar sobre el alcohol y otras drogas”, en colaboración con la FAD, que, en sus primeros 8 meses de vigencia, registró cerca de 900 llamadas y experimentó un paulatino incremento en los años siguientes, llegando a atender 3.158 consultas en el año 2003.
- El diseño e implementación del Programa de reducción de riesgos derivados del consumo de alcohol “No -t pases entera -t”, en colaboración con otras áreas municipales y con el Consorcio de Transportes de Madrid, una experiencia de intervención en zonas de consumo activo (zonas de botellón de Madrid), que desarrollaba intervenciones informativas y socioeducativas dirigidas a lograr una reducción de los riesgos asociados al consumo abusivo de alcohol y otras drogas, difundiendo, al mismo tiempo, los programas de ocio alternativo.
- La selección del Programa de intervención con Menores en Situación de Riesgo, que cumple 10 años de historia en 2002, como “Buenas prácticas en Drogodependencias”, en la 1<sup>a</sup> Convocatoria, dentro del Área Temática “Menores en riesgo de exclusión social”, convocatoria promovida por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) en el marco del Convenio Suscrito con el Plan Nacional sobre Drogas.

En 2003 el Plan Municipal contra las Drogas pasa a depender del Área de Gobierno de Seguridad y Servicios a la Comunidad, junto con la red de Centros Municipales de Salud, lo que va a suponer un enriquecimiento importante de las intervenciones, facilitándose la coordinación entre ambas redes e iniciándose el proceso que culminará con la creación del Organismo Autónomo “Madrid Salud”.

#### **1.2.1.7. 2004–2010 Etapa de expansión y crecimiento de la Red. La creación del Instituto de Adicciones en el marco del Organismo Autónomo Madrid Salud.**

El 19 de noviembre 2004 el Pleno del Ayuntamiento de Madrid aprobó la creación, en el marco del Área de Seguridad y Servicios a la Comunidad, del Organismo Autónomo Madrid Salud, que tiene como finalidad la gestión de las políticas municipales en materia de Salud Pública y Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, dentro del término municipal de Madrid.

Los valores que orientan al Organismo son la innovación, la excelencia en el servicio, la orientación al ciudadano, la participación, la cooperación y diálogo, planteándose como objetivo situar a Madrid, en el año 2012, a la cabeza de las capitales europeas en términos de Salud Pública.

La actual estructura administrativa de Madrid Salud comprende, además de la Dirección General de Servicios Administrativos, que da cobertura a todo el Organismo Autónomo, dos Institutos, el Instituto de Salud Pública de la Ciudad de Madrid y el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, del que dependen a su vez, todas las actuaciones en materia de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. Además, Madrid Salud cuenta con un Departamento de Evaluación y Calidad y una Unidad Técnica de Comunicación, que dan apoyo a todas las acciones.

El Instituto de Adicciones a cuyo frente se sitúa un Director General, está actualmente conformado por una Subdirección General de Coordinación de Programas y tres Departamentos: Prevención, Asistencia y Reincisión.

Bajo esta nueva estructura, se produce un importante incremento de los recursos materiales y humanos destinados a la atención de las Adicciones en la Ciudad de Madrid, lo que ha permitido potenciar significativamente las actuaciones en todas las áreas.

### **1.2.2. Principales logros.**

La principal estrategia en el **ámbito de la prevención** ha sido el desarrollo y consolidación de diferentes acciones dirigidas a reforzar el papel de todos y cada uno de los agentes sociales implicados en la prevención de los trastornos adictivos, desarrollando programas en diversos ámbitos (educativo, familiar, de ocio y comunitario), estructurando y protocolizando la coordinación entre el Departamento de Prevención y los diferentes recursos municipales desagregados por distritos (CAD, CMS, Servicios Sociales, Instalaciones Deportivas, etc.), de manera que se articulan acciones conjuntas adaptadas a las necesidades específicas de cada sector.

En este ámbito, hay que destacar el reconocimiento obtenido por dos iniciativas de prevención: El Programa Prevenir en Madrid, realizado en colaboración con la Cátedra de Psicología Evolutiva de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, que ha sido galardonado con la Mención de Honor en los Premios Reina Sofía contra las Drogas, convocados por la Fundación CREFAT en el año 2005, en la modalidad de Prevención en el ámbito educativo y comunitario y el Servicio “Prevención de Adicciones” (PAD), que ha obtenido el segundo premio en la categoría de “prevención familiar” en la convocatoria de Buenas Prácticas 2007, de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), coordinada con el Plan Nacional sobre Drogas.

La firma de un protocolo de colaboración con la Policía Municipal para la aplicación de un protocolo común de actuación con los agentes tutores de ese Cuerpo, de cara a la prevención de las adicciones, es otro hito importante que conviene reseñar.

En el **área asistencial**, se han consolidado los programas y recursos de la red y se han reforzado aquellos ámbitos de actuación que requerían un apoyo suplementario, (camas de desintoxicación hospitalaria, plazas en recursos residenciales y en comunidades terapéuticas, dispensación de metadona en farmacias, etc.). Así mismo se han incrementado los programas y recursos orientados a la captación y a la reducción del daño, en especial los dirigidos a los colectivos de mayor vulnerabilidad.

Por otra parte, se han desarrollado actuaciones dirigidas a prestar una atención especializada y acorde con las características especiales de determinados colectivos. La puesta en marcha de recursos para la atención a ciudadanos extranjeros con problemas de abuso o dependencia del alcohol y/o de otras drogas

(ISTMO), ha facilitado el acceso a la red de esta población, a la vez que han apoyado su adhesión a los tratamientos y su proceso de integración social.

En esta línea es necesario destacar también el acuerdo de colaboración suscrito con la Dirección General de Servicios Sociales y dentro de él la implementación de un protocolo de coordinación entre Samur Social y el Instituto de Adicciones para la atención a personas sin hogar dependientes de alcohol y/u otras drogas, así como la puesta en marcha de un servicio de apoyo, tratamiento y asesoramiento psiquiátrico para personas con patología dual atendidas en los centros de atención a las drogodependencias.

En el **área de la reinserción** se han desarrollado importantes líneas de trabajo que han comenzado a dar sus frutos. La creación de un departamento específico ha permitido dotar un mayor número de recursos y dedicar nuevos esfuerzos, enfocando como una prioridad, por primera vez en la historia del Plan Municipal, todos los objetivos relacionados con el proceso de integración social de las personas afectadas por un problema de drogodependencias. Así, se han implementado programas y actuaciones orientadas a favorecer este proceso de integración en el ámbito laboral y en el de la formación y preparación para el empleo, prestando una especial atención a las personas con bajo nivel de empleabilidad, en las que concurren un mayor número de factores de riesgo de exclusión social e implementando medidas de discriminación positiva como fórmula de facilitar el acceso de las mujeres a recursos de formación y a ofertas de empleo.

Es importante destacar la puesta en marcha de servicios como el Servicio de Orientación Laboral (SOL), a finales de 2004, que junto con el trabajo desarrollado desde los Centros de Atención y la estrecha coordinación con la Agencia para el Empleo de Madrid y otros recursos de formación y empleo, han permitido generar una auténtica red de servicios, como lo muestran las mas de 3.400 inserciones laborales conseguidas en los seis últimos años.

Otras líneas de trabajo como la educación para la salud en drogodependencias la utilización adecuada del ocio o la mediación comunitaria, han contribuido también de forma importante a la integración social de los drogodependientes. En éste último ámbito hay que destacar la elaboración conjunta del “Manual de buenas prácticas en mediación comunitaria”, en la que ha participado el Instituto de Adicciones de Madrid Salud junto a la Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD) y la Asociación Proyecto Hogar (APH), que ha sido galardonado con el Premio Reina Sofía contra las Drogas 2009, en la modalidad de mejor labor social.

Paralelamente al desarrollo de esta importante actividad en los ámbitos señalados, se ha realizado un gran esfuerzo para la implantación paulatina de un Plan de Calidad, que abarque todos los niveles de la organización. Para ello, se ha partido de un proceso de diagnóstico y autoevaluación y se han puesto en marcha una serie de acciones de mejora en todos los ámbitos de intervención. Una de sus consecuencias directas, es la aprobación por la Junta de Gobierno, de la Carta de Servicios del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid.

La evaluación y la investigación han tenido también un importante valor para Madrid Salud, realizándose avances en la definición de indicadores fiables que permitan

conocer la consecución de resultados terapéuticos y de gestión, así como los resultados clave de la organización.

En esta línea cabe destacar también el desarrollo de un importante plan de formación interna y reciclaje de los profesionales del Instituto de Adicciones, y el desarrollo de jornadas de formación y sensibilización sobre la temática de las adicciones, en colaboración con entidades de reconocido prestigio como FERMAD, SIAD, UNAD, Asociación Apoyo, etc.

Así desde el año 2004, la Red Municipal de Atención a Drogodependientes, está inmersa en un proceso permanente de modernización, que tiene como objetivo central la mejora continua en la atención al ciudadano, buscando al mismo tiempo el modo de favorecer la satisfacción y el interés de los profesionales, promoviendo una cultura de participación, de transparencia, de trabajo en equipo y de búsqueda de la excelencia, basando las decisiones en datos contrastables y en la evidencia científica.



# 2

## SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ADICCIONES EN LA CIUDAD DE MADRID

---

### 2.1. El consumo de drogas entre los jóvenes madrileños.

---

El Ayuntamiento de Madrid cuenta con diferentes estudios poblacionales, realizados en la última década, para conocer la prevalencia y distribución de los consumos de drogas en la población madrileña, con especial interés en la población adolescente y joven. Para elaborar el presente análisis se han utilizado la base de datos de la encuesta 2005 a población adolescente y joven de la ciudad de Madrid, y como fuentes secundarias los informes de encuestas previas: "Factores de riesgo y protección social relacionados con el consumo de drogas. Ayuntamiento de Madrid. 1999" y "Estudio del consumo de drogas y factores asociados en el municipio de Madrid 1997".

El consumo de drogas está ampliamente extendido entre los adolescentes y jóvenes madrileños. Las sustancias de comercio legal como el alcohol y el tabaco presentan las prevalencias más elevadas. En la experimentación con alcohol no se observan diferencias en el periodo 1997-2005, mientras que, para el tabaco, se aprecia un incremento de 1997 a 1999 y una estabilización a partir de ese estudio (Tabla1).

Sin embargo para todas las sustancias de comercio ilegal, excepto la heroína, se incrementan las prevalencias de consumo alguna vez en la vida, en el periodo de estudio. El cannabis y la cocaína son las más extendidas en la población de 15 a 24 años. En 2005 el cannabis lo han probado más de la mitad de los jóvenes (58,8%) y la cocaína uno de cada cinco (Tabla1). La tendencia temporal (1997-2005) en el consumo reciente (consumo en los últimos 12 meses) de sustancias de comercio ilegal muestra asimismo incrementos significativos en todas las drogas excepto en la heroína. El consumo de tranquilizantes también se ha incrementado (Tabla 2).

Las prevalencias de consumo de drogas de comercio ilegal, tanto el consumo alguna vez en la vida como el reciente, son significativamente mas elevadas en hombres excepto en la heroína y las anfetaminas, en las que no se observan diferencias. En el caso de los tranquilizantes, las prevalencias de consumo son más elevadas en las mujeres.

La iniciación al consumo de drogas de comercio legal en Madrid es temprana en la actualidad. El tabaco y el alcohol presentan las edades de inicio más precoces: tabaco 14,1 años (DE 2,39), alcohol 14,3 (DE 2,08). Los inhalables y el cannabis son las sustancias ilegales de iniciación de los jóvenes madrileños: 15,4 años (DE 2,688) para inhalables y 15,6 (DE 2,159) para el cannabis. Para el resto de drogas los 17 años concentran las edades medias. No se observan diferencias según género.

	1997 N: 607		1999 N: 1600		2005 N: 6280	
	Prevalencia alguna vez en la vida%	I.C. al 95%	Prevalencia alguna vez en la vida %	I.C. al 95%	Prevalencia alguna vez en la vida %	I.C. al 95%
alcohol	92	(89,8-94,2)	90,4	(89-91,8)	92,5	(91,8-93,2)
tabaco	51,6	(47,6-55,6)	61,6	(59,2-64)	63,7	(62,5-64,9)
cannabis	27,7	(24,1-31,3)	38,9	(36,5-41,3)	58,8	(57,6-60)
cocaína	7,6	(5,5-9,7)	11,7	(10,1-13,3)	21,5	(20,5-22,5)
éxtasis	6,8	(4,8-8,8)	8,1	(6,8-9,4)	14,7	(13,8-15,6)
alucinógenos	5,6	(3,8-7,4)	7,9	(6,6-9,2)	15,6	(14,7-16,5)
tranquilizantes	3,9	(2,4-5,4)	3,4	(2,5-4,3)	9,9	(9,2-10,7)
anfetaminas	3,8	(2,3-5,3)	4,3	(3,3-5,3)	7,9	(7,3-8,6)
inhalables	2,5	(1,3-3,7)	2,9	(2,1-3,7)	5,7	(5,1-6,3)
heroína	1,7	(0,7-2,7)	0,6	(0,2-1)	0,9	(0,7-1,2)

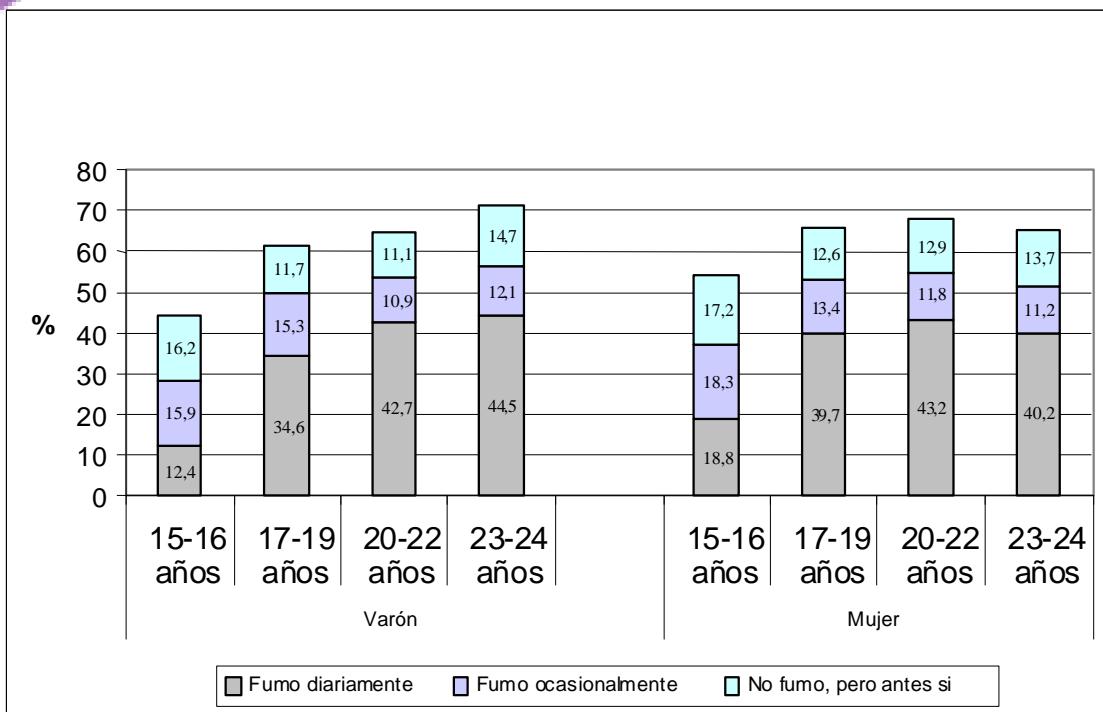
*Tabla 1. Evolución temporal de las prevalencias de consumo alguna vez en la vida de las diferentes drogas. 1997-2005. Población de 15 a 24 años.*

	1997 N: 607		1999 N: 1600		2005 N: 6280	
	Prevalencia último año %	I.C. al 95%	Prevalencia último año %	I.C. al 95%	Prevalencia último año %	I.C. al 95%
cannabis	21,8	(18,5-25,1)	28,4	(26,2-30,6)	45,1	(43,9-46,3)
cocaína	4,5	(2,9-6,1)	7,8	(6,5-9,1)	13,4	(12,6-14,2)
éxtasis	3,5	(2-5)	4,1	(3,1-5,1)	6,6	(6-7,2)
alucinógenos	2,4	(1,2-3,6)	3,4	(2,5-4,3)	5,8	(5,2-6,4)
tranquilizantes	1,6	(0,6-2,6)	1,5	(0,9-2,1)	5,5	(4,9-6,1)
anfetaminas	1,1	(0,3-1,9)	1,6	(1-2,2)	3,2	(2,8-3,6)
inhalables	0,3	(-0,1-0,7)	0,5	(0,2-0,8)	1,5	(1,2-1,8)
heroína	1,5	(0,5-2,5)	0,4	(0,1-0,7)	0,3	(0,2-0,4)

*Tabla 2. Evolución temporal de las prevalencias de consumo en los últimos 12 meses de drogas de comercio ilegal. 1997-2005. Población de 15 a 24 años.*

### 2.1.1. Consumo de tabaco.

El consumo diario de tabaco está muy extendido en la población joven, un 37,2% refiere fumar diariamente en la actualidad. No se observan diferencias en el consumo diario desde 1997, sin embargo, se incrementa el consumo ocasional entre los jóvenes.



*Gráfico 1. Perfiles respecto al consumo de tabaco según sexo y edad.*

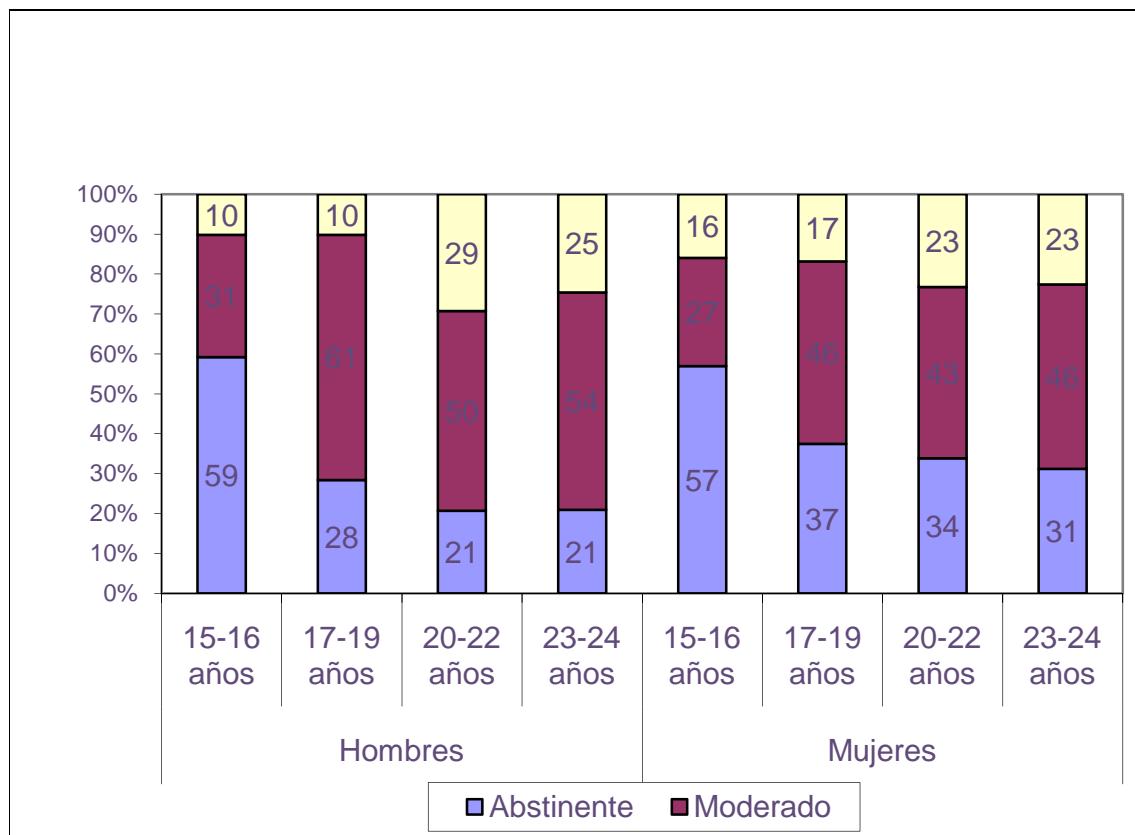
En la encuesta 2005 no se observan diferencias de género en el consumo diario, en la población de 15 a 24 años. Las prevalencias de consumo diario aumentan con la edad en ambos sexos apreciándose incrementos significativos hasta los 19 años en las mujeres y hasta los 22 en los varones, estabilizándose el consumo a partir de esas edades. (Gráfico 1).

En relación a la intensidad del consumo, los fumadores diarios consumen una media de 12,18 cigarrillos/día (DE 6,9). Los varones fuman 13,05 cigarrillos de media (DE 7,4) y 11,3 (DE 6,2) las mujeres. Solo un 4,4% de los fumadores diarios consume mas de 20 cigarrillos/día, el patrón de consumo de riesgo se concentra en los varones de mas edad (20 y 24 años).

### 2.1.2. Consumo de alcohol.

La experimentación con alcohol en la población es prácticamente universal (el 92,5% lo consumió alguna vez en la vida). En el periodo 1997-2005 se incrementa el porcentaje de bebedores en el último mes, así como el indicador de riesgo “consumo abusivo en promedio diario” ( $\geq 75\text{cc}$  en hombres y  $\geq 50\text{cc}$  en mujeres). Si se toma como referencia el actual criterio del Observatorio Español de Drogas para este indicador (consumo abusivo:  $\geq 50\text{cc}$  en hombres y  $\geq 30\text{cc}$  en mujeres), el porcentaje para 2005 seria de 21,5%, mas de uno de cada cinco jóvenes presenta un patrón de consumo abusivo de alcohol.

Tres de cada cuatro adolescentes/jóvenes madrileños tomaron alcohol en el mes previo a la encuesta, el 78,5% de los varones y el 72,6% de las mujeres.



*Gráfico 2. Tipologías respecto al consumo de alcohol en la última semana, según sexo y edad.*

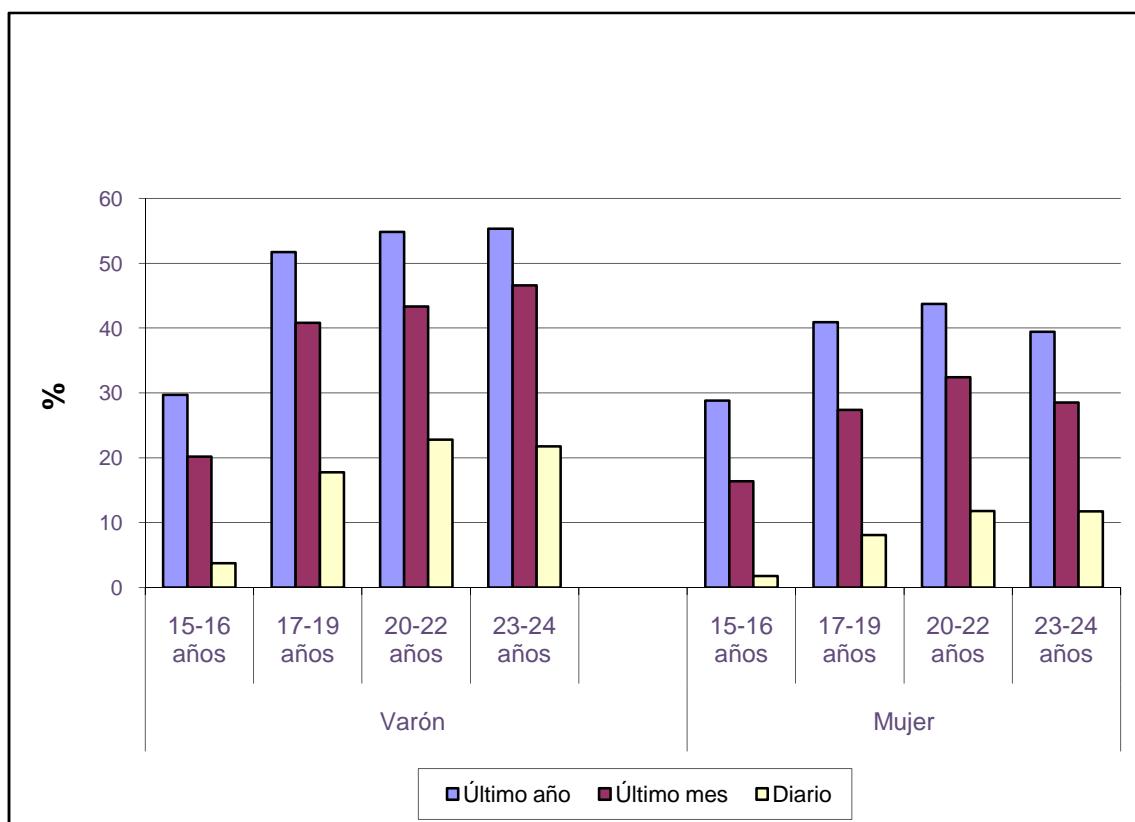
Se analizan las tipologías según consumo de alcohol en la última semana, para las diferentes edades en chicos y chicas (Gráfico 2). Las diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto al consumo de riesgo (bebedor abusivo en promedio diario) se dan en el grupo de 20-22 años a favor de los hombres y en el grupo de 17-19 a favor de las mujeres. Entre los más jóvenes y los de más edad no hay diferencias entre hombres y mujeres. La proporción de bebedores abusivos se incrementa en hombres hasta los 22 años. En mujeres las diferencias se observan entre los grupos de 15-19 y 20-24.

El bebedor abusivo en promedio diario es varón (58%), tiene una edad media de 20,3 años (DE 2,67) y 3 de cada 4 conviven en el hogar paterno. Respecto al consumo de otras sustancias el 54% de los bebedores abusivos refieren fumar diariamente, un porcentaje importante consume cannabis (75% último año, 63,4% último mes y 30% diario), la cocaína la consumen el 35% en el último año y 1 de cada 5 la consumió en el último mes y el éxtasis lo consumió un 18% en el último año y la mitad de ellos lo hizo en el mes previo a la encuesta. El 34,7% tomó 4 o más drogas (según criterios para estudio de consumo concurrente de drogas).

### 2.1.3. Consumo de cannabis.

El consumo de cannabis está ampliamente extendido en la población adolescente y joven de Madrid, tanto en hombres como en mujeres. Las prevalencias de consumo son mayores para los varones en todos los grupos de edad, excepto en el grupo de 15 y 16 años, en el que no se observan diferencias. Esto es así para todas las

frecuencias de consumo investigadas (alguna vez en la vida, último año, último mes y diario).



*Gráfico 3. Prevalencias de consumo de cannabis reciente, actual y diario, según sexo y edad.*

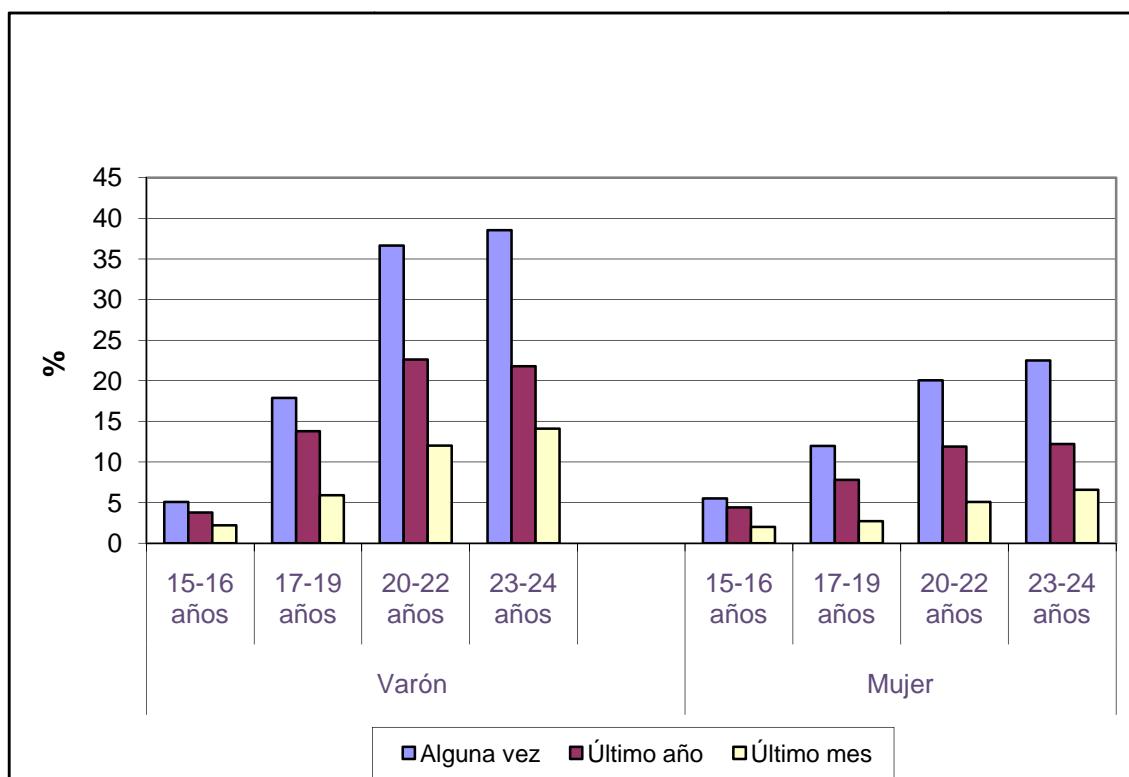
La prevalencia de consumo alguna vez en la vida aumenta con la edad en los dos sexos y a partir de los 22 años se estabiliza tanto en hombres como en mujeres. Para el consumo reciente y actual la prevalencia aumenta con la edad hasta los 17-19 años en los dos性os, observándose estabilización a partir de ese grupo de edad. Este incremento y posterior estabilización a partir de los 19 años se observa también en el consumo diario. (Gráfico 3)

Consumen diariamente el 13,8% de los entrevistados, el 18,3% de los varones y el 9,3% de las mujeres. En el grupo de menor edad (15-16 años) no se observan diferencias entre chicos y chicas siendo más prevalente el consumo diario en varones a partir de esa edad. Los consumidores diarios se concentran entre los 20-24 años para los dos性os.

#### 2.1.4. Consumo de cocaína.

La cocaína es el psicoestimulante más consumido por los jóvenes madrileños. Tras el cannabis es la segunda droga de comercio ilegal más extendida. El consumo

diario es muy bajo con prevalencias menores del 1% para los varones y no se da consumo diario en mujeres en ningún grupo de edad.



*Gráfico 4. Prevalencias de consumo de alguna vez en la vida, reciente y actual de cocaína según sexo y edad.*

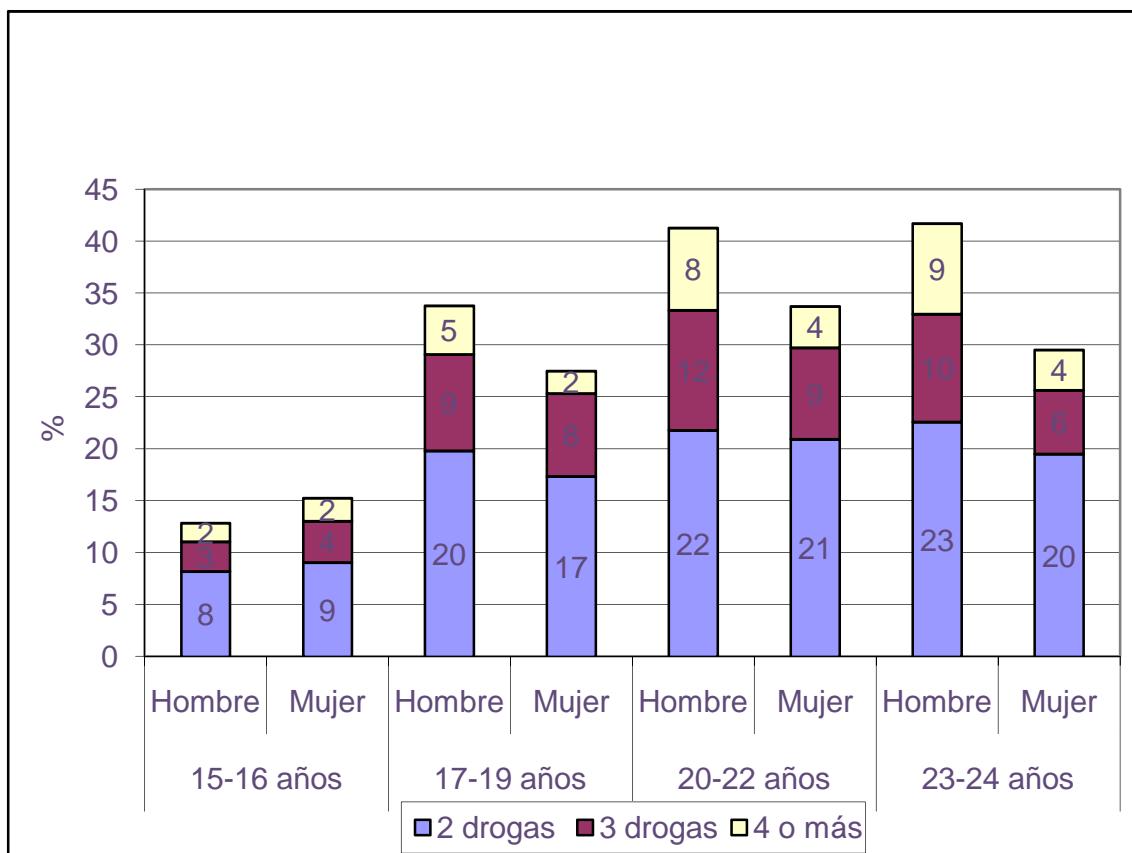
Los mas jóvenes, 15 y 16 años, no presentan diferencias de género en ninguna de las frecuencias de consumo investigadas. En los otros grupos de edad los varones presentan prevalencias más elevadas que las mujeres en todas las frecuencias - alguna vez en la vida, último año y último mes-. (Gráfico 4)

Tanto en varones como en mujeres las prevalencias aumentan significativamente con la edad, observándose estabilización a partir de los 22 años.

### 2.1.5. Policonsumo.

Para analizar el policonsumo, entendido como el consumo concurrente de varias drogas en un periodo de tiempo (último año y último mes), se han establecido los criterios de: consumo diario de tabaco y consumo abusivo de alcohol en promedio diario y, para las drogas de comercio ilegal, consumo en el último año. Para el policonsumo en el último mes se establecen los mismos criterios para tabaco y alcohol y el consumo regular expresado por consumo de 2 o más días por semana para el resto de sustancias.

Tomar dos o más drogas en el último año lo refieren el 35,4% de los jóvenes, casi 4 de cada 10 hombres y 3 de cada 10 mujeres.



*Gráfico 5. Policonsumo regular de drogas en el último mes según sexo y edad.*

Centrándonos en el policonsumo más actual (regular en el último mes) lo presentan el 31,6% del total y es más frecuente en hombres (35%) que en mujeres (28,1%). Las diferencias de género se observan para el consumo de 2 o más drogas en todos los grupos de edad, excepto en el grupo de 15-16 años. En relación al consumo de 4 o más drogas también se observan diferencias a favor de los hombres a partir de los 17 años. Las diferencias entre sexos en el consumo de 2 y de 3 drogas no alcanzaron significación estadística. La prevalencia de policonsumo se incrementa con la edad, en varones hasta los 20-22 años y en mujeres hasta 17-19 años, observándose una estabilidad en ambos sexos a partir de esas edades (Gráfico 5).

Si atendemos a las asociaciones más frecuentes en el policonsumo del último mes, encontramos que 1 de cada 5 jóvenes fuma tabaco diario y consume cannabis de forma regular, consume cannabis regularmente y presenta un patrón de bebedor abusivo el 12,7% de la población y fuma a diario y bebe de forma abusiva el 11,7%. El 5,8% consumió regularmente cannabis y cocaína y el 3,7% tomó cocaína regularmente y presenta un patrón de bebedor de riesgo.

## 2.2. El consumo de drogas en la población general.

Se cuenta con los datos de la encuesta de salud de la ciudad de Madrid realizada en 2005 y el informe de la encuesta "Estudio del consumo de drogas y factores asociados en el municipio de Madrid 1997", que permiten analizar la tendencia y el consumo actual de tabaco y alcohol por parte de la población de 15 a 64 años, si bien, de la encuesta 2005, se analizan los datos de 16 a 64 años.

En general se observa una tendencia de disminución en el consumo de tabaco, tanto por lo que se refiere a la experimentación como en el consumo diario y en el consumo esporádico. Estas diferencias en el periodo de estudio son significativas en hombres y en mujeres. Respecto al abandono del tabaco se observa que la proporción de mujeres ex fumadoras se incrementa en el periodo, sin observarse diferencias en los varones (Gráfico 6).

En el año 2005 la mitad de los madrileños refiere consumo de alcohol en la semana previa a la encuesta, el 47% son bebedores moderados, los bebedores de riesgo (ingesta de alcohol en promedio diario  $\geq 50\text{cc}$  en varones y  $\geq 30\text{cc}$  en mujeres) suponen el 3% de la población y se concentra este patrón de riesgo en varones entre 16 y 24 años.

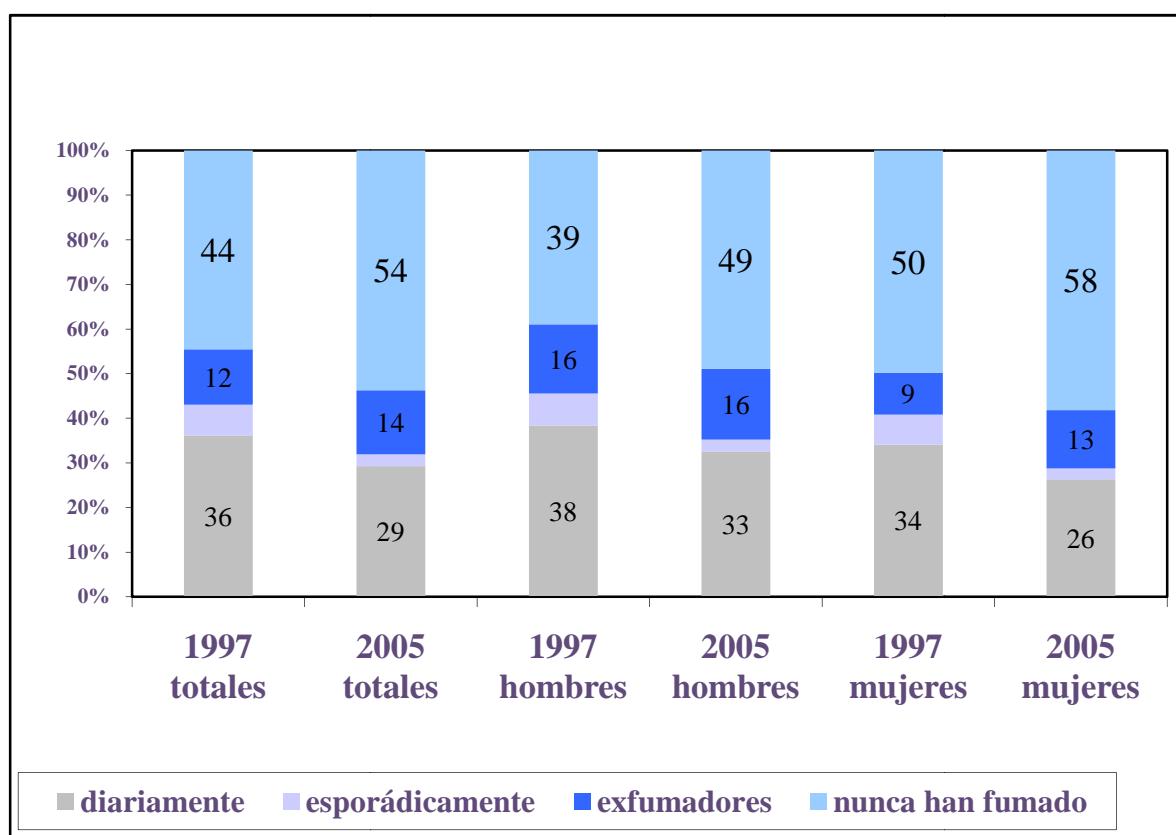
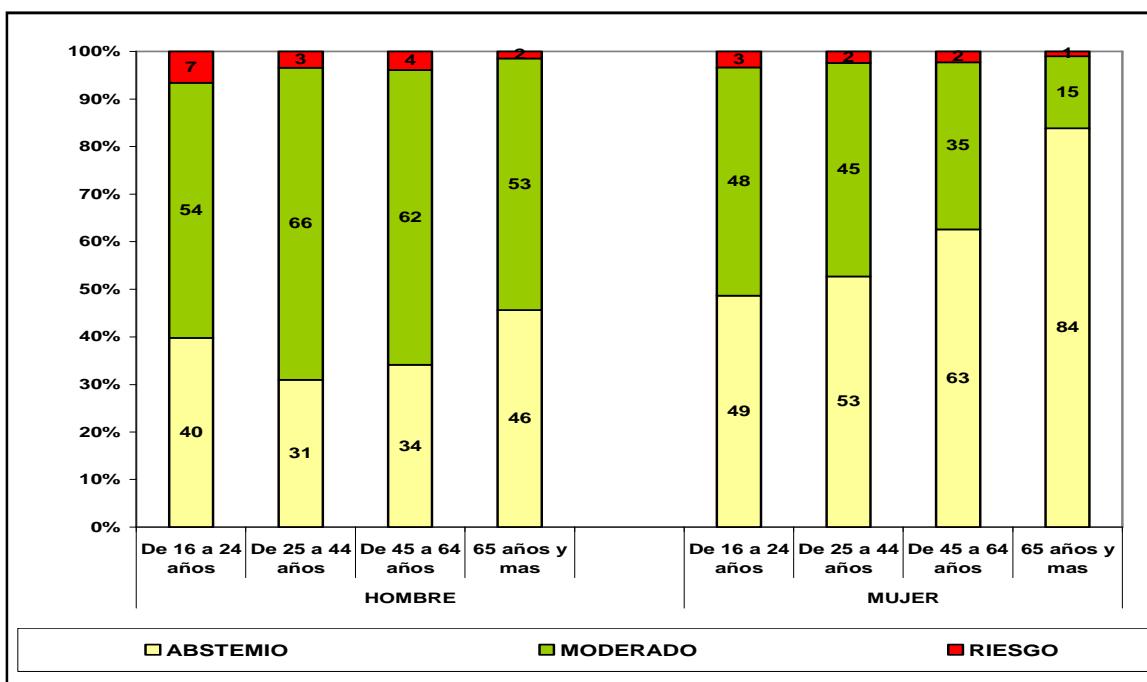


Gráfico 6. Tipologías respecto al consumo de tabaco según sexo. Años 1997 y 2005.



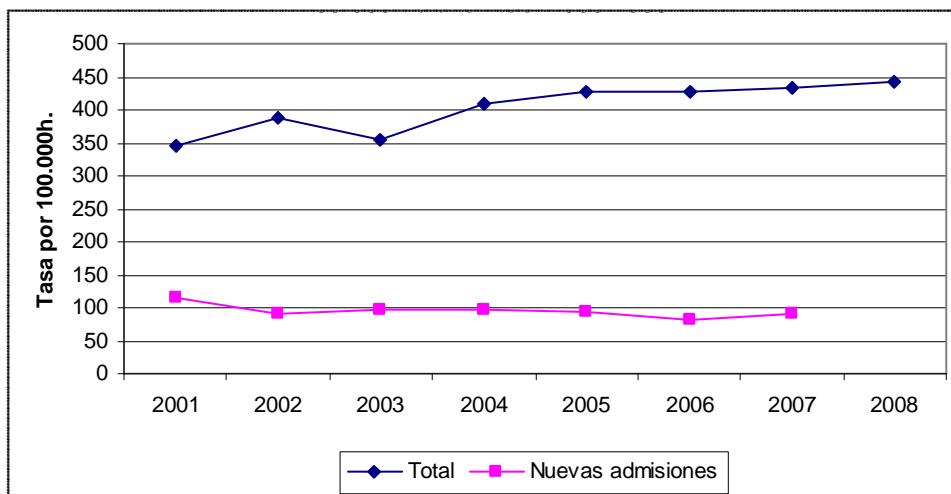
*Gráfico 7. Tipologías de bebedores de alcohol según sexo y edad. 2005.*  
 Fuente: Estudio de Salud de la ciudad de Madrid.

## 2.3. Indicador tratamiento.

### 2.3.1. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas.

El indicador admisiones a tratamiento constituye un estimador de primer orden del consumo problemático de drogas en un contexto determinado. Se obtiene de un protocolo estándar que recoge datos individualizados sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en toda España desde 1987. En el caso de la ciudad de Madrid se centraliza en el Instituto de Adicciones la información procedente de los CAD y otros centros de la red, que a su vez notifican al registro autonómico de admisiones a tratamiento. Se ha utilizado la base de datos del registro autonómico de admisiones a tratamiento, concretamente la fracción correspondiente a los ciudadanos de Madrid tratados en el año 2008.

La evolución temporal de la tasa por 100.000 habitantes de tratados por abuso o dependencia de drogas desde el año 2000 en la ciudad de Madrid, se muestra en el siguiente gráfico. Las admisiones anuales a tratamiento se mantienen estables a lo largo del periodo y se observa una tendencia ligeramente ascendente en el número total de tratados en los últimos años.



*Gráfico 8. Tratados por abuso o dependencia de drogas en la ciudad de Madrid. Totales y nuevas admisiones, tasa por 100.000 habitantes. 2000-2008.*

### 2.3.2. Perfil de pacientes tratados por trastornos de abuso o dependencia de sustancias en las redes públicas de la ciudad de Madrid.

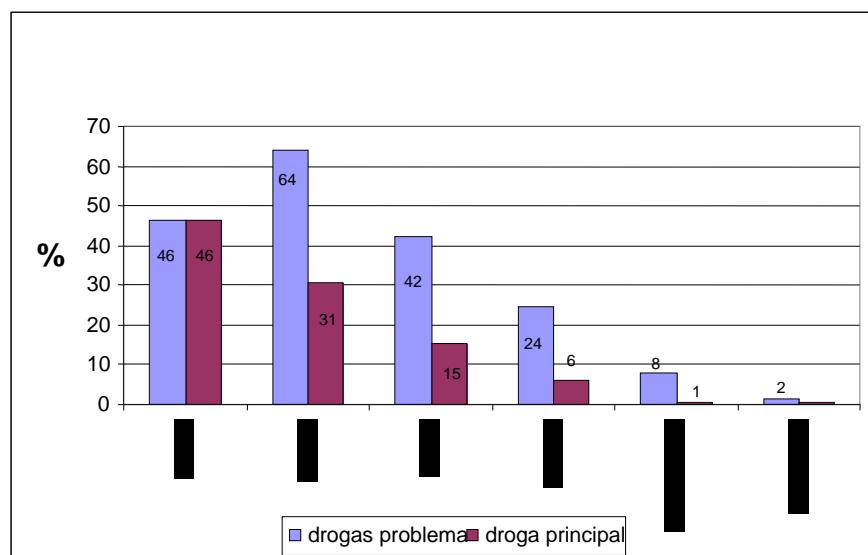
Se trajeron en la ciudad de Madrid, durante el año 2008, 14.210 pacientes. La razón hombre/mujer fue de 4,3 y la edad media de los tratados fue de 38,9 años (DE 9,5) 39 años (DE 9,5) en hombres y 38,7 (DE 9,6) en mujeres.

En relación al estado civil, uno de cada cuatro está casado o con pareja de hecho y seis de cada diez están solteros. Entre las mujeres es menor el porcentaje de solteras (54%) y mayor el de separadas (17,5%) que en los hombres (14,2% de separados). El nivel de estudios completado en la mayoría de la población tratada es de estudios secundarios (61,5%) y un 8% no completó estudios primarios o no lee ni escribe. Algo mas de la mitad de los tratados (51,3%) tiene un nivel socioeconómico medio y el 46,4% un nivel bajo y, las mujeres presentan nivel bajo en mayor proporción (50,6%) que los varones (45,4%).

Respecto a la actividad que desarrollan en el momento de admisión a tratamiento destaca que el 37,5% están parados, el 41,5% de las mujeres y el 36,6% de los hombres. Las tasas de paro para la ciudad de Madrid en el primer trimestre de 2008 fueron de 7,1% para el total de población de 16 a 64 años, 6,2% para los hombres y 8,2% para las mujeres.

Con relación a las drogas que motivan el tratamiento se observa que la heroína, como droga principal, justifica el 46,3% del total de tratados, la cocaína el 30,3%, seguidas del alcohol (15,3%), cannabis (5,7%), hipnosedantes y anfetaminas ambas por debajo del 1%. Si se contemplan las drogas secundarias, consideradas por el clínico como sustancias que explican el trastorno de dependencia o abuso, encontramos que la cocaína se notifica como droga problema (principal o secundaria) en el 63,8% de los casos, la heroína en el 46,3%, el alcohol (42,3%), el cannabis (24,4%) y, con porcentajes mucho mas bajos, los hipnosedantes (7,7%) y anfetaminas (1,6%). Gráfico 9.

Entre hombres y mujeres no se observan diferencias destacables en el papel de las diferentes drogas que motivan el tratamiento. Sin embargo el peso de las diversas sustancias varió sustancialmente según la edad, observándose que las diferencias dependen de la edad y no del género en los diferentes grupos etarios. Los más jóvenes se tratan por trastornos inducidos por cocaína (el 58% entre los menores de 35 años) y por cannabis (37% de menores de 25 años). Las edades medias, de 35 a 54 años, se identifican con la heroína como droga principal (60%) y en los más añosos, a partir de 55 años el alcohol cobra gran importancia (gráficos 10 y 11).

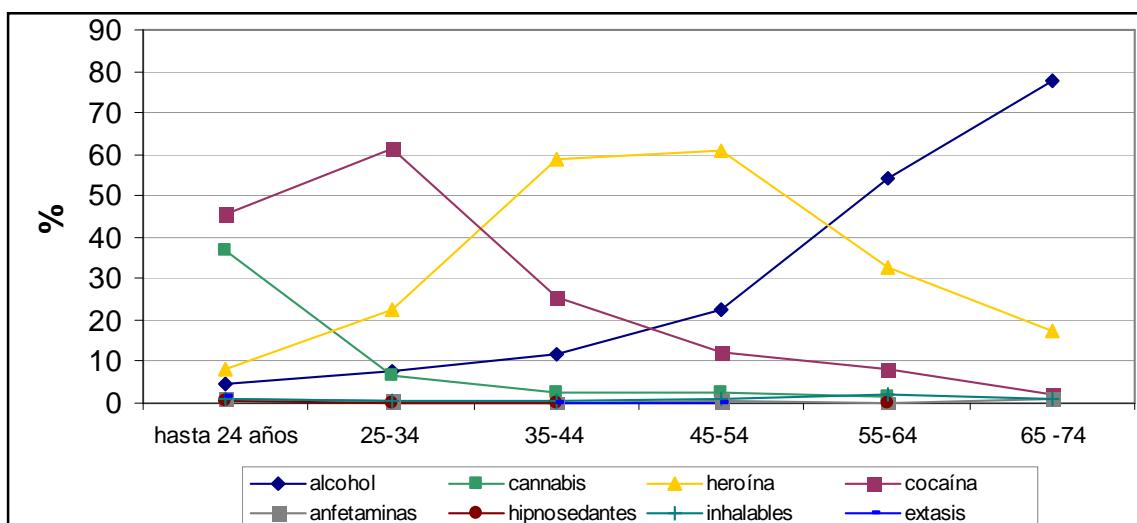


*Gráfico 9. Distribución porcentual según drogas que motivan el tratamiento y según droga principal.*

Según la droga principal se observan también importantes diferencias en variables sociodemográficas, de consumo y sanitarias.

Los tratados por heroína como droga principal tienen una edad media de 41,6 años y una edad media de inicio de consumo de la droga principal de 20,6 años. Presentan un nivel socioeconómico bajo en mayor proporción que los tratados por otras drogas (64,5%). También presentan niveles de estudios mas bajos (el 38% alcanzo estudios primarios o menos) y respecto a la actividad en el inicio del episodio de tratamiento presentan el porcentaje mas alto de parados (46%). El 65,8% cuenta con antecedentes legales constando en un 40,2%, antecedentes con prisión.

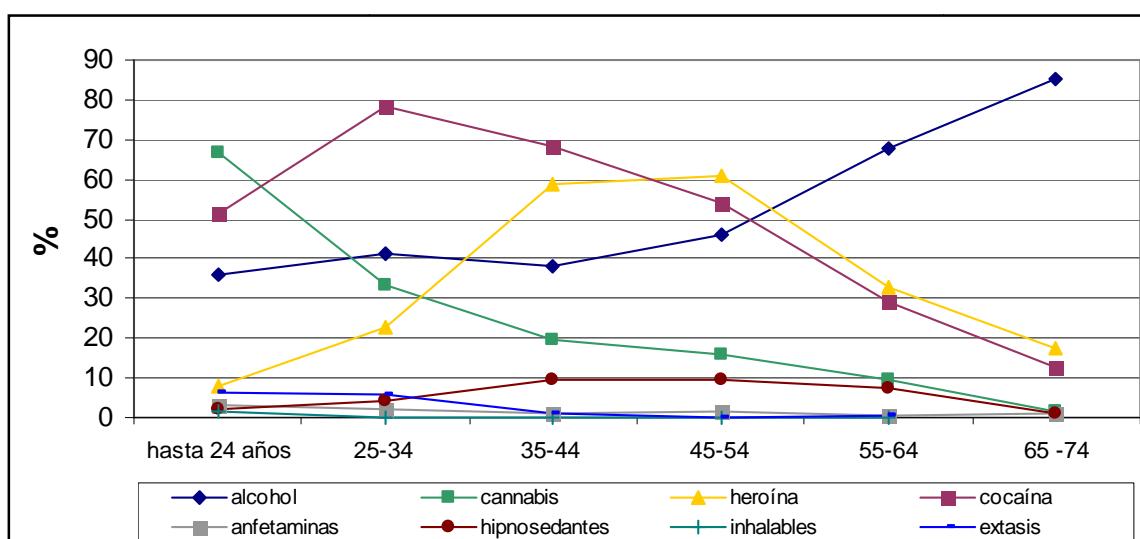
Los tratados por cocaína son mas jóvenes (33,8 años de edad media), con una edad media de inicio de consumo de la droga principal de 21 años. Respecto al nivel de estudios alcanzados, el 68,4% cuenta con estudios secundarios y 9,5% con estudios universitarios. El 60% trabaja en el momento de iniciar tratamiento presentando el porcentaje mas elevado entre los diferentes grupos de tratados. Un 24% refirió antecedentes legales, en proporción similar antecedentes con y sin prisión.



*Gráfico 10. Distribución porcentual según droga principal y grupos de edad.*

Los que tienen el cannabis como droga principal son los más jóvenes, con 29 años de edad media y se iniciaron más temprano en su consumo (16,2 años de media). Están solteros en mayor proporción (78%), el nivel de estudios es similar al grupo de cocaína, de hecho el 28% estuda en el momento de iniciar el episodio de tratamiento. Presentan el porcentaje de parados (23,5%) mas bajo de los grupos de tratados. En el 20% constan antecedentes legales y solo el 8% han estado en prisión.

Los tratados por alcohol son los mas añosos (45,3 años de edad media), y tienen una edad media de inicio de consumo de la droga principal de 18,6 años. Están casados o tienen pareja de hecho en mayor proporción (37%). Cuatro de cada diez tienen un nivel socioeconómico bajo. En cuanto al nivel de estudios, alcanzaron estudios primarios o menos el 29,2% y el 12% cuenta con estudios universitarios. Es el grupo de tratados con menos antecedentes legales (17%) y con menos antecedentes de prisión (6,3%).



*Gráfico 11. Distribución porcentual según droga problema y grupos de edad.*

En relación a la infección por VIH se cuenta con información en el 71% de los tratados (9.993 casos), observándose una prevalencia de infección por VIH del 20,2% (19,7% los hombres y 22,4% las mujeres).

Resulta de gran interés analizar la prevalencia en la población con antecedentes de inyección. Se cuenta con información relativa a antecedentes de inyección en el 76% de los tratados, y en el 30,2% de ellos (3.227 pacientes) el dato es positivo, se han inyectado drogas con alguna frecuencia en el periodo de consumo.

El 45% de los que se han inyectado alguna vez presentan anticuerpos frente al VIH, el 44,4 % de los hombres y el 48% de las mujeres y solo el 3,8% de los pacientes que refieren que nunca han utilizado la vía intravenosa, también en este grupo aunque las diferencias son pequeñas es mas elevada en mujeres (5,1%).

Son más importantes las diferencias en la prevalencia de infección en inyectores según la edad, concentrándose las prevalencias tanto en hombres como en mujeres de los 35 a los 64 años (gráfico 12).

En relación a las sustancias los inyectores se concentran en el grupo de tratados por heroína como droga principal, el 93,5% de inyectores se trata por heroína. El 66% de los heroinómanos tiene antecedentes de inyección y el 34% presenta infección por VIH, elevándose a 47% la prevalencia en los heroinómanos inyectores.

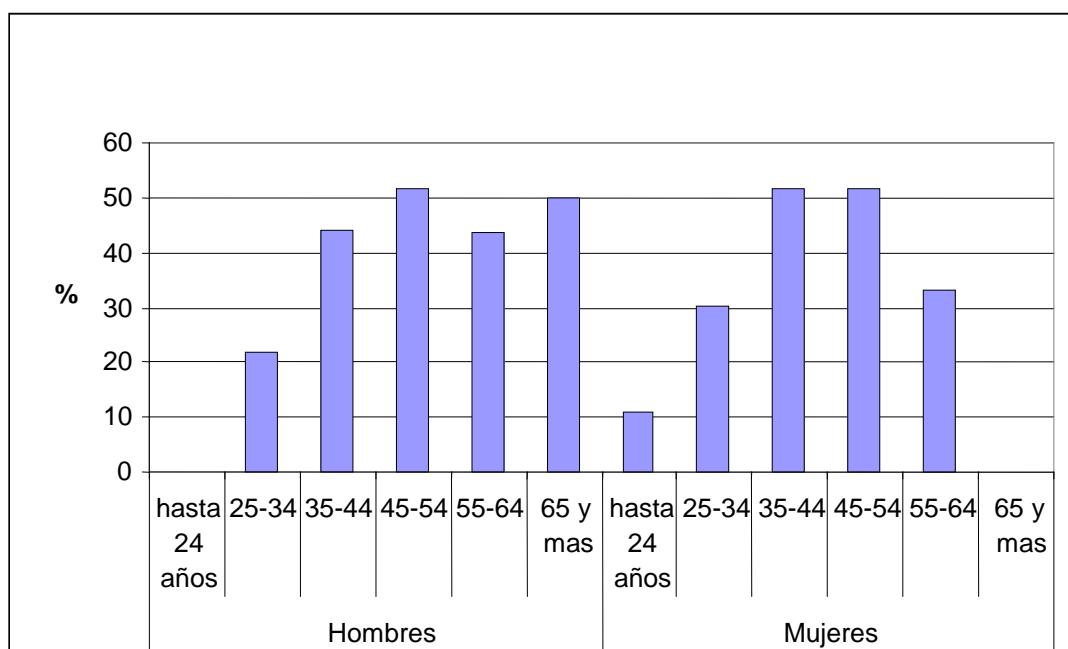
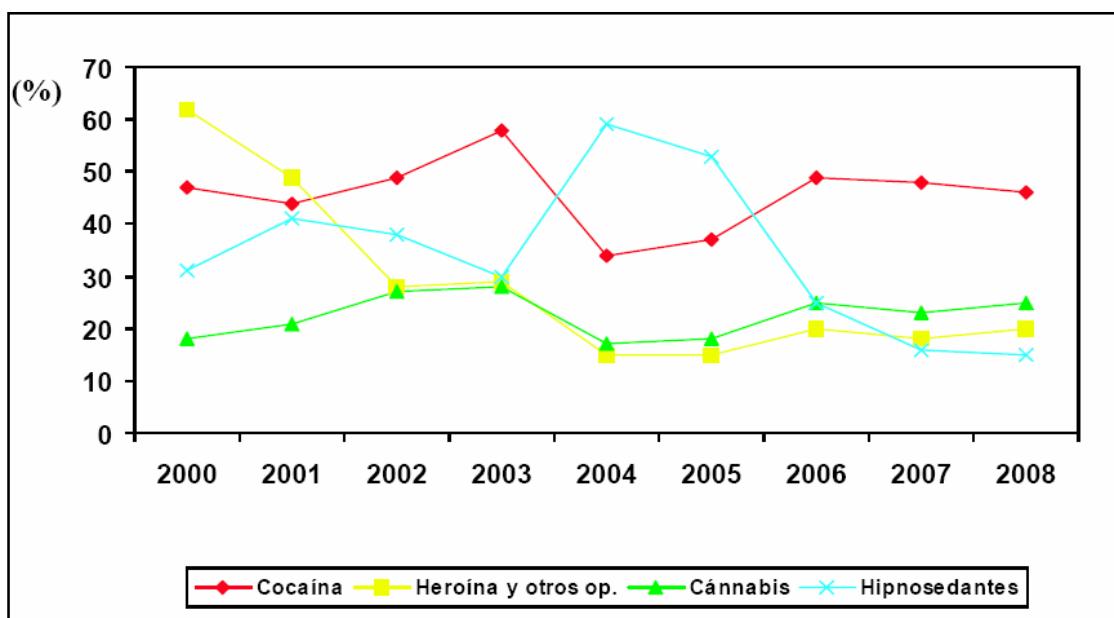


Gráfico 12. Prevalencia de infección por VIH en pacientes con antecedentes de inyección según sexo y edad.

## 2.4. Otros indicadores.

### 2.4.1. Indicador urgencias por consumo de drogas.

Los datos que se recogen están referidos a toda la Comunidad Autónoma de Madrid, si bien recogen solamente información de los casos en una semana de cada mes y en trece hospitales de la red pública del SERMAS.



*Urgencias directamente relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas.  
Distribución según la sustancia que provoca la urgencia.  
Comunidad de Madrid. Años 2000-2008.*

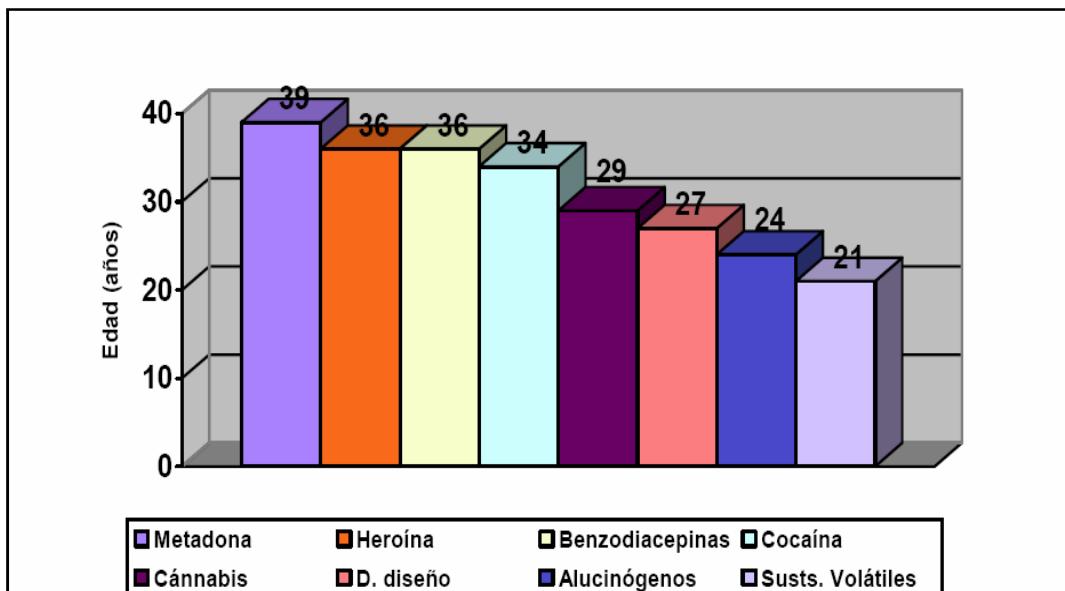
De los datos del gráfico anterior se deduce la consolidación del papel protagonista de la cocaína y de otros estimulantes en la mayoría de las urgencias provocadas por drogas en la Comunidad Autónoma de Madrid.

La heroína, que perdió su peso en el principio de la década, continúa en valores similares.

Las importantes diferencias encontradas en los últimos años con respecto al papel de los hipnosedantes se explican, sobre todo, por cambios en la definición del indicador.

De los casos atendidos en los servicios de urgencia de la Comunidad de Madrid por problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, las personas de más edad son las consumidoras de metadona, con una edad media de 39 años, le siguen los consumidores de antidepresivos (37 años) benzodiacepinas y heroína (36 años), y los que consumen cocaína (34 años).

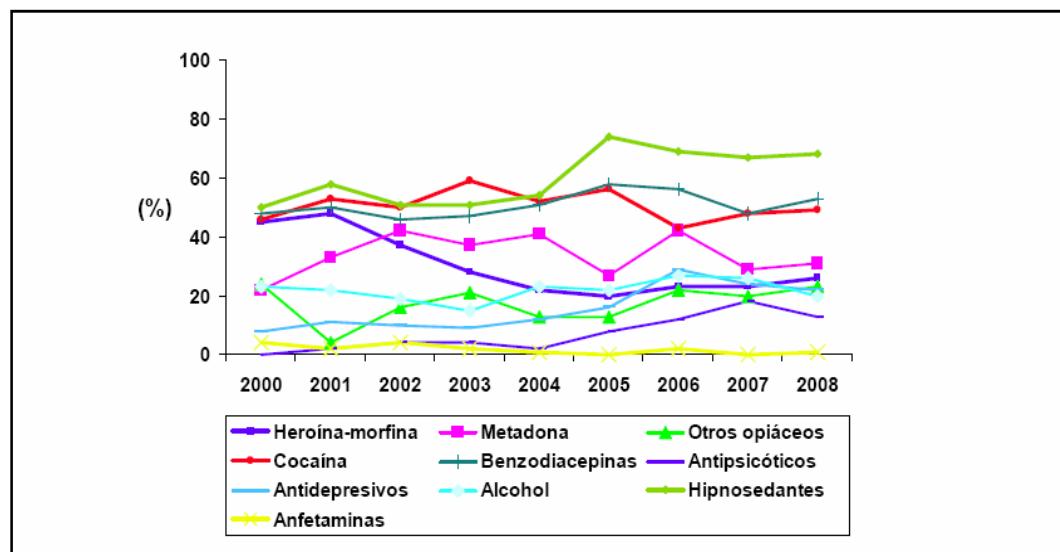
Los más jóvenes son los consumidores de sustancias volátiles (21 años) y alucinógenos (24 años).



*Urgencias hospitalarias relacionadas con consumo de sustancias psicoactiva.  
Edad media de los sujetos atendidos según la droga consumida.  
Comunidad de Madrid. Año 2008.*

#### 2.4.2. Indicador mortalidad por reacción aguda a drogas.

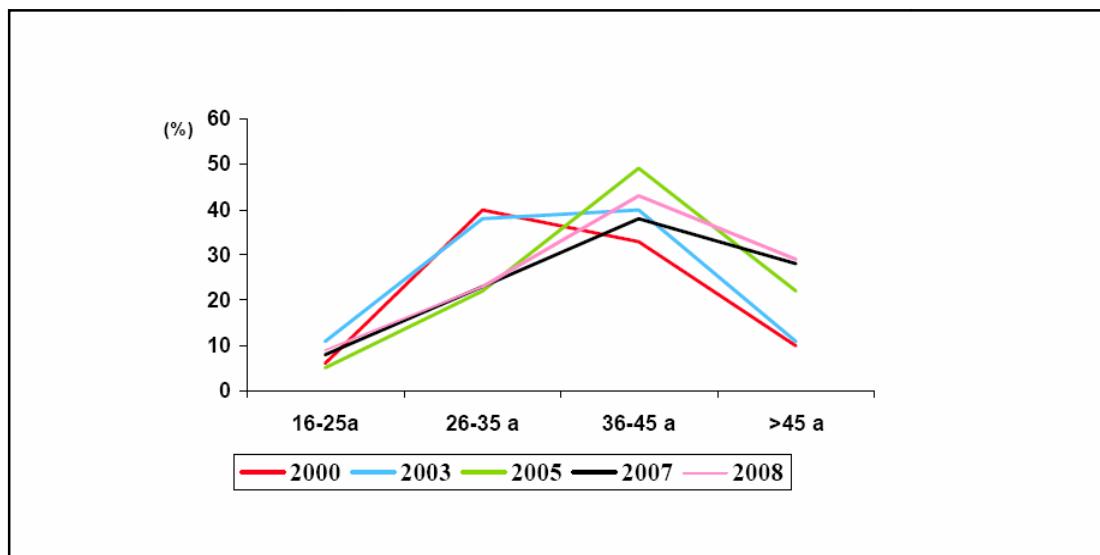
Los datos que se aportan sobre este indicador están referidos a toda la Comunidad Autónoma de Madrid y registran únicamente las muertes por reacción aguda al consumo de drogas.



*Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas, según las drogas encontradas.  
Instituto Anatómico Forense de Madrid. 2000-2008*

Respecto a las sustancias encontradas en los análisis *postmortem*, los opiáceos son los más frecuentemente detectados, seguidos por las benzodiacepinas y la cocaína. En menor porcentaje se detectan los antidepresivos y el alcohol.

En cuanto a la edad de los fallecidos, tal y como se recoge en el gráfico siguiente, se observa una tendencia al envejecimiento en el periodo de estudio (2000-2008).



*Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas, según la edad.*  
Instituto Anatómico Forense de Madrid. 2000-2008



# 3

# PRINCIPIOS Y CRITERIOS ORIENTADORES EN EL PLAN

---

## 3.1. Introducción.

---

La reflexión y el debate generados, tanto entre los profesionales del propio Instituto de Adicciones, como en los foros que se han ido propiciando en el proceso de elaboración de este nuevo Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid, han tocado de un modo expreso y recurrente, al tema de los valores, los criterios o los principios rectores de las acciones a desarrollar en el marco del propio Plan. Estos principios o criterios orientadores son fundamento, para los profesionales que trabajan en este ámbito, de su continuo esfuerzo por realizar un trabajo bien hecho y prestar un servicio de calidad a los afectados, a sus familias y a toda la comunidad.

Muchos de estos principios orientadores han sustentado y dado sentido a las acciones desarrolladas a lo largo de los más de 20 años de historia del Plan Municipal contra las Drogas y continúan vigentes en la actualidad. Otros son resultado de los cambios en el fenómeno de las adicciones, de la experiencia de los equipos técnicos y profesionales y de los interrogantes que, sobre la evolución de las adicciones han ido surgiendo en los foros de reflexión y debates mencionados.

## 3.2. Principios y criterios orientadores del Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid.

Los principios o criterios orientadores que se recogen a continuación pretenden aunar experiencia e innovación como guías fundamentales para el proceso de adaptación a una realidad que evoluciona de forma continua.

1. **Compromiso ético.** Defender que todas las actuaciones desarrolladas en el marco del presente Plan de Adicciones tengan en cuenta los principios éticos de beneficencia, autonomía, justicia e inocuidad.
2. **Enfoque Integral.** Entender las adicciones como un fenómeno complejo, multicausal y multifactorial, propiciando respuestas que tengan en cuenta los diversos factores interviniéntes, desde la aplicación de un modelo bio-psico-social, tanto para la prevención como para la asistencia y reinserción de las adicciones y sus consecuencias en las diversas facetas de la vida de las personas y de su entorno.

3. **Universalidad y Equidad.** Facilitar, en igualdad de condiciones y sin discriminación, el acceso de toda la población a las prestaciones preventivas, asistenciales y de integración social, con carácter público y gratuito, según su necesidad, prestando una especial atención a aquellos grupos sociales más vulnerables o con mayores dificultades para el acceso y aprovechamiento de los servicios y recursos.
4. **Cooperación e Interdependencia.** Promover la coordinación y cooperación entre las diversas redes públicas, instituciones y organizaciones sociales, como estrategia para la articulación de respuestas ajustadas al carácter complejo y multifactorial de las adicciones.
5. **Integración y Normalización.** Orientar todos los procesos de intervención que se realicen, ya sean de carácter preventivo o se refieran al continuo “asistencia-reinserción”, hacia el objetivo último de conseguir el mayor grado posible de integración social, seleccionando siempre que sea posible, la utilización de los recursos normalizados existentes y potenciando el mantenimiento o la recuperación de los vínculos familiares y sociales.
6. **Adaptabilidad e Innovación.** Prever y anticiparse a los cambios sociales en general y, de forma concreta, los que continuamente se producen en el ámbito de las adicciones, monitorizando su evolución a fin de conocer las necesidades emergentes y poder articular una respuesta flexible y adaptada a las mismas.
7. **Participación Comunitaria.** Establecer los mecanismos que posibiliten la implicación de las instituciones públicas, de las organizaciones no gubernamentales e interlocutores sociales, de los servicios o recursos comunitarios, del voluntariado, de los ciudadanos en general y de las propias personas afectadas y sus familias, facilitando la articulación de respuestas ágiles y globales a las necesidades planteadas.
8. **Calidad.** Orientar las acciones del Instituto de Adicciones hacia la mejora continua, la búsqueda de la satisfacción de los usuarios, la eficiencia y la efectividad del sistema, a través de procesos de formación, investigación y evaluación continua. En este sentido, el presente Plan aboga por el avance en la implementación de programas, en los que la fundamentación teórica, la validación empírica de las intervenciones y la evaluación sean elementos nucleares de una forma de actuar basada en la evidencia científica.

# 4

## COORDINACIÓN

---

El presente Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid pretende dar respuesta a una realidad compleja, multicausal y multidimensional, como es el problema de las adicciones, y los daños y riesgos asociados a las mismas. Dicha respuesta, por lo tanto, deberá necesariamente ser una respuesta plural e integral, que sólo puede articularse mediante estructuras y procesos de coordinación entre los diferentes servicios, programas e instituciones con responsabilidad en alguna o algunas de las parcelas que forman parte de la realidad de este fenómeno.

Esta coordinación, no por necesaria, resulta menos compleja. La dificultad que supone la puesta en marcha y el mantenimiento de las estructuras, procesos y protocolos de actuación coordinada entre las diferentes instituciones y agentes implicados en el tema de las adicciones, supone, en ocasiones, uno de los principales escollos con los que las redes de atención deben enfrentarse para poder ofrecer respuestas adecuadas a las diferentes realidades, personales, familiares y sociales. Esta complejidad, sin embargo, constituye un reto fundamental, ya que solo en una adecuada estrategia de coordinación radica la posibilidad de éxito de las intervenciones y la capacidad para generar mutuas sinergias entre los diferentes agentes implicados.

### 4.1. Niveles de coordinación del Plan.

---

#### 4.1.1. Coordinación a nivel internacional.

Madrid es la ciudad española que destina un mayor número de medios (económicos, humanos y de todo tipo) a la intervención en adicciones. Este hecho y su ya larga trayectoria en la prevención y tratamiento de las drogodependencias, han hecho de la ciudad un referente importante en foros internacionales relacionados.

En este ámbito internacional, el Instituto de Adicciones mantiene abiertas líneas de colaboración y de coordinación con otras ciudades y países en aspectos como los siguientes:

- Coordinación con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en la formación de técnicos y en el diseño y elaboración de planes de intervención en drogodependencias en otros países, así como en otros

programas de cooperación internacional en materia de drogodependencias.

- Participación en foros internacionales en materia de adicciones.
- Recepción de delegaciones de responsables políticos y técnicos de otros países en materia de drogodependencias, para dar a conocer nuestros programas, servicios, sistemas de coordinación, evaluación, etc.

#### **4.1.2. Coordinación a nivel nacional.**

- Con el Plan Nacional sobre Drogas en el desarrollo de programas, investigaciones y publicaciones en materia de drogodependencias y desarrollo de intervenciones en los diferentes ámbitos, en consonancia con las directrices de las Estrategias Nacionales sobre Drogas.
- Con la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), en la elaboración de documentación técnica y publicaciones sobre drogodependencias, actividades de formación, investigación y difusión de actividades y programas.
- Con Fundaciones, ONG y federaciones de ámbito nacional, que trabajan en drogodependencias, en temas técnicos, formación, estudios, investigaciones, publicaciones etc.

#### **4.1.3. Coordinación a nivel autonómico y local.**

El Instituto de Adicciones coordina una importante red de centros, programas y servicios destinados a la prevención y la atención integral de las adicciones en la ciudad de Madrid. Esta Red, amplia y diversificada, precisa para el logro de sus objetivos, desarrollar una continua tarea de coordinación con otras redes y servicios, tanto de ámbito autonómico como local, que permita complementar actuaciones y ofrecer así una respuesta plural a las necesidades que presentan las personas afectadas por un problema de adicción, sus familias y la sociedad en su conjunto.

Destacamos a continuación las principales líneas de coordinación desarrolladas desde el Instituto de Adicciones en estos ámbitos, así como las líneas prioritarias de actuación en las que se considera necesario crecer y profundizar en los próximos años.

##### **4.1.3.1. Coordinación con la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.**

- Participación en la elaboración de los planes estratégicos de intervención en Adicciones coordinados desde la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid y en el Comité de Coordinación de dichos planes.
- Participación en las estructuras de coordinación de la Agencia Antidroga (Consejo Consultivo de Drogodependencias, Observatorio de Drogodependencias, Consejo de Administración).
- Mantenimiento de Convenios de colaboración en materia de Adicciones.
  - Convenio de Colaboración para el desarrollo de programas asistenciales, en virtud del cual desde el Instituto de Adicciones se desarrollan diferentes programas y servicios como el Centro de

- Atención Básica Sociosanitaria o las Comunidades Terapéuticas y pisos de apoyo al tratamiento y la reinserción.
- Convenio de Colaboración, en el que también participa la Consejería de Justicia del Gobierno de la Comunidad de Madrid, para el mantenimiento de un programa de asistencia e información a jueces y detenidos en la sede de los juzgados de primera instancia de Madrid.
- En esta línea se considera necesario avanzar en la generación de estructuras estables de coordinación, que faciliten la planificación conjunta de acciones en materia de adicciones en el ámbito territorial de la Ciudad de Madrid, evitando duplicidades y rentabilizando los recursos actualmente existentes.

#### **4.1.3.2. Coordinación con otras redes públicas.**

- Con Atención primaria de Salud para el desarrollo de un trabajo conjunto, orientado a facilitar el trabajo mutuo en materia de prevención, el acceso de los ciudadanos a ambas redes, así como el tratamiento y la normalización e integración social de los pacientes.
- Con la Red de Salud Mental, para al desarrollo de protocolos de actuación conjunta para la intervención con pacientes con Patología Dual, de forma que se garantice la cobertura de sus necesidades y se rentabilicen los recursos mutuos.

#### **4.1.3.3. Coordinación con el “Tercer Sector”.**

- Mantenimiento de Convenios de colaboración en materia de adicciones con ONG del ámbito de las drogodependencias, entre otras, la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), Cruz Roja Española, Fundación Centro Español de Solidaridad Proyecto Hombre, Cáritas Madrid, Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), Federación Madrileña de Asociaciones para la Asistencia al Drogodependiente y su Familia (FERMAD), etc., para el desarrollo de programas de prevención, atención integral a las drogodependencias, formación, investigación, etc.
- Apoyo al movimiento asociativo para el desarrollo de programas y recursos de prevención, tratamiento y reinserción en materia de adicciones. Este tipo de programas, que se apoyan mediante una convocatoria anual de subvenciones, complementan las principales líneas de actuación desarrolladas desde el propio Instituto de adicciones.

#### **4.1.3.4. Coordinación con Universidades y Colegios Profesionales.**

- Convenios con diferentes Universidades Madrileñas (Universidad Complutense, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad Rey Juan Carlos, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Universidad de Alcalá de Henares, etc.) para el desarrollo de programas de formación en prácticas de alumnos de distintas disciplinas profesionales y para la

- promoción de la investigación y de la formación y actualización continua de los profesionales de la Red del Instituto de Adicciones.
- Convenios con Colegios Oficiales y con otras asociaciones de profesionales para el desarrollo de acciones conjuntas en los ámbitos de la formación, la investigación, la asistencia-reinserción y la sensibilización social en materia de adicciones.

#### 4.1.3.5. Coordinación con áreas y servicios municipales.

##### 4.1.3.5.1. Madrid Salud.

El Instituto de Adicciones, para el desarrollo de sus acciones, cuenta con el apoyo de otras unidades y servicios del propio Organismo Autónomo “Madrid Salud”, tanto en el ámbito de la gestión administrativa (gestión de contratos, convenios y otros), como en el ámbito de los servicios técnicos prestados a los ciudadanos. En este último, es esencial la colaboración y coordinación con el Instituto de Salud Pública en áreas como las siguientes:

- Laboratorio de análisis clínicos, desde el que se realizan los análisis clínicos y las determinaciones toxicológicas de los pacientes atendidos en los Centros de la Red.
- Servicio de Promoción de la Salud y Medio Ambiente, en el desarrollo de intervenciones preventivas y de promoción de la salud, de deshabituación tabáquica, y en el seguimiento de patologías frecuentemente asociadas a las drogodependencias.
- Unidad Técnica de Centros Monográficos, especialmente con el Centro Joven, el Centro de Salud Bucodental, Centro de Deterioro Cognitivo y Centro de Hábitos Saludables.
- Subdirección de Salud laboral, para la elaboración de planes y acciones dirigidas a la prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral.

Para facilitar la coordinación entre los Institutos de Adicciones y de Salud Pública, se desarrolla, en el marco del presente Plan la **Comisión Madrid Salud para las Adicciones**, formada por los siguientes miembros:

- Presidencia: Director del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid.
- Vicepresidencia: Director del Instituto de Salud Pública de la Ciudad de Madrid.
- Vocales:
  - Responsables de las áreas de Prevención, Asistencia y Reinserción del Instituto de Adicciones
  - Responsables de las áreas de Salud Laboral, Centros Madrid Salud y Centros Monográficos del Instituto de Salud Pública.
  - Responsable del Departamento de Evaluación y Calidad.
  - Responsable de la Unidad Técnica de Comunicación.

Esta Comisión, podrá contar en calidad de asesores, con cualquier profesional de Madrid Salud en razón de los temas a tratar.

Esta comisión queda facultada, para articular los grupos de trabajo que se consideren necesarios para dar respuesta a los compromisos del presente Plan, elevando sus conclusiones y propuestas a la Gerencia de Madrid Salud.

#### **4.1.3.5.2. Otras áreas y servicios municipales.**

- Vicealcaldía, y en su marco, Coordinación Territorial, Deportes y Participación Ciudadana.
- Área de Gobierno de Seguridad y Movilidad, en la que se destaca el importante papel de Policía Municipal en la prevención de las drogodependencias.
- Área de Gobierno de Hacienda y, más concretamente, con la DG de Calidad y Atención al Ciudadano, en el desarrollo y seguimiento de acciones dirigidas a la mejora de la calidad de los servicios prestados a los ciudadanos desde el Instituto de Adicciones.
- Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales y, dentro de ella, con los Servicios Sociales Generales, incluido el Samur Social, Educación y Juventud, Familia e Infancia, Cooperación e Inmigración e Igualdad de Oportunidades, con el objetivo de avanzar en la línea de desarrollar protocolos conjuntos de actuación con los diferentes colectivos de pacientes o desarrollar conjuntamente programas y servicios “mixtos”, que den respuesta a las necesidades de los mismos y faciliten su proceso de cambio y de integración en la sociedad.
- Área de Gobierno de Economía y Empleo y, dentro de ella, con la Agencia para el Empleo, en orden a facilitar la inserción laboral de los pacientes.
- Área de Gobierno de Medio Ambiente, para el desarrollo de programas de reinserción.
- Área de Gobierno de la Artes, para la colaboración en el desarrollo de programas de intervención y reinserción a través del ocio.

## **4.2. Foro Técnico de las Adicciones de la Ciudad de Madrid.**

---

Con el fin de garantizar la operatividad del Plan, continuar en la tradición de favorecer la máxima participación en el desarrollo de las políticas de lucha contra las adicciones y favorecer un entorno de coordinación efectivo, se creará el “*Foro Técnico de las Adicciones de la Ciudad de Madrid*”, cuyo plenario estará constituido por:

Miembros con voz y voto:

- Director General del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid que actuará como Presidente.
- Subdirector General de Coordinación del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid que actuará como Vicepresidente.
- Un representante del Instituto de Salud Pública de la Ciudad de Madrid con rango como mínimo de Subdirector General.
- Un representante del Área de Vicealcaldía con rango como mínimo de Subdirector General.

- Un representante del Área de Seguridad y Movilidad con rango como mínimo de Subdirector General.
- Un representante del Área de Familia y Servicios Sociales con rango como mínimo de Subdirector General.
- Un representante de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid con rango, como mínimo, de Subdirector General.
- Cuatro representantes de las Entidades del Tercer Sector más representativas en el ámbito de las adicciones:
  - Dos en representación de las entidades con centros o servicios concertados con Madrid Salud para la atención a las adicciones.
  - Uno a propuesta de UNAD
  - Uno a propuesta de FERMAD

Asistirán además a las reuniones, con voz y sin voto.

- Un funcionario designado al efecto por la Gerencia de Madrid Salud que actuará como Secretario.
- Los Jefes de Departamento de Prevención, Asistencia y Reinserción del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid.
- El Jefe del Departamento de Evaluación y Calidad de Madrid Salud.

El Foro Técnico de las Adicciones de la Ciudad de Madrid, aprobará su propio reglamento de funcionamiento interno.

El Pleno, podrá generar a su vez los grupos de trabajo que sobre temáticas relativas al campo de las adicciones y por tiempo determinado, juzgue pertinentes para el desarrollo de sus fines. Estos grupos, de eminente carácter técnico, estarán constituidos por una representación designada por los miembros del Pleno y presididos por los Jefes de Departamento del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, a los que concierne por razón de la materia a tratar. Su duración se establecerá a tiempo tasado para el tipo de encomienda formulada y de los resultados de sus trabajos, se dará cuenta al Pleno del Foro, sometiéndose si fuera oportuno a la aprobación de éste.

De todos los acuerdos que se tomen se dará cuenta al Gerente de Madrid Salud, quien los trasladará a los Delegados responsables de las Áreas representadas.

El Foro Técnico de las Adicciones de la Ciudad de Madrid, se reunirá, al menos, con una cadencia semestral, pudiendo celebrarse reuniones extraordinarias a propuesta del Presidente de la misma, o de la mayoría cualificada de sus miembros.

# 5

# LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y OBJETIVOS DEL PLAN DE ADICCIONES

---

El Ayuntamiento de Madrid asumió hace más de 20 años una importante responsabilidad en relación con las drogodependencias. Además de las competencias tradicionalmente atribuidas a los municipios, que abarcan los ámbitos de la prevención y el apoyo a la reinserción social de los afectados, en el caso de la Ciudad de Madrid, su Plan Municipal contra las Drogas asumió, paralelamente, compromisos en materia asistencial, como medio idóneo para articular una respuesta urgente y cercana a un problema que estaba generando una gran alarma y preocupación social.

Veintitrés años después, el Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid asume y mantiene el compromiso adquirido por el primer Plan Municipal contra las Drogas y se plantea, además, la incorporación de nuevas metas y la ampliación de su actividad a nuevos ámbitos de intervención, como el de las Adicciones Sociales.

## 5.1. Principales líneas estratégicas del Plan de Adicciones.

---

La planificación de las acciones a desarrollar en el presente Plan en orden a la consecución de sus objetivos, se orientará según una serie de directrices o líneas estratégicas, entre las que destacamos las siguientes:

- Situar la **Prevención** frente al consumo indebido de drogas como el objetivo prioritario de la intervención, en especial las acciones dirigidas a la población en edad escolar y a los adolescentes, propiciando la sensibilización social frente a los riesgos asociados al consumo de alcohol y de otras drogas y la participación de los diferentes agentes implicados.
- Prestar una atención especial a los **colectivos mas vulnerables** o con mayores dificultades en el acceso y la utilización adecuada de los recursos de la red: pacientes con larga historia de consumo y bajo potencial de cambio, pacientes con patología dual, drogodependientes sin hogar, personas con necesidades especiales debido a diferencias de origen, cultura o idioma, personas con complicaciones legales o judiciales y otros colectivos en riesgo de exclusión.
- Revisar, actualizar y reorientar las intervenciones en todos los ámbitos teniendo en cuenta la **perspectiva de género**, de forma que se garantice la

adecuación de los programas, servicios y acciones a las características y necesidades diferenciadas de hombres y mujeres.

- Se considera así mismo prioritario, reorientar las actuaciones del nuevo Plan teniendo en cuenta la **perspectiva de la multiculturalidad**, de forma que se pueda dar una respuesta ajustada a las necesidades y respetuosa con las diferencias culturales.
- Orientar las intervenciones desde una **perspectiva integral e integradora** que, partiendo de la multicausalidad y complejidad del fenómeno de las adicciones, genere respuestas múltiples e integrales, cuyo objetivo último sea el logro del mayor grado posible de salud, bienestar e integración social de las personas y los grupos sociales afectados.
- En sintonía con lo señalado en el punto anterior, desde el presente Plan se plantea como prioritario, desarrollar un importante esfuerzo para la mejora de la **coordinación y del trabajo en red**, potenciando los esfuerzos desarrollados desde los diferentes servicios, instituciones y organizaciones sociales implicados y favoreciendo la participación social.
- **Promover la calidad** en todos los niveles de la organización del Instituto de Adicciones, en coherencia con las líneas estratégicas que en este ámbito se plantean el Gobierno de la ciudad y Madrid Salud, mediante el acercamiento a la ciudadanía, el avance continuo hacia la excelencia en la prestación de los servicios, la incorporación de las tecnologías de la información y las comunicaciones y la implantación de una cultura de gestión eficaz, transparente y abierta.

## 5.2. Misión del Plan de Adicciones.

---

El Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid tiene como misión, evitar o reducir los problemas de adicción de la población madrileña, así como los daños y consecuencias relacionados con la conducta adictiva; daños y consecuencias que pueden afectar a la persona adicta, a su entorno familiar y social próximo y a la comunidad en su conjunto.

## 5.3. Objetivos generales.

---

El Plan de Adicciones se plantea una serie de grandes objetivos que orienten sus actuaciones en diferentes ámbitos:

- Ámbito de las Drogodependencias, y dentro del mismo, las actuaciones referidas al control de la oferta y las orientadas al control de la demanda.
- Ámbito de las llamadas Adicciones Sociales o comportamentales.
- Garantía de calidad.

### **5.3.1. Ámbito de las Drogodependencias.**

En este ámbito se proponen los siguientes objetivos generales:

#### **5.3.1.1. Control de la oferta.**

“Evitar o reducir la oferta de drogas ilegales en el ámbito de la Ciudad de Madrid y hacer cumplir la normativa sobre promoción, publicidad y venta de bebidas alcohólicas y tabaco”.

#### **5.3.1.2. Control de la Demanda.**

- **Prevención:** Evitar o reducir los consumos de tabaco, alcohol y/o de otras drogas y retrasar la edad de inicio, así como reducir los riesgos asociados a los consumos, cuando estos se producen.
- **Atención integral (Asistencia/Reinserción):** Ofertar a las personas que presentan abuso o dependencia del alcohol y/o de otras drogas, la atención y los recursos necesarios para abordar, de forma integral, tanto su problema de adicción, como los daños y consecuencias derivados de los consumos, procurando el mayor grado posible de integración en la sociedad y la mejora de su salud y calidad de vida así como la de su entorno familiar y social.

### **5.3.2. Ámbito de las Adicciones sociales.**

En este ámbito se proponen los siguientes objetivos generales:

- Lograr un mayor conocimiento de la realidad de las adicciones sociales, y en especial, del abuso de las nuevas tecnologías entre adolescentes y jóvenes de la ciudad de Madrid y potenciar la prevención y la disminución de esta problemática.
- Generar un **espacio orientador y/o terapéutico**, de carácter ambulatorio, basado en la evidencia científica, que permita la acogida, valoración y tratamiento de la ludopatía y las posibles adicciones generadas por el uso inadecuado de las tecnologías de la información, la comunicación y el juego en los vecinos de la ciudad de Madrid. Dicho espacio, utilizará protocolos y procedimientos homogéneos en todos los casos, sustentados por la investigación operativa y la experiencia desarrollada hasta la fecha por algunos recursos del Instituto de Adicciones.

### **5.3.3. Garantía de calidad.**

Para la consecución de sus objetivos, el Plan de Adicciones precisa desarrollar toda una serie de acciones, orientadas a facilitar, dar apoyo y soporte a la ejecución de las actuaciones previstas con garantía de calidad.

Estas acciones incluyen aspectos esenciales como la coordinación en sus diferentes ámbitos, la formación y el reciclaje del personal, la promoción de la investigación, la actualización de los sistemas de registro y de evaluación, la comunicación interna y externa, la utilización de las nuevas tecnologías y otras acciones orientadas a garantizar la mejora continua de la calidad de los servicios y la evaluación.

En este ámbito se propone como objetivo:

- Garantizar la calidad y la mejora continua de todos los servicios prestados por el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid.

En la tabla siguiente se ofrece un esquema que recoge la misión y los objetivos generales del Plan de Adiciones.

## 5.4. TABLA RESUMEN DE LA MISIÓN Y OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN.

MISIÓN Y OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN DE ADICCIONES DE LA CIUDAD DE MADRID					
MISIÓN	Evitar o reducir los problemas de adicción de la población madrileña, así como los daños y consecuencias relacionados con la conducta adictiva; daños y consecuencias que pueden afectar a la persona adicta, a su entorno familiar y social próximo y a la comunidad en su conjunto				
OBJETIVOS GENERALES	Drogodependencias		Adicciones Sociales	Garantía de Calidad	
	Reducción Oferta	Reducción Demanda			
	Evitar o reducir la oferta de drogas ilegales en el ámbito de la ciudad de Madrid y hacer cumplir la normativa sobre promoción, publicidad y venta de bebidas alcohólicas y tabaco	Evitar o reducir los consumos de tabaco, alcohol y/o de otras drogas y retrasar la edad de inicio, así como reducir los riesgos asociados a los consumos, cuando estos se producen.	Ofertar a las personas que presentan abuso o dependencia del alcohol y/o de otras drogas, la atención y los recursos necesarios para abordar, de forma integral, incluyendo la perspectiva de género, tanto su problema de adicción, como los daños y consecuencias derivados de los consumos, procurando el mayor grado posible de integración en la sociedad y la mejora de su salud y calidad de vida así como la de su entorno familiar y social.	Lograr un mayor conocimiento de la realidad de las adicciones sociales, y en especial, del abuso de las nuevas tecnologías entre adolescentes y jóvenes de la ciudad de Madrid y potenciar la prevención y la disminución de esta problemática. Generar un espacio orientador y/o terapéutico, de carácter ambulatorio, que permita la acogida, valoración y tratamiento de la ludopatía y las posibles adicciones generadas por el uso inadecuado de las tecnologías de la información, la comunicación y el juego.	Garantizar la calidad y la mejora continua de los servicios prestados por el Instituto de Adicciones.



# 6

# PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

---

## 6.1. Introducción.

---

El consumo de drogas continúa siendo un fenómeno extendido en muchos sectores de la población y, especialmente entre los jóvenes. Datos recientes de la encuesta estatal resaltan que hay un cambio en la tendencia tradicionalmente negativa sobre este aspecto y que las acciones desarrolladas desde objetivos preventivos pueden y deben tener un claro refuerzo motivacional que, por primera vez, se refleja en el resultado de estas encuestas.

Madrid Salud, a través del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, viene potenciando, de manera ininterrumpida, las acciones desarrolladas con objetivos netamente preventivos. Estas acciones se concretan a efectos del período 2004-2010 en:

- Incremento de los presupuestos dedicados directamente a actuaciones desarrolladas para la prevención, pasando de 1.517.386 euros en 2004 a 2.186.982 € en 2010, lo que supone un incremento de un 44,12 % en el total de este período.
- Incremento de la cobertura en educación secundaria pasando del 15% en 2005 hasta llegar progresivamente al 84% en 2010.
- Creación de nuevos servicios preventivos dirigidos al 100% de la población.
- Puesta en marcha de nuevos programas en diferentes ámbitos, dirigidos a destinatarios de etapas madurativas cada vez más tempranas (8 – 12 años).
- Elaboración de diseños de intervención cada vez más ajustados a los nuevos perfiles de vulnerabilidad.
- Integración transversal de las actuaciones para la gestión de riesgos.
- Expansión de las acciones emprendidas conjuntamente con otras Áreas de Gobierno del Ayuntamiento de Madrid.
- Diseño de programas, con objetivos específicos de prevención, en colaboración con las Juntas Municipales de Distrito.
- Incorporación de sistemas de evaluación que nos permitan garantizar la calidad de las intervenciones, establecer acciones de mejora continua y la búsqueda de la excelencia en la prestación de servicios a la ciudadanía.

Sin embargo, a pesar del incremento en los esfuerzos realizados en los últimos años, queda un amplio camino por recorrer, que hace necesario continuar trabajando y avanzando en este ámbito.

Por ello, el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, reafirma la apuesta por la prevención como un eje estratégico del Nuevo Plan de Adicciones 2011-2016, presentando, en esta nueva etapa, una planificación de carácter organizativo y de gestión de programas y servicios, que partiendo de la evidencia científica, incorpora la experiencia preventiva acumulada durante estos más de 20 años, a través del trabajo y colaboración de múltiples profesionales de diferentes disciplinas y procedencias.

## 6. 2. Justificación de la intervención preventiva.

---

### 6.2.1. Principios y consensos.

Consideramos conveniente hacer una breve referencia explícita a aquellos principios y recomendaciones provenientes de los principales organismos nacionales e internacionales, en torno a los cuales se estructuran los principales programas de prevención en la actualidad.

**“La carta de Ottawa”** que define la promoción de la salud como “El proceso que permite que las personas ejerzan control sobre los determinantes de la salud, mejorando así su salud”; identificando cinco estrategias claves que han constituido la columna vertebral de la práctica y el desarrollo de la política de promoción de la salud.

- Creación de una política saludable.
- Creación de entornos que apoyen la salud.
- Fortalecimiento de la acción comunitaria.
- Desarrollo de habilidades personales
- Reorientación de los servicios sanitarios.

**Las propuestas de consenso en la prevención de las drogodependencias de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.**

1. Revisar el significado y alcance de las campañas dirigidas a la población general.
2. Procurar el desarrollo planificado y programado de las acciones preventivas.
3. Promover la aplicación de estrategias globales.
4. Buscar una mayor exigencia metodológica.
5. Anticipar las edades de los destinatarios de los programas de prevención y promover la participación de la familia.
6. Simultanear la prevención secundaria y la reducción de daños.
7. Priorizar las poblaciones de alto riesgo.
8. Propiciar la intervención comunitaria.
9. Incrementar la transferencia de metodología y difundir las mejores prácticas.
10. Acometer con decisión la investigación preventiva.

**Las 21 recomendaciones del Grupo de Trabajo “Foro Sociedad ante las Drogas” promovido por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.**

Destacamos en este apartado tres de ellas:

1. *Las políticas públicas en la materia que nos ocupa deben trabajar para cuestionar críticamente el binomio juventud/consumo de drogas.*
2. *Las políticas públicas en esta materia deben formar parte de las políticas globales de Sanidad, Bienestar Social, Educación, Juventud y Justicia e Interior.*
3. *Es preciso incrementar la dotación presupuestaria de las políticas preventivas, así como explorar fórmulas de financiación que garanticen la continuidad de los programas y permitan sustraerlos de la incertidumbre y la precariedad.*

### **6.2.2. Líneas de progresión.**

El diseño de este nuevo plan nos da la oportunidad de definir una serie de *ideas fuerza* en torno a las cuales entroncar los programas y proyectos:

- *Incremento de la visibilidad social.*
- *Integralidad en las acciones.*
- *Aumento del impacto.*
- *Excelencia en la acción.*

#### **Incremento de la visibilidad social**

Un objetivo primordial para el Gobierno de la Ciudad de Madrid es *hacer ver a sus conciudadanos* que, por su calidad de administración más próxima, puede ofrecerles ayuda en situaciones de necesidad o de riesgo y aportar la información y el asesoramiento necesarios.

Por otra parte también es importante entrar en el imaginario de sus ciudadanos como una administración comprometida con su realidad vital, que es capaz de generar estructuras “*ad hoc*”, como Madrid Salud y, más concretamente, el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, estructuras capaces de dar respuesta adecuada a las necesidades reales y cotidianas de los ciudadanos.

#### **Integralidad en las acciones**

Necesidad de realizar un trabajo coordinado entre los diferentes departamentos que conforman el Instituto de adicciones (Prevención, Asistencia y Reinserción) para que desde una perspectiva preventiva, se ofrezca una atención integral al individuo, a su familia como referente natural, y a la sociedad en la que éste se desenvuelve.

#### **Aumento del impacto**

La labor de cooperación que unifica las acciones realizadas tanto desde las Juntas Municipales de Distrito, como desde las diferentes Áreas de Gobierno y, desde luego, desde Madrid Salud, propicia un aumento de la eficacia de todas las intervenciones que redunda en un mayor impacto de las mismas.

## **Excelencia de la acción**

El Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, cumple todos los requisitos necesarios para llegar a ser una institución líder en la realización y fomento de la investigación, en el desarrollo y evaluación de programas y proyectos y en la formación permanente de todos los recursos implicados en los mismos.

Para situarse en el lugar que le corresponde, ha de ser capaz de posicionarse en la comunidad científica internacional, de hacer partícipe a la ciudadanía y de dar voz a las organizaciones sociales.

### **6.2.3. Características de la Intervención Preventiva en el nuevo Plan de Adicciones.**

Desde el Departamento de prevención del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid y en la búsqueda de acciones cada vez más eficaces, se trabaja en la definición y aplicación de un *Modelo de Intervención Preventiva* con una serie de características como son las siguientes:

#### **Integral**

La Intervención Preventiva debe ser integral, entendida como un planteamiento que abarque y trabaje con estrategias adaptadas a cada período evolutivo y que permitan una intervención transversal.

#### **Global**

La Intervención Preventiva se diseña en el marco de una intervención global, con el fin de contemplar todas las actuaciones desde un encuadre integrador. Sus planteamientos y objetivos están íntimamente conexionados entre sí, por lo que, en ocasiones, los ámbitos de intervención se superponen o, para ser más exactos, se complementan.

#### **Intersectorial**

La Intervención Preventiva debe abordarse de forma que se posibilite la sinergia de actuaciones en los ámbitos policial, sanitario, educativo, laboral, social, familiar, comunitario, etc. Este componente de intersectorialidad abarca también la actuación de los diferentes niveles de las administraciones y el movimiento asociativo.

#### **Longitudinal**

La Intervención Preventiva debe orientarse a corto, medio y largo plazo, prestando una especial atención a los momentos evolutivos de mayor riesgo en cuanto a la población destinataria, así como a las dinámicas sociales que actúan como elemento catalizador de los cambios en las formas de consumo.

#### **Transversal**

La Intervención Preventiva dirigida a grupos en situación de especial riesgo debe implementarse desde una planificación de continuidad y complementariedad entre las estrategias preventivas, asistenciales y de integración social, de manera que en cada momento este continuo permita dar respuesta a las necesidades que se generen con cada sujeto en las diferentes fases de intervención y en el cumplimiento de los objetivos propuestos.

### **Adaptada**

La Intervención Preventiva debe adaptarse a las peculiaridades de cada grupo y colectivo destinatario, teniendo en cuenta tanto las condiciones de riesgo como los recursos y oportunidades del entorno que pueden incrementar las condiciones de protección.

Debe adaptarse al nivel de riesgo del grupo destinatario, de manera que cuanto mayor sea el riesgo de la población a la que se dirige un programa, los esfuerzos preventivos tendrán que ser mayores y comenzar a aplicarse en edades más tempranas.

Debe adaptarse a la edad de los sujetos a los que se dirige y ser sensible a las diferencias culturales y a las diferencias de género, puesto que las condiciones de riesgo pueden variar en función de estas características.

### **Basada en la evidencia científica**

La Intervención Preventiva debe cumplir unas exigencias metodológicas en su planificación, implementación y evaluación; debiendo basarse en teorías contrastadas científicamente.

Debe estar basada en estudios de investigación para la detección precoz de tendencias y cambios en los modelos de consumo y perfiles de consumidores de drogas; así como en un análisis riguroso obtenido a partir de la investigación sobre los factores de riesgo y protección de drogodependencias. Deben desarrollarse estudios sobre los grupos destinatarios de las acciones preventivas en el marco de la prevención de los riesgos para la salud asociados a los consumos de drogas.

### **Evaluada**

La Intervención Preventiva debe incorporar de forma regular y constante la posibilidad de realizar una evaluación en los diferentes niveles de diseño, proceso y resultados.

## **6.3. Desarrollo de la Intervención Preventiva.**

---

El Departamento de Prevención del Instituto de Adicciones diseña, planifica, y desarrolla sus actuaciones, partiendo de un análisis previo, continuo y dinámico, de las necesidades que presenta la población.

Los principales datos para este análisis se extraen a través de las demandas recibidas, de las evaluaciones realizadas y las investigaciones y estudios epidemiológicos disponibles. La selección de los distintos grupos o poblaciones destinatarias, se obtiene en referencia al ámbito o contexto social de pertenencia.

La planificación y análisis de las diferentes intervenciones se modula según el siguiente esquema matricial, diseñado para adecuar las características de las acciones preventivas a las diferentes poblaciones, demandas y objetivos:

Población destinataria	Nivel de Riesgo / Tipo de Programa	Ámbito de Actuación
Población General	Universal	Educativo
	Selectivo	Familiar
Población de especial riesgo	Indicado	Comunitario

Los distintos “tipos de programas y actuaciones preventivas” conllevan las especificidades necesarias para adecuarse a los distintos niveles de riesgo y vulnerabilidad del grupo destinatario. Así se justifica la aplicación y el desarrollo de distintos programas de *prevención Universal, Selectiva e Indicada* diferenciados en su aplicación, en su metodología y en sus objetivos.

### 6.3.1. Ejes para el diseño de la intervención preventiva.

El diseño, la estructura, y la selección de las líneas programáticas se define desde un esquema matricial basado en cuatro ejes que interaccionan entre si y explican el funcionamiento operativo de las principales actuaciones que en la actualidad desarrolla el Departamento de Prevención.

#### Ejes:

1. **Etapa Evolutiva:** infancia, adolescencia, juventud y etapa adulta.
2. **Ámbito de Intervención:** educativo, familiar, comunitario (redes sociales, ocio y laboral).
3. **Nivel de riesgo/tipo de programa:** universal, selectivo, indicado.
4. **Nivel de exigencia de la acción:** alta, media, baja.

#### 1<sup>er</sup> eje: Etapa Evolutiva

Para implementar los programas y/o acciones preventivas, es necesario un análisis previo que determine las distintas actuaciones en función de la *etapa evolutiva de la población destinataria*, ya que los objetivos y contenidos de dichas acciones variarán sustancialmente según la edad del grupo al que nos dirigimos.

En la actualidad se desarrollan actividades y programas estructurados en torno a las etapas siguientes:

1. Infantil.
2. Preadolescentes.
3. Adolescentes.
4. Jóvenes.
5. Adultos.

## **2º eje: Ámbito de intervención**

Desde la perspectiva de lograr siempre la mayor eficacia de la intervención integral, el departamento de Prevención del Instituto de Adicciones no puede sustraerse a la realidad social a la hora de definir sus intervenciones en función de la optimización de recursos. Por ello, se priorizan las acciones que garantizan una mayor eficacia, tanto desde el impacto numérico, como desde la capacidad de reiteración del mensaje preventivo o desde la disponibilidad y accesibilidad a determinados colectivos, sin olvidar aquellas situaciones que facilitan una mayor predisposición al cambio.

Partiendo de esta idea, se definen tres ámbitos de actuación complementarios: educativo, familiar y comunitario.

En *el ámbito educativo* se define la población destinataria en los colectivos que forman la comunidad escolar: Alumnos, profesores, padres y madres de alumnos y personal no docente.

En *el ámbito familiar* consideramos aquellos contextos sociales en los que las personas manifiestan sus inquietudes, preocupaciones o demandadas como miembros de una familia.

En *el ámbito comunitario* los colectivos seleccionados se definirán en función de su pertenencia a las diferentes redes sociales, entidades públicas y privadas, ONG, centros sanitarios, servicios sociales, centros lúdicos y culturales públicos, industria privada del ocio, tejido empresarial, etc.

## **3º eje: Nivel de riesgo**

En el esfuerzo de adecuar las actuaciones preventivas a las necesidades concretas de cada grupo destinatario, el grado de riesgo o vulnerabilidad es considerado como un criterio de máximo valor para lograr la eficiencia de las actuaciones preventivas.

Así, se diseñan y desarrolla acciones, programas y servicios de carácter transversal que inciden unificadamente en los ámbitos educativo, familiar y comunitario. Estos programas se denominan de prevención selectiva siempre que sus objetivos, contenidos y metodología se adecuen al grado de vulnerabilidad o de riesgo de los destinatarios.

## **4º eje: Nivel de exigencia**

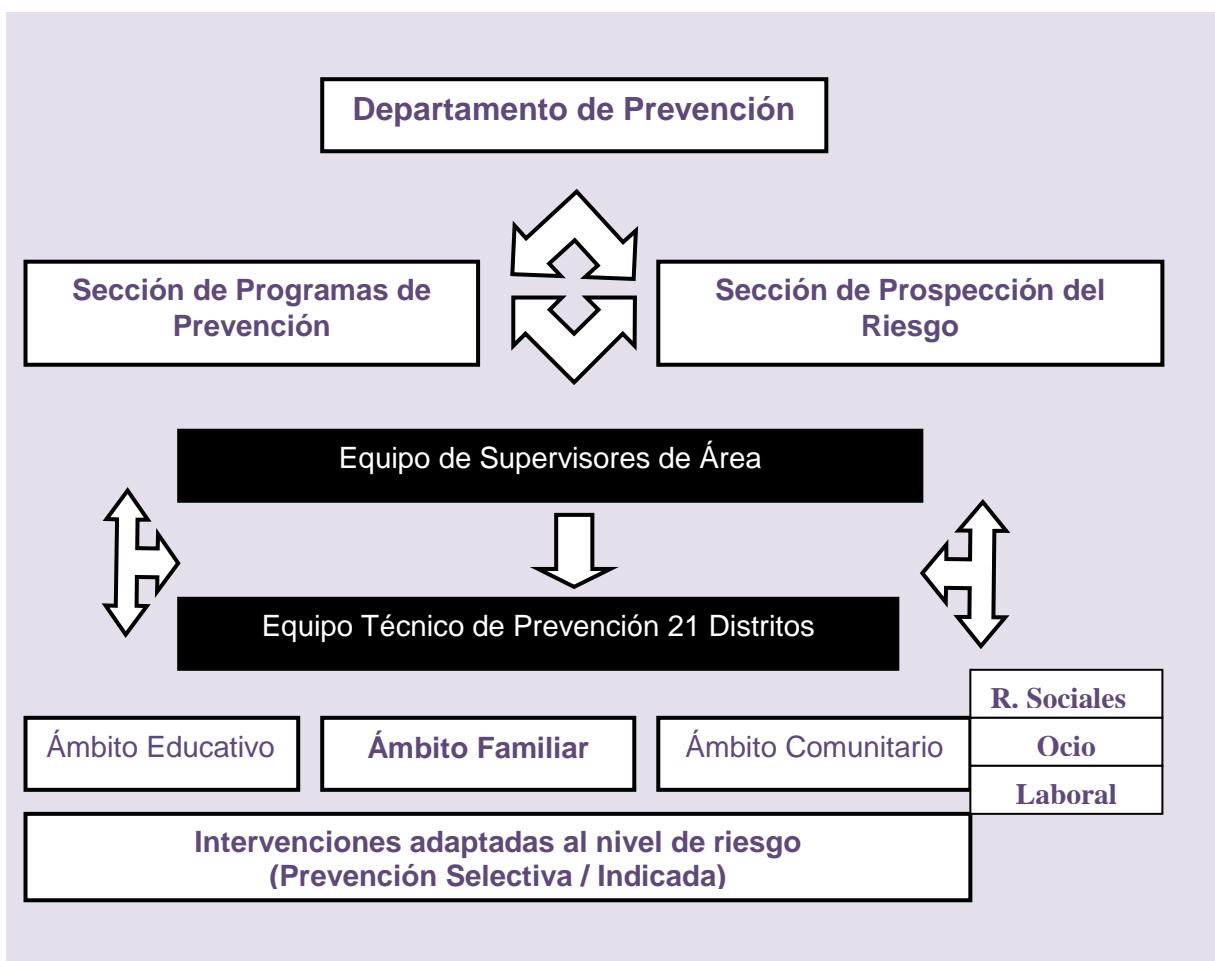
Sin perder nunca de vista el objetivo de lograr el mayor efecto preventivo, debemos conjugar la adecuación de las acciones a la realidad sobre la que pretenden incidir, su integración en un plan conjunto, la capacidad de implicación y la coherencia de su desarrollo.

Por ello, es fundamental poner en marcha actuaciones desde el mayor grado posible de realismo y operatividad, diferenciando con claridad la disponibilidad real de los destinatarios y nuestra valoración técnica de lo más deseable o apropiado.

Con frecuencia, los niveles de exigencia en las actuaciones preventivas, siguen un proceso gradual y creciente. Es decir, inicialmente, el grupo destinatario presenta una disponibilidad restringida en el tiempo y dedicación que se ajusta a su primera demanda de actividad preventiva. Esta primera demanda, en la mayoría de los casos, puede reconducirse incrementando el nivel de compromiso e implicación, lo que se traduce en la posibilidad de implementar, progresivamente, actuaciones de mayor continuidad y calado preventivo.

### 6.3.2. Estructura organizativa de la intervención preventiva.

Desde la búsqueda de acciones cada vez más eficaces, el Departamento de Prevención trabaja según el modelo de intervención que presentamos en el siguiente gráfico.



La estructura organizativa del Departamento de Prevención del Instituto de Adicciones, adopta un diseño de gestión piramidal en el que, como no podría ser de otra manera, la información fluye en ambas direcciones.

Esta forma de trabajo permite que la toma de decisiones esté siempre apoyada desde las bases operativas, apoyo que se traduce tanto en la actualización y puesta al día sobre las nuevas tendencias de consumo y realidades sociales (modelos, iniciativas, aspectos relacionales, comunicación, ocio, etc.), como en una necesidad de homogeneidad en la adopción de líneas de intervención.

Desde las estructuras centrales del departamento (jefatura, adjuntía y secciones) se trabaja coordinadamente para adaptar la línea programática a la prospección del riesgo en la ciudad de Madrid.

Para trasladar este trabajo al territorio, el Departamento cuenta con la colaboración de un equipo de profesionales en el que se establecen dos niveles de interlocución: supervisores de área y técnicos de prevención en los distritos.

El equipo de supervisores de área tiene como función la coordinación y seguimiento de las acciones desarrolladas en los 21 distritos. Las áreas de supervisión coinciden con lo que en apartados anteriores hemos denominado como ámbitos de intervención así como con las acciones dirigidas a poblaciones de especial riesgo.

El Departamento cuenta además con dos supervisores que, actuando con carácter transversal, se ocupan uno de las acciones con poblaciones de especial riesgo y, otro, del sistema de registro y evaluación.

Los supervisores mantienen máxima proximidad con el equipo de técnicos de prevención de distrito. Esta cercanía es imprescindible y garantiza que la labor sobre el territorio cumpla los siguientes requisitos:

- Cumplimiento de objetivos y metas trazadas a través tanto del Plan Estratégico de diseño anual, como del Plan Operativo de Gobierno.
- Homogeneidad de las intervenciones en el territorio, considerando siempre la singularidad de cada uno de los distritos de la ciudad de Madrid.
- Unidad de los mensajes preventivos; para ello, la formación continuada de todo el personal garantiza, tanto la puesta al día en la aplicación de los programas, como la calidad de las estrategias y mensajes que como técnicos trasladan a la población.
- Dinamismo en la adaptación a los cambios sociales; la cercanía a los diferentes grupos de población y el propio perfil profesional del equipo técnico facilita la actualización y recepción de los modelos, intereses y necesidades de los colectivos a los que dirigimos nuestra cartera de programas y servicios. Sin olvidar el mantenimiento de esquemas metodológicos y modelos teóricos solventes, la traducción de estos al “idioma de la calle” es fundamental para poder comunicarnos en un lenguaje y unas acciones que garanticen calidad y comunicación.

### **6.3.3. Servicio de Prevención de Adicciones (PAD).**

El Servicio de Prevención de Adicciones (PAD) está constituido por un conjunto de servicios de carácter preventivo dirigidos a la totalidad de la población madrileña, siendo su objetivo principal constituirse en referente para las acciones y programas que, en materia de prevención de adicciones se desarrolle en la ciudad de Madrid.

Los servicios que incluye son:

- Servicio de orientación familiar para la prevención de adicciones
- Servicio de apoyo a la prevención
- Servicio de formación.

- Servicio de prevención y orientación juvenil

El Servicio de Prevención Adicciones (PAD), cuenta con un local al que se accede directamente a través de puerta de calle. Tras un área inicial de recepción y selección, el local se divide en dos espacios bien diferenciados: el área destinada al trabajo y registro de datos destinada a los equipos técnicos y de supervisión; y el área de formación y consultas.

La atención al público, a través de todas sus opciones, se extiende en un horario ininterrumpido de 09,00 a 20,00 h.

A continuación detallamos las principales funciones y prestaciones de los servicios integrados en el PAD.

### **Servicio de orientación familiar para la prevención de adicciones**

Sus principales destinatarios son las familias preocupadas por la prevención de los consumos inadecuados de sustancias u otras adicciones, especialmente entre los menores de edad, tal y como fue explicado en el apartado que describe el ámbito familiar.

### **Servicio de apoyo a la prevención**

Oferta información, documentación, orientación y asesoramiento a profesionales de cualquier ámbito de actuación (profesores, personal sanitario, agentes sociales, etc.) así como a estudiantes y público general, interesados en la prevención de adicciones.

### **Servicio de Formación**

El PAD dispone de un aula de formación destinada fundamentalmente a la realización de cursos promovidos desde el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, o a otras actividades docentes orientadas a la prevención, formación de mediadores, acciones de sensibilización.

### **Servicio de prevención y orientación juvenil**

Este servicio constituye un espacio diferenciado, que se configura como un puente o espacio intermedio entre los ámbitos preventivo y asistencial en materia de adicciones. Entre los objetivos de este servicio destacamos los siguientes:

- Facilitar el acceso de los adolescentes y jóvenes a la red de servicios del Instituto de Adicciones. Al brindar un espacio normalizado y accesible, se pretende evitar o minimizar el efecto disuasorio que los Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD y CCAD) puedan ejercer sobre el acceso a los mismos por parte de la población joven más normalizada.
- Brindar "in situ" la información, orientación o asesoramiento requerido
- Realizar una valoración individualizada e interdisciplinar, en los casos en que resulte necesario.

- Diseñar un programa personalizado de intervención, capaz de conjugar las actuaciones que, de forma simultánea o sucesiva, deban realizarse en cada caso y situación (PAD, CAD, CMS, Técnico de prevención, Servicios Sociales, etc.).
- Facilitar la coordinación interservicios y realizar la derivación o derivaciones necesarias de profesional a profesional, con el objetivo de minimizar los abandonos.

### 6.3.4. Ámbitos de intervención.

#### 6.3.4.1. Ámbito Educativo.

La comunidad educativa es un contexto privilegiado para actuar desde las etapas más tempranas del desarrollo, con programas dirigidos al refuerzo de factores de protección que limiten o, al menos, disminuyan las posibilidades de aparición de conductas de riesgo, especialmente aquellas relacionadas con los trastornos adictivos. El diseño de los *currícula*, permite trabajar de forma continuada con grupos de alumnos, adaptando el objetivo y las estrategias a cada etapa evolutiva y, si es necesario, a las características diferenciales de cada grupo. Además, es importante destacar que entre sus valores añadidos está el de concentrar el esfuerzo de una serie de mediadores sociales que participan en el proceso educativo de los jóvenes: padres, profesorado y otros agentes comunitarios.

En esta línea, las actuaciones preventivas dirigidas al ámbito educativo pretenden lograr objetivos como la promoción de la salud entre los escolares y la formación de actitudes positivas hacia la misma, retrasando en lo posible la edad de inicio en el uso de alcohol, tabaco y otras drogas y favoreciendo una actitud crítica y responsable ante los riesgos que conlleva su uso. Con este fin, los distintos programas incluyen el desarrollo de diferentes acciones educativas: información sobre las drogas, promoción de hábitos saludables, entrenamiento para afrontar con éxito los problemas de la vida cotidiana y resistir a las presiones sociales hacia el consumo.

Investigaciones realizadas con anterioridad en centros de educación secundaria (Díaz-Aguado, Dir., 1996; 2002, 2003) reflejan la eficacia de tres procedimientos, que se presentan para incrementar la participación de los adolescentes en la intervención y mejorar, al mismo tiempo, la calidad de la vida en la escuela.

- **Discusiones y debates entre compañeros** sobre distintos tipos de conflictos, como los que se producen en el centro educativo, los que pueden conducir a situaciones de riesgo o impedir la resistencia a la presión de grupo. Se incluyen pautas para enseñar habilidades sociales y pautas para llevar a cabo la discusión.
- **Equipos heterogéneos de aprendizaje cooperativo**, en los que los alumnos y alumnas investigan, enseñan y aprenden, junto a sus compañeros y compañeras, que son al mismo tiempo iguales pero diferentes.

- **Resolución de conflictos y dramatización**, a través de las cuales los adolescentes pueden aprender habilidades, con las que responder a determinadas situaciones psicológicas o sociales, sin comprometer su desarrollo con conductas de riesgo.

Estos tres procedimientos suponen un significativo avance respecto a los métodos habitualmente más utilizados. Los jóvenes pueden beneficiarse de un sistema de educación y asesoramiento por parte de otros jóvenes. Estos tipos de programas pueden ser vitales a la hora de ofrecerles una red social que sustituya las estructuras familiares disfuncionales o inexistentes. El asesoramiento por parte de otros jóvenes (*peer to peer mentoring*), no sólo puede evitar la dependencia de las drogas, sino que también proporciona un apoyo psicológico que puede reducir las posibilidades de que los jóvenes “necesiten” utilizar una sustancia para lograr una sensación de bienestar y pertenencia.

### Proceso de intervención en el ámbito educativo

Las actuaciones preventivas que se desarrollan en contextos educativos están dirigidas a toda la comunidad educativa.

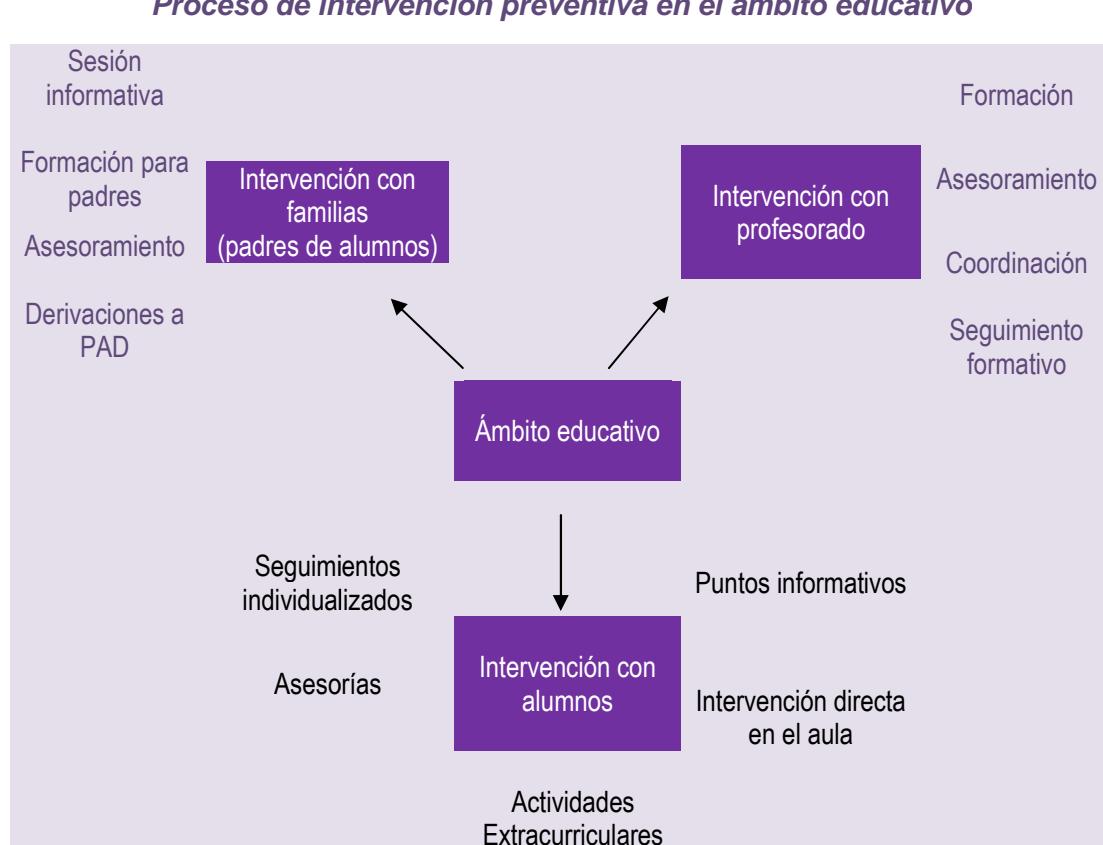
En la intervención con el profesorado se desarrollan acciones de formación fundamentalmente dirigidas a capacitarles para que puedan implementar estrategias preventivas de conductas de riesgo, ya sea de forma general en su centro educativo, o de manera particular, con cada grupo de alumnos con los que trabajan. La formación se imparte a través de los diferentes módulos del programa “Prevenir en Madrid”. El programa se complementa con una asesoría técnica que consiste en el acompañamiento en el aula durante las sesiones. En ocasiones, el equipo técnico desarrollará las sesiones específicas de drogas y, por supuesto, se garantizará un constante seguimiento para resolver dudas o dificultades que el profesorado encuentre durante la aplicación de los diferentes módulos.

En la intervención con el alumnado se desarrollan acciones directas dirigidas a conocer las necesidades concretas del aula o grupo de alumnos con el que se trabaja. En función de esta valoración previa, se seleccionan los módulos que se van a impartir; así como se decide la duración total del programa, la frecuencia de las intervenciones y las acciones complementarias. Una vez definida la estrategia, se consulta y coordina la intervención con el profesorado y cuantos agentes educativos sean necesarios (tutores, orientadores, equipo directivo del centro, etc.). Es fundamental definir no sólo la intervención del técnico de prevención sino la implicación del profesorado, que se responsabiliza de la continuidad de la estrategia en el centro educativo. El equipo técnico garantiza la correcta aplicación del programa; así como el seguimiento de la intervención a través de las funciones de asesoramiento a profesores y alumnos, coordinación con el claustro y seguimiento individualizado de aquellos alumnos que necesiten especial refuerzo preventivo.

En la intervención con familias (padres de alumnos) se siguen criterios de carácter formativo, basados en las necesidades detectadas y diferenciando si se trata de intervenciones con grupos de familias o con una sola familia. La metodología tiene en cuenta las características de los grupos y pretende propiciar la implicación y participación activa de los padres. En los casos, en los que se requiere o se demande por parte de las familias una intervención más específica, dirigida a problemas o dificultades concretas, ésta se realiza de modo individualizado,

valorando, como posible indicación, la conveniencia de derivar a la familia al Servicio de Prevención de Adicciones (PAD), para realizar un trabajo de mayor profundidad o especificidad.

El siguiente esquema refleja el proceso de intervención en éste ámbito:



### Cartera de programas del ámbito educativo

Las principales actuaciones llevadas a cabo en este ámbito se concretan en tres tipos de programas:

- Programa de prevención de drogodependencias en contextos educativos “Prevenir en Madrid”
- Programa de fomento de los factores de protección.
- Programa de intervención en universidades.

(El anexo 2 recoge la descripción de estos programas)

#### 6.3.4.2. Ámbito Familiar.

Es difícil negar que se han producido y continúan produciéndose en la actualidad cambios fundamentales en la sociedad, a un ritmo en ocasiones tan acelerado que

resulta difícil la adaptación a los mismos, propiciando que la vida social, familiar y personal, se torne cada vez más compleja.

La cultura del consumismo, la inmediatez y el individualismo forman parte de esta cambiante realidad social en la que, tanto las familias como los profesionales, se han de enfrentar a nuevas situaciones para las que no siempre están preparados, y por las que muchas veces se sienten desbordados en su capacidad educativa, especialmente cuando se trata de adolescentes.

Si sobre esta realidad, tenemos en cuenta otros problemas, como los consumos de drogas u otras formas de conductas abusivas (móvil, Internet, videojuegos), unidas o no a otras circunstancias de riesgo, podemos ver como la complejidad a la que han de enfrentarse quienes ejercen una función educativa, es aún mayor.

Focalizando nuestro interés en la familia, hay que resaltar la importancia de su papel en dos áreas. Por una parte, la familia, como grupo primario de referencia, conserva una gran capacidad de influencia sobre la forma de sentir y de comportarse de sus hijos. Desde esta perspectiva, podemos apreciar como, en la medida en que los padres están motivados y orientados en un proceso de cambio positivo, es más probable que el joven, a su vez, modifique su conducta. Por otra parte, sabemos que las conductas de riesgo suelen ir asociadas a una serie de factores familiares, cuya modificación resulta crucial para producir un cambio en el adolescente o el joven. En particular, el estilo educativo de los progenitores, es decir, el modo en que ejercen la disciplina y supervisión, y la forma en que manifiestan la aceptación y afecto hacia sus hijos, son aspectos fundamentales a tener en cuenta para prevenir el inicio de las conductas disruptivas y para evitar el paso a conductas aún más graves.

Las intervenciones dirigidas a familias desde el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, se enmarcan dentro de los procesos de información/formación, asesoramiento (*counseling*) y orientación (*guidance*).

Dada la necesidad de manualizar los procesos de intervención y evaluación, se propone el Modelo de empoderamiento juvenil de Kim, el modelo cognitivo social de Bandura así como el modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente (1992), junto con los principales enfoques teóricos en este campo de la intervención con familias: Enfoque sistémico, enfoque eco-sistémico, ciclo vital familiar, etc.

### **Proceso de intervención en el ámbito familiar**

Para describir los procedimientos de trabajo en este ámbito diferenciamos la intervención unifamiliar y la intervención con grupos de familias, organizados fundamentalmente en función el tipo de demanda planteada y de los factores de riesgo detectados.

Todas estas acciones tienen una fundamentación metodológica común: un trabajo desde la educación para la salud, con estrategias centradas en tres objetivos:

- Mejorar la resistencia ante las situaciones de riesgo,
- Disminuir la influencia de los agentes lesivos y
- Optimizar el entorno para que actúe como factor de protección o barrera.

## **Proceso de intervención unifamiliar**

Las familias pueden acceder al Servicio de Orientación Familiar para la Prevención de las Adicciones, que se difunde a través de diversos canales, bien directamente o a través de derivación desde otros centros o servicios de carácter social o sanitario, incluida la propia red de centros del Instituto de Adicciones y del Instituto de Salud Pública.

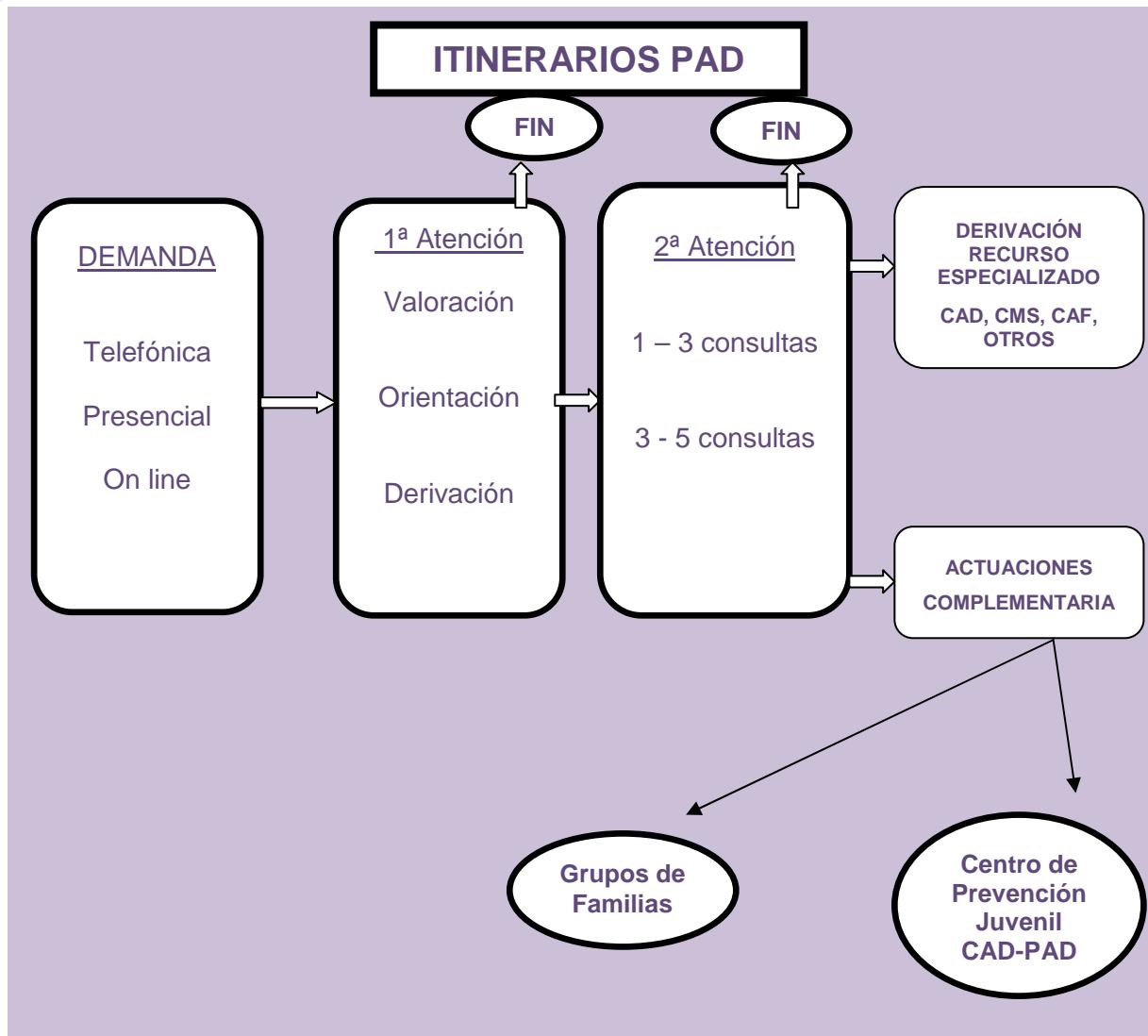
El primer contacto de las familias puede realizarse vía telefónica o de forma presencial, recibiendo, en cualquiera de los casos, la atención inmediata de un profesional especializado en intervención familiar y en adicciones, que articula para cada situación familiar, una respuesta personalizada, confidencial y gratuita.

La intervención, en algunos casos, queda finalizada tras este primer contacto, ya que la orientación facilitada en el marco del mismo es, en sí misma, la finalidad que se persigue. Ello no es óbice, para que, posteriormente, puedan volver a contactar con el servicio, ya sea por necesidades surgidas durante la evolución de la situación de partida o porque se planteen nuevas necesidades. En otros casos, la intervención puede prolongarse a lo largo de más sesiones en el propio servicio o, tras una primera valoración, puede establecerse la conveniencia de realizar una derivación guiada (profesional a profesional) hacia el recurso más adecuado.

La intervención se inicia a través de una entrevista estructurada, pensada en términos preventivos, para evaluar y registrar las situaciones planteadas por quienes solicitan orientación. El objetivo es realizar una valoración breve de la gravedad de la situación familiar, en función de los factores de riesgo y protección, tras la cual desde el propio servicio se pueden ofertar diversas opciones que se ajusten a las diferentes situaciones:

- Orientación inmediata sobre un aspecto concreto que puede resolverse en la propia entrevista
- Oferta de un periodo de orientación – asesoramiento algo más amplio, generalmente no más de tres o cuatro entrevistas, a través de las cuales es posible alcanzar más ampliamente los objetivos planteados y/o evaluar presencialmente al interesado o al familiar que ha generado la necesidad de consulta, normalmente un hijo adolescente.
- Posibilidad de que la familia pueda participar, junto con otras familias, en algún grupo, que se adecue a sus necesidades.
- Derivación a otros programas o servicios que se consideren más adecuados para abordar una problemática concreta, que presente la familia.

Tanto si se finaliza la intervención en el propio servicio como si se deriva a otro dispositivo, es importante dejar abierta la posibilidad de que la familia pueda volver a consultar cuando lo necesite. Ese vínculo de apoyo que se establece entre el equipo orientador y las familias facilita, tanto la posibilidad de realizar un seguimiento con determinadas familias que lo precisen, como la atención directa a algún familiar concreto (hijos generalmente), sobre los que se considere conveniente intervenir.



### **Intervención con grupos de familias**

La intervención grupal con familias se constata como una metodología de trabajo de gran eficacia y rentabilidad.

La utilización de determinadas dinámicas grupales facilita, tanto la colaboración e implicación de las familias, como la comprensión e interiorización de los contenidos abordados.

El trabajo con grupos de familias que realiza el departamento de Prevención se concreta en:

- Sesiones Informativas.
- Sesiones formativas.
- Sesiones de orientación familiar y de abordaje del riesgo.

Estas actuaciones preventivas tienen una serie de objetivos comunes, entre los que destacan:

- Facilitar la reflexión sobre las drogodependencias, así como sobre el proceso evolutivo de los hijos, con especial referencia a la adolescencia, como etapa crítica.
- Actualizar los conocimientos sobre las drogas y sus efectos.
- Propiciar un espacio en el que contrastar opiniones, dialogar y debatir sobre temas de interés común tan frecuentes en este colectivo.
- Facilitar el efecto de modelado entre padres
- Animar y motivar a las familias a poner en marcha nuevas tácticas y estrategias educativas.

Los principales pasos que se llevan a cabo en el diseño y la planificación “a medida” de las distintas modalidades del trabajo que se desarrolla con grupos de familias son:

1. Identificación del perfil que conforma el grupo. Características y necesidades que presentan.
2. Definición de los objetivos de la intervención.
3. Selección de los contenidos a trabajar y de la metodología.
4. Acuerdo con el grupo de las especificidades de la intervención: nº de sesiones, nº de asistentes, metodología, etc.
5. Evaluación.

**Cuadro resumen proceso de intervención familiar  
(unifamiliar y con grupos de familias)**

	Ámbito familiar		
	Trabajo con grupos de familias	Intervención unifamiliar	
Sesiones informativas		Grupos de familias AMPAS	Telefónico
Sesiones formativas		Grupos de familias ONG y otras entidades	Presencial
Sesiones de orientación familiar		Grupos de familias con mayor nº de Factores de riesgo	Móvil
Abordaje del riesgo			On line Off line

## Cartera de programas del ámbito familiar

- a) Servicio de Orientación Familiar para la Prevención de Adicciones.
- b) Formación a grupos de padres y/o familias.

(El anexo 2 recoge la descripción de estos programas)

### 6.3.4.3. Ámbito Comunitario.

El modelo comunitario se basa en la importancia de la interacción de las personas con su entorno, y parte de la importancia del desarrollo de la Salud Comunitaria. Para este desarrollo se hace imprescindible la participación de la comunidad, no sólo en la colaboración tácita, sino también a la hora de asumir un papel activo en la toma de decisiones.

La importancia de trabajar desde una perspectiva de prevención comunitaria, se refleja a la hora de unificar e integrar tanto los contenidos de los mensajes, como el tipo de estrategias desde las que se trabaja con distintas las redes sociales.

Desde la perspectiva del Instituto de Adicciones, la prevención comunitaria no implica un ámbito de trabajo distinto del escolar, familiar o laboral, ni tiene una base teórica diferente a otro tipo de programa preventivo, es decir, no hace una interpretación de las drogodependencias y de los factores que se deben modificar o potenciar distinta de otro tipo de programas, sino que las diferencias se encuentran en la forma de llevar a cabo la modificación o potenciación de dichos factores.

Hablamos de factores de riesgo que se pretenden eliminar o cuya influencia se debe reducir, de factores de protección que se deben potenciar, y de actuaciones que se desarrollan siguiendo una estrategia, que cuenta con un elemento imprescindible: la participación.

La premisa fundamental de todo programa comunitario es conseguir la implicación y participación de la comunidad en su propio proceso de cambio.

Tal y como hemos señalado, los programas comunitarios no tienen fórmulas magistrales aunque es necesario considerar una serie de objetivos básicos que garanticen la participación:

1. Valorar la colaboración con las estructuras que están consolidadas en la propia comunidad, ya sean asociaciones, grupos (organizados o no), mesas sectoriales, etc. al objeto de propiciar la responsabilidad social compartida. Establecer los canales de participación que garanticen un mínimo grado de organización y compromiso, de cara al logro de los objetivos propuestos. Para ello hay múltiples fórmulas (mesas, equipos de zona, coordinadoras, etc.) para conseguir que representantes institucionales, agentes sociales y la propia comunidad diseñen acciones y programas de actuación conjunta, con estructura y objetivos comunes.
2. Dinamizar los recursos existentes en la comunidad.
3. Coordinar tanto la participación de la Administración Pública, a nivel político y técnico, como la participación de la comunidad en la gestión de sus actuaciones.

## **Proceso de intervención en el ámbito comunitario**

En nuestra ciudad, el tejido social tiene un gran dinamismo y movilidad, tanto en cuanto a la creación de nuevas plataformas sociales desde las que trabajar, como desde la intervención cada vez más activa en sectores complementarios con el trabajo de la Administración.

El Instituto de Adicciones establece su intervención preventiva de carácter comunitario aplicando los mismos criterios que utiliza en el resto de los ámbitos en los que desarrolla su intervención; es decir, trabajando simultáneamente con las entidades públicas y privadas, con los mediadores o agentes de salud y por supuesto, con los propios beneficiarios de la acción.

El trabajo realizado en el ámbito comunitario pretende crear canales efectivos de comunicación y acción entre, por un lado, los diferentes servicios del Instituto de Adicciones en materia de prevención y, por el otro, los recursos comunitarios que desarrollan su labor en todos los distritos de Madrid. El objetivo último es optimizar los efectos de los programas desarrollados, a través de la coordinación de esfuerzos entre diferentes agentes.

Para lograrlo, resulta necesario facilitar el conocimiento y acceso de las entidades a los recursos municipales, así como la formación, el asesoramiento y el apoyo a estas organizaciones y a la importante labor que realizan. A través del contacto con estas estructuras organizadas (asociaciones, grupos, mesas...) que forman parte del tejido asociativo de cada distrito, se consigue el acceso a población y a la realidad de los ciudadanos.

Las acciones llevadas a cabo en el ámbito comunitario se estructuran en tres apartados:

- Acciones de prevención comunitaria.
- Formación a mediadores sociales.
- Prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral.

### **Acciones de prevención comunitaria**

Dentro de las acciones de prevención comunitaria, el punto de partida es el análisis de las necesidades distritales y prospección de los recursos comunitarios que faciliten el acceso a la población diana. Estos recursos conforman los nodos significativos de la red en materia de prevención de adicciones y son la base del trabajo dentro de la comunidad.

Una vez contactados estos recursos, el primer paso es la realización de una acción informativa, de difusión, intercambio y compromiso. Un importante objetivo de esta acción es la presentación de la cartera de servicios de la que dispone el Instituto de Adicciones.

El Departamento de Prevención del Instituto de Adicciones es, para los distritos de la ciudad de Madrid, un referente básico para el acceso y la coordinación de la comunidad a los recursos municipales de prevención de adicciones. Como experto en esta materia, presta un servicio de asesoría y supervisión a las asociaciones y entidades del tejido comunitario.

Es especialmente significativa la función que el Técnico de Prevención Distrital (TPD) tiene, a través de los recursos con los que trabaja coordinadamente, en la detección y atención de situaciones problemáticas, de jóvenes en riesgo y de familias con probables problemas de adicciones. A través de esta detección/captación podrá diseñar una intervención y/o una orientación al recurso más adecuado.

Como referente dentro de las entidades y mesas distritales, promueve y participa en proyectos comunitarios con el objetivo de favorecer la sensibilización de los miembros de la comunidad y disminuir la influencia de los factores de riesgo sobre de la población joven.

La prevención en materia de adicciones tiene, como uno de sus ejes fundamentales, la implicación y participación de todos los agentes sociales. Esta socialización de la prevención requiere de la adquisición de conocimientos y destrezas por parte de los mismos, además de la responsabilidad pública de ofrecer una formación que satisfaga estos requisitos.

### **Formación de mediadores sociales**

La formación de mediadores sociales tiene como destinatarios, principalmente, a personas de referencia pertenecientes a las diferentes estructuras comunitarias. Los contenidos trabajados están orientados a la detección de situaciones de riesgo, carencias en educación para la salud o problemas relacionales (entre iguales, familia...); estimular activamente la participación en un ocio saludable, etc. A partir de la transmisión de unos contenidos básicos, la formación de mediadores sociales es flexible y se adapta a las necesidades y demandas de las entidades en que se imparte.

A partir de esta formación, el Técnico de Prevención de Distrito puede llevar a cabo un seguimiento y asesoría a los agentes para la organización de diferentes acciones preventivas.

### **Prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral**

El consumo de drogas tiene también un reflejo importante en el mundo laboral, en situaciones muy parecidas a las existentes en el seno de la sociedad. Ello justifica, por sí solo, la realización de programas de prevención en drogodependencias que incidan con sus actuaciones en el marco de los centros de trabajo.

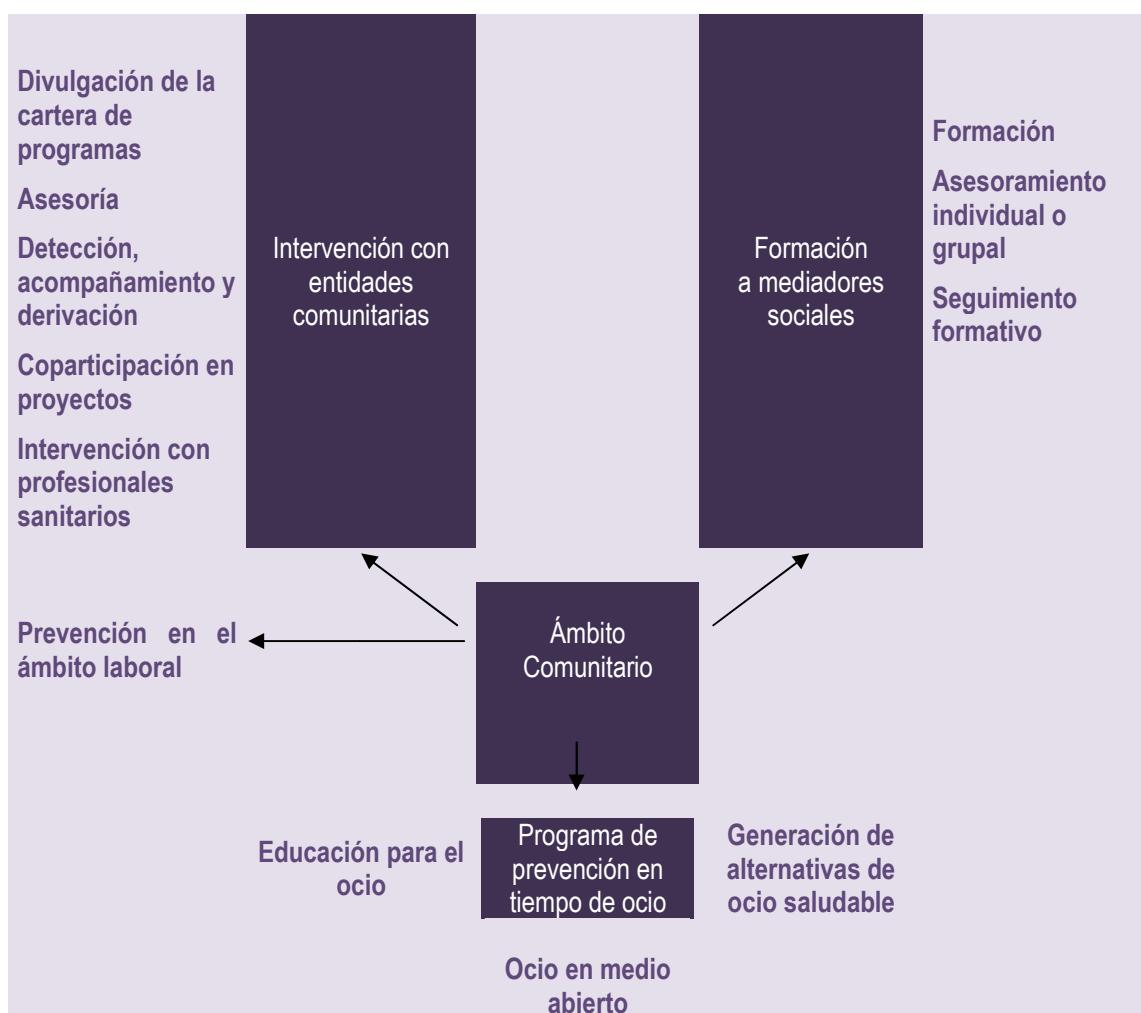
En el espacio de trabajo podemos encontrar situaciones complejas, distintas a las encontradas en otros medios, que supongan riesgos añadidos para el consumo de alcohol o de otras drogas. Estos riesgos pueden llegar a afectar, no solo a los propios trabajadores que consumen sino a la organización o empresa en su conjunto y a toda la sociedad (conducción, toma de decisiones en situaciones no adecuadas, etc.) Por ello, una de las primeras acciones que hay que emprender es conseguir la complicidad de las empresas y de los propios empleados, tanto en lo que se refiere a la repercusión sobre la pericia y responsabilidad laboral que tienen todas y cada

una de las sustancias, como a la necesidad de abordar el conjunto de problemas que originan el consumo y las posibles soluciones a poner en marcha.

Pero hay además una serie de razones que hacen del ámbito laboral un espacio privilegiado para el desarrollo de programas que inciden en el ámbito de la salud en general y en los consumos de drogas en particular.

- Permite el acceso a colectivos importantes de trabajadores.
- Facilita la continuidad de las intervenciones a lo largo del tiempo, algo esencial para poder evaluar los logros de cualquier programa preventivo.
- Dispone con frecuencia de unos recursos humanos altamente cualificados (servicios médicos, psicológicos y sociales de la empresa) y de estructuras organizativas, en principio idóneas para su ejecución (comités de seguridad y salud, servicio de prevención, delegados de prevención).
- Es un espacio idóneo para la detección precoz de los problemas provocados por el uso y abuso de drogas.

#### *Cuadro resumen del proceso de intervención comunitaria*



## Cartera de programas del ámbito comunitario

En el entorno comunitario se desarrollan cuatro tipos de intervenciones:

- a. Plan de formación para mediadores sociales.
- b. Intervención con entidades comunitarias.
- c. Programa de prevención para el tiempo de ocio.
- d. Programa de prevención en el ámbito laboral.

(El anexo 2 recoge la descripción de estos programas)

### 6.3.4.4. Ámbito de intervención en riesgo.

La rapidez con la que se producen los cambios sociodemográficos actuales, la multiplicidad de culturas presentes en un mismo ámbito geográfico, las transformaciones en la estructura familiar y los nuevos reagrupamientos familiares, la ambigüedad educativa en las figuras referenciales de los jóvenes y la aparición de nuevos contextos de socialización y aprendizaje, conllevan una continua modificación de las situaciones de riesgo de generar comportamientos adictivos, dibujando un panorama complejo y cambiante.

La prevención selectiva debe basarse en la identificación clara de grupos vulnerables o en riesgo. Es por ello de vital importancia generar instrumentos que sirvan para definir y cuantificar ese riesgo, evitando estigmatizaciones y favoreciendo la aplicación de respuestas ajustadas al riesgo (Black et al. 1998), además de permitir valorar las diferencias culturales existentes (Sloboda 1999, 2004).

El buen ajuste y selección del grupo es especialmente prioritario a la hora de intervenir con este ámbito, ya que justifica la pertinencia del programa elegido. Es necesario definir el perfil de la población a la que va dirigido el programa estableciendo qué se entiende por población en riesgo y qué factores se tendrán en cuenta para su determinación, evitando caer en convencionalismos y etiquetas no basadas en criterios técnicos.

En la ciudad de Madrid nos encontramos con una realidad acorde con lo expresado anteriormente, añadiendo a este panorama la gran demanda proveniente de determinadas modalidades educativas y entidades dirigidas a jóvenes, para que incorporemos a nuestras actividades preventivas algunas que puedan ofrecer un acercamiento a esta población vulnerable.

El modelo de intervención en medio abierto nos permite conocer, contactar e intervenir con la población en el mismo entorno en el que desarrolla su vida diaria, en el que se encuentran muchos de los factores de riesgo que les afectan y de donde deben surgir los factores protectores a desarrollar. Este modelo nos permite contactar con adolescentes y jóvenes que hacen uso o abuso de determinadas drogas y comenzar con ellos un proceso de motivación para que inicien un estilo de vida más saludable o, si fuera necesario, pudieran incorporarse a un programa de tratamiento diseñado a su medida. En determinadas situaciones o entornos, la

reducción o gestión de riesgos será nuestra vía de aproximación inicial a estos colectivos.

La intervención con poblaciones en situación de especial riesgo se asienta sobre diferentes modelos teóricos, que aportan visiones complementarias y nos orientan acerca de la elección de los contenidos, la determinación de los factores sobre los que se debe incidir y la metodología a aplicar. A continuación se hace un breve repaso de las mismas, centrándonos en los elementos más relevantes para este ámbito.

Como modelos generales en los que basarnos a la hora de explicar el comportamiento adoptamos: La Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977) y La Teoría de la Acción Razonada y la Conducta Planificada (Azjen y Fishbein, 1975, 1988). Como modelo específico del comportamiento de riesgo, el Modelo de la Conducta Problema o de Riesgo (Jessor y Jessor, 1977).

### **Proceso de intervención en el ámbito de riesgo:**

Como se ha descrito en apartados anteriores, el Departamento de Prevención del Instituto de Adicciones desarrolla actuaciones dirigidas a individuos y colectivos en los que, debido a la coincidencia de varios factores de riesgo, presentan una mayor vulnerabilidad ante el desarrollo de conductas desadaptativas. Genéricamente se les denomina como sujetos o grupos de riesgo. Precisamente por tratarse de acciones directas sobre la persona o colectivo, la intervención se realiza sobre sus diferentes ámbitos relacionales: el centro educativo, la familia, el grupo de iguales y, por supuesto, la comunidad entendida como entorno más cercano.

Desde esta perspectiva de intervención global y unificada, entre las funciones del equipo de prevención, destaca la importancia de identificar y establecer un vínculo con estos individuos o grupos, con características de mayor riesgo, en su propio entorno.

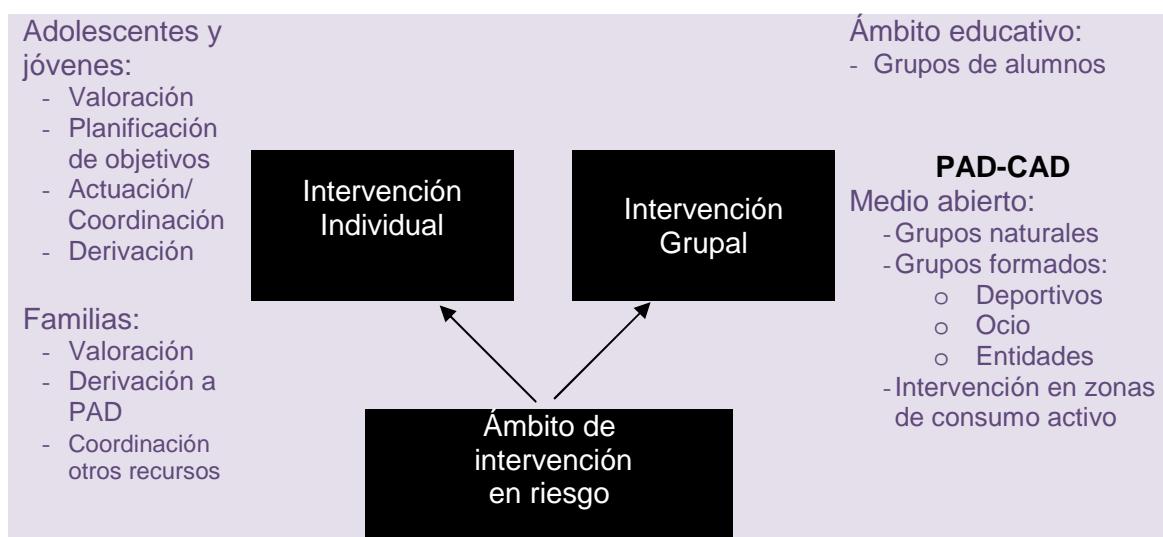
Así, en el ámbito educativo existen grupos en los que concurren un mayor número de factores de riesgo, lo que hará necesario aplicar programas de mayor especificidad, como es el Programa “Prevenir en Madrid” en su versión de Prevención Selectiva. En ocasiones, a través de la intervención con este tipo de grupos en el medio educativo, ya sea en el propio aula o el entorno escolar, es posible identificar casos individuales, en los que se considera necesario realizar una intervención más personalizada, buscando para conseguirlo, la complicidad del centro educativo y de la familia.

En el ámbito familiar se producen también situaciones de especial vulnerabilidad, que hacen necesario intervenir desde una perspectiva de mayor riesgo. La detección de estas situaciones puede realizarse a través de la intervención que el equipo técnico realiza en el ámbito escolar con las familias (AMPAS), o a través de las acciones de prevención realizadas con el tejido asociativo. Si la situación lo requiere, el equipo técnico realiza una derivación de la familia al PAD para una intervención más adaptada a la situación que presenta la familia. En otras ocasiones son las propias familias las que acuden directamente al servicio PAD, formulando una demanda de atención.

Por otra parte, en el trabajo comunitario, que se realiza en los distritos, tanto a través de estructuras de coordinación (mesas de salud, mesas de prevención, equipos de zona, etc.) como en las intervenciones del día a día en las diferentes zonas de actuación, se detectan también individuos o colectivos con necesidades específicas, que requieren una intervención en la que se contemple la necesidad de este abordaje. De aquí nacen los denominados “seguimientos individuales”, en los cuales el técnico de prevención se encarga de canalizar las diferentes necesidades del sujeto o grupo.

Por último, hay que tener en cuenta las estrategias dirigidas a la intervención con grupos naturales o con aquellos que se forman en torno a una actividad o interés común. En esta línea destacan los grupos deportivos, que aúnan la ocupación saludable del tiempo libre con la mejora de las habilidades de relación interpersonal y los denominados grupos de medio abierto, en los que se trabajan factores de protección sobre grupos que se reúnen de forma habitual en parques, plazas o entornos de los centros educativos.

*Cuadro resumen del proceso de intervención en riesgo*



### **Cartera de programas del ámbito de riesgo**

- a. Programa de Intervención con adolescentes y jóvenes de riesgo: Intervención Individual y grupal.
- b. Programa de Intervención Familiar.
- c. Programa de Prevención Selectiva en Contextos Educativos.
- d. Programa de Intervención en zonas de consumo activo.

(El anexo 2 recoge la descripción de estos programas)

#### **6.3.4.5. Ámbito de los Medios de Comunicación.**

Los medios de comunicación (MMCC) constituyen un ámbito de intervención fundamental para los diferentes aspectos relacionados con el problema de las adicciones.

Su gran relevancia social y capacidad de influencia en la conformación de actitudes, opiniones, percepciones sociales y comportamientos y el importante papel que ocupan en la difusión de modelos y mensajes, hacen de ellos un espacio indispensable para el trabajo preventivo.

Por otra parte, no podemos obviar que los mensajes transmitidos a través de los MMCC y, especialmente los que tienen un amplio eco entre los sectores más jóvenes de la población (espacios televisivos, series dirigidas a niños o adolescentes, etc.), entrañan también un riesgo de resultar contrapreventivos, en la medida en que puedan promover actitudes y opiniones favorecedoras del consumo, ya sea mediante la aparente normalización de determinados hábitos de consumo como parte inseparable del ocio juvenil, mediante la banalización de los riesgos asociados al consumo de drogas, mediante la transmisión de informaciones erróneas o tendenciosas sobre las distintas sustancias de abuso y sus efectos, o a partir del efecto de modelado que pueda producirse mediante la exhibición de conductas de consumo o de otro tipo de riesgo, por parte de determinados personajes, atractivos para niños o jóvenes.

Ante este tipo de situaciones la administración pública en sus diferentes niveles competenciales, las familias, los profesionales de la educación y otros mediadores sociales se plantean posibles intervenciones, que puedan servir para dar soporte a un necesario “pensamiento crítico” que permita minimizar o modular la posible influencia negativa que puedan ejercer los medios de comunicación sobre la conducta de los niños y jóvenes, así como rentabilizar aquellos aspectos de la información y representaciones sociales, que desde los medios se trasladan, para potenciar la capacidad de influencia positiva de los mismos.

El Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid contempla, en el presente Plan de Adicciones, el reto de dar una respuesta a los ciudadanos de Madrid en esta materia, prestando una especial atención al importantísimo papel que los profesionales de la comunicación pueden jugar en materia preventiva.

El objetivo general es potenciar el papel preventivo de los MMCC en materia de adicciones y minimizar la emisión de mensajes, que puedan incentivar conductas adictivas en la población, en especial entre los menores.

Para ello, se proponen los siguientes objetivos operativos:

- Conocer la realidad de los MMCC, en cuanto a la idoneidad de sus mensajes, en especial los dirigidos a niños y adolescentes, desde una perspectiva de prevención de las adicciones.
- Sensibilizar y motivar a los profesionales de la comunicación acerca de la importancia de su papel como agentes preventivos.
- Asesorar y orientar a los profesionales de la comunicación sobre la potencialidad preventiva o contrapreventiva de los mensajes.
- Asesorar y orientar a las familias, mediadores sociales y a la sociedad madrileña, acerca de la influencia de los medios de comunicación sobre las actitudes y conductas relacionadas con las adicciones.
- Desarrollar desde el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, un espacio de colaboración con Órganos y Entidades responsables de velar por el cumplimiento de la normativa sobre publicidad y por los derechos de los menores en general, de cara a efectuar recomendaciones y denuncias sobre

prácticas, relacionadas con la comunicación, por su contenido contrapreventivo.

Las principales acciones que se proponen para el logro de estos objetivos son:

- Realización de estudios y/o investigaciones dirigidas al conocimiento de la realidad de los MMCC, en cuanto a la idoneidad de sus mensajes, en especial los dirigidos a niños y adolescentes, desde una perspectiva de prevención de las adicciones.
- Organización de Jornadas, Seminarios u otros eventos científicos dirigidos a implicar y sensibilizar a los profesionales de la comunicación acerca de la importancia de su papel como agentes preventivos.
- Organización de acciones conjuntas con la Facultad de Ciencias de la Información de la UCM u otras universidades de la Ciudad de Madrid, dirigidas a sensibilizar y mejorar la formación de los profesionales de la comunicación en materia de prevención de adicciones.
- Convocatoria de un “Premio Madrid Salud a la prevención desde los MMCC”, que, con carácter periódico, se otorgue al espacio o espacios que destaque en prevención de adicciones, educación en valores y promoción de hábitos saludables.
- Diseño, puesta en marcha y difusión de un Servicio de Asesoramiento y Orientación, dirigido a profesionales de la comunicación (periodistas, guionistas, productores de series o programas de televisión, publicistas, etc.) sobre su papel como emisores de mensajes con potencialidad preventiva o contrapreventiva.
- Ampliación del Servicio de Prevención de Adicciones (PAD) con la incorporación de una nueva línea de trabajo dirigida a asesorar a las familias, educadores y otros mediadores sociales, en cuanto a su papel a la hora de “filtrar” o modular la influencia de los mensajes emitidos por los MMCC
- Suscripción de un Convenio de Colaboración con la Oficina del Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid, para el desarrollo de actividades coordinadas en diversos ámbitos relacionados con el presente objetivo.
- Establecimiento de otras alianzas con la comunidad educativa, la academia y otros órganos y entidades involucradas

# 7

## ATENCIÓN INTEGRAL

---

La Ley 5/2002, de 27 de Junio, sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunidad de Madrid define el “Trastorno adictivo” como un patrón desadaptativo de comportamiento que provoca un trastorno psíquico, físico o de ambos tipos, por abuso de sustancias o conducta determinada, repercutiendo negativamente en las esferas psicológica, física y social de la persona y su entorno.

Por otra parte, esta misma ley describe la “drogodependencia” como un trastorno adictivo definido como aquel estado psíquico, y a veces físico y social, causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por consumir una droga en forma continuada o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y físicos y, a veces, para evitar el malestar producido por su privación.

Las drogodependencias son entendidas en la comunidad científica como trastornos complejos, que afectan a diferentes aspectos de la vida de las personas que las padecen: la salud en general, las relaciones familiares y sociales, la actividad escolar o laboral, los hábitos de ocio, las conductas de cuidado personal, la situación económica, etc., llegando a generar problemas asociados en todas estas áreas y consecuencias más o menos graves en las mismas, como la presencia de otras enfermedades importantes, pérdidas de empleo, rupturas familiares o de pareja, complicaciones legales o judiciales, etc.

La presencia o no de complicaciones en algunas de estas áreas va a estar en función de la gravedad de la adicción y de la situación personal y social de cada persona, así como del tipo de dependencia de que se trate, de la duración de la misma y de toda una serie de variables que van a definir cada caso.

### 7.1. Red de Atención Integral a las Drogodependencias de la Ciudad de Madrid.

---

La propia complejidad del fenómeno de las drogodependencias y la necesidad de realizar un abordaje integral del mismo ha planteado la necesidad de generar recursos en red, de modo que sea posible dar respuesta a los diferentes problemas

asociados a las mismas, que afectan a diversas vertientes de la vida de los individuos.

Cada recurso o servicio que forma parte de la red no es, por si solo, una solución al problema, sino un elemento más de un proceso de intervención complejo, del que forma parte.

Para poder articular una respuesta en red, que sea integral y coherente con la diversidad de problemáticas relacionadas con las drogodependencias, es necesario contar con una amplia variedad de servicios y recursos, coordinados entre si de forma ordenada. La ordenación de estos recursos, para ser eficaz, debe articularse basándose en unos niveles de acción a partir de una asignación y diversificación de funciones que resulten complementarias. Los diferentes niveles en los que se articulan y clasifican los recursos y servicios que forman parte de la misma suelen venir determinados por la cobertura espacial, la forma de acceso o el nivel de especificidad de los mismos.



Por otra parte y teniendo en cuenta que el objetivo último de todo proceso de intervención en drogodependencias es lograr que las personas afectadas sean capaces de desarrollar un estilo de vida que posibilite su participación activa en la vida social y la incorporación de hábitos saludables en todos los ámbitos de su vida sin necesidad de recurrir al consumo de drogas, resulta necesario lograr una estrecha relación y coordinación entre la Red de Atención a las Drogodependencias y otras redes sociales y servicios: Atención Primaria de Salud, Salud Mental, Servicios Sociales, Sistema Educativo, mundo empresarial, tejido asociativo y la Sociedad Civil en general, potenciando las complicidades necesarias para favorecer

los procesos de normalización e integración social de las personas afectadas por un problema de drogodependencias.

La Ley 5/2002, de 27 de Junio sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunidad de Madrid define, en su artículo 20, el Sistema de Asistencia al Drogodependiente como una “red de atención pública y diversificada”, que integra de forma coordinada centros y servicios generales y específicos, complementados con recursos privados debidamente acreditados. Por otra parte, esta misma Ley, en su artículo 22, resalta la necesidad de garantizar la igualdad en el acceso a los recursos, actividades y prestaciones del sistema, insertándolas en el conjunto de las acciones normalizadas en todos los servicios públicos.

Desde el Instituto de Adicciones se plantea la ordenación de los recursos que forman parte de la Red de Atención Integral a las Drogodependencias en los siguientes niveles:

#### **7.1.1. Primer nivel o nivel de acceso.**

En este nivel se incluyen programas de atención básica y servicios de orientación, información, detección precoz y captación.

- Representan la “puerta de entrada” a la red. Motivan para el tratamiento, favorecen la adherencia al mismo y facilitan la derivación a los recursos de 2º nivel.
- Prestan información y asesoramiento básico a las personas y familiares con problemas relacionados con las drogodependencias.
- Algunos de estos recursos, como los Servicios Sociales Generales o los de Atención Primaria de Salud favorecen los procesos de normalización e integración social, facilitando la salida de la red específica de atención a las drogodependencias y la utilización de los recursos normalizados.
- En este nivel se sitúan servicios propios de la red de atención a las drogodependencias, como los Servicios de Atención Básica de Proximidad, los programas de Mediación Comunitaria o los programas y Servicios de Información y Orientación en Adicciones. También en este nivel estarían otros servicios, pertenecientes a redes generalistas, como los Centros de Atención Primaria de Salud o los de Servicios Sociales.

#### **7.1.2. Segundo nivel. Centros ambulatorios: Centros de Atención a las Drogodependencias y Centros Concertados de Atención a las Drogodependencias: CAD y CCAD.**

Los CAD y CCAD son centros de carácter socio-sanitario, que están dotados de un amplio equipo de técnicos, pertenecientes a diferentes disciplinas profesionales

como médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros, técnicos de laboratorio, auxiliares de enfermería, personal administrativo y de servicios.

- Actúan como el eje de la intervención integral con los pacientes y son los centros de referencia de la red asistencial, coordinando las actuaciones de los diferentes servicios, que intervienen en el proceso rehabilitador.
- En ellos se diseña y se coordina el proceso individualizado de intervención con cada paciente, tal y como se describe más adelante.
- Desde estos centros se deriva a los pacientes a recursos o dispositivos de tercer nivel, cuando éstos precisan de una atención con un mayor grado de especificidad, que no puede ser prestada en los CAD y CCAD. Estas derivaciones pueden ser temporales, durante el período de tiempo necesario para que se consigan unos determinados objetivos; (un ejemplo sería la derivación temporal a una Comunidad Terapéutica o a una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria), o bien pueden ser derivaciones parciales, durante las cuales se trabaja simultáneamente desde el CAD o CCAD y desde el dispositivo de tercer nivel (un ejemplo sería la derivación a un Servicio de Orientación Laboral o a un recurso convivencial alternativo a la familia).
- Paralelamente, los recursos de segundo nivel, mantienen también una estrecha coordinación con los recursos de primer nivel para favorecer los objetivos de normalización e integración social. Es necesario, por lo tanto, mantener una coordinación permanente y fluida entre niveles.

#### **7.1.3. Tercer nivel. Recursos de mayor grado de especificidad.**

En este nivel se agrupan recursos con un mayor grado de especificidad, a los que se accede por derivación desde los CAD y CCAD, para la consecución de unos objetivos concretos en una o en varias de las áreas de intervención con los pacientes. Entre las características que definen estos recursos señalamos las siguientes:

- Prestan una atención en áreas específicas, durante un tiempo limitado, que no puede ser ofertada desde los recursos de segundo nivel.
- Mantienen una coordinación permanente con los Centros de referencia de los pacientes en orden a facilitar la consecución de objetivos.
- Derivan de nuevo a los pacientes a los centros de referencia una vez finalizada su intervención.
- Al igual que ocurre con los dispositivos de primer nivel, en éste se sitúan servicios propios de la red de atención a las drogodependencias, como las unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH), comunidades terapéuticas (CT), recursos convivenciales de apoyo al tratamiento o a la reinserción, servicios de orientación laboral, talleres, etc. Así mismo estarían en este nivel recursos pertenecientes a otras redes, como los centros y servicios de Salud Mental, Atención Especializada de salud, etc.

## **7.2. Características del Modelo de Atención Integral en Drogodependencias.**

---

### **7.2.1. Abordaje interdisciplinario y multidimensional.**

El origen multicausal de las drogodependencias y las diversas áreas y facetas personales que suelen verse afectadas por las mismas, hace necesario plantearse un abordaje del problema desde una perspectiva integral e integradora, que ponga en juego diferentes disciplinas profesionales de forma que puedan contemplarse los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ocupacionales de cada paciente.

Desde esta perspectiva, se considera la interdisciplinariedad en drogodependencias como base de un proceso capaz de enlazar las intervenciones de las diferentes áreas de conocimiento en la consecución de objetivos comunes, ya sean éstos específicos de las diferentes disciplinas como comunes a todas ellas.

Se trata, por lo tanto, de aunar las aportaciones de cada profesional, de modo que no se planteen intervenciones compartimentadas sino que se articulen en un proceso dinámico, flexible y personalizado, capaz de acomodarse a las necesidades de cada individuo y situación en cada momento del proceso, mediante un sistema de evaluación continua del paciente y teniendo en cuenta que la mejora de cada una de las áreas afectadas va a influir de forma directa e inmediata en el resto.

El trabajo interdisciplinario comporta una serie de ventajas, tanto para el paciente como para los propios profesionales, que podríamos resumir en las siguientes:

- Posibilita contemplar la problemática a tratar de manera más global, no parcializada, lo que mejora la comprensión de la situación, facilitando un intercambio enriquecedor de experiencias y generando sinergias que revierten en una mayor eficacia en las líneas de trabajo.
- Permite el establecimiento en común de los objetivos de la intervención, favoreciendo el progresivo ajuste de los mismos, así como de las estrategias a utilizar y potenciando intervenciones en cada una de las áreas adecuadas a los diferentes momentos del proceso.
- Facilita la prestación de servicios de calidad, al estar todas las actuaciones coordinadas, siendo percibidas las intervenciones por el paciente como un “continuum” de tratamiento y no como parcelas aisladas, con las consiguientes implicaciones positivas en la mejora de la vinculación y fidelización del paciente.
- Los conocimientos y avances científicos que se producen en cada disciplina suponen, en una perspectiva interdisciplinaria, un enriquecimiento de las estrategias de actuación globales, potenciando y facilitando el logro de objetivos.

Desde esta perspectiva y tal y como queda definido en la Carta de Servicios del Instituto de Adicciones, se garantizará la continuidad de los programas terapéuticos

así como la atención integral de los pacientes, mediante la dotación a los Centros de Atención a las Drogodependencias de una plantilla estable e interdisciplinar, conformada por profesionales pertenecientes a las áreas sanitaria, psicológica, social y ocupacional, de forma que se puedan cubrir las necesidades de los pacientes en las distintas áreas afectadas por las drogodependencias.

#### **7.2.2. Trabajo en red.**

La articulación de respuestas adecuadas a la complejidad de la realidad de las drogodependencias y a la multiplicidad de situaciones posibles en los diferentes ámbitos del consumo de sustancias: sanitarias, psicológicas, sociales, relaciones, ocupacionales, legales, etc., hace necesario poner en juego una multiplicidad de servicios y recursos que, para ser efectivos, deben estar coordinados en red.

#### **7.2.3. Individualización.**

Lejos de modelos únicos y de programas rígidos y estandarizados, desde el modelo que se propugna se concibe la atención integral al drogodependiente como un proceso individualizado, capaz de adecuarse a las especiales características del individuo y de su familia.

#### **7.2.4. Confidencialidad.**

Como garantía de que toda la información proporcionada por el usuario, así como los datos recogidos en la realización de cualquier acción estarán salvaguardados por la normativa vigente, relativa a protección de datos de carácter personal y a los códigos deontológicos de las distintas profesiones concernidas.

#### **7.2.5. Flexibilidad.**

Entendida como la capacidad de adaptación continua a las necesidades y a los cambios que se produce en el proceso de rehabilitación de los pacientes o en el entorno familiar, laboral o social de los mismos. Supone, entre otras cuestiones, la capacidad de revisar de forma continua tanto los objetivos previstos, como la metodología y las estrategias de actuación o los recursos a utilizar con cada paciente.

#### **7.2.6. La integración social como proceso.**

Desde un modelo de intervención integral, la integración social de los pacientes afectados por un problema de adicciones se considera un objetivo fundamental a conseguir a través del proceso de intervención. Si bien teóricamente, la integración social y laboral de las personas afectadas por un problema de drogodependencias, suele considerarse como un hecho diferenciado del tratamiento, en la práctica resulta imposible disociar las acciones, las estrategias o las actividades dirigidas a este doble proceso, ya que ambos se retroalimentan continuamente y la evolución en uno de ellos incide directamente en el otro.

Por todo ello, entendemos que el proceso de intervención integral, que incluye objetivos de tratamiento y de inserción, se realiza en los Centros de Atención a las Drogodependencias, con el apoyo de recursos externos a los Centros, tanto los dirigidos a apoyar el propio tratamiento como los dirigidos a apoyar la integración social.

### **7.3. Los centros de atención a las drogodependencias como elementos referenciales de la intervención en red.**

---

Como se ha comentado más arriba, los Centros ambulatorios de Atención a las Drogodependencias (CAD y CCAD) se constituyen en los centros directores del proceso de atención integral con los pacientes, coordinando las actuaciones de los diferentes servicios que intervienen en el proceso rehabilitador.

Son los centros encargados de recepcionar las demandas que se plantean por parte de los pacientes afectados por un problema de drogodependencias o por sus familias, tutorizando en todo momento el proceso de intervención.

Cuentan con instalaciones adecuadas y espacios polivalentes, que facilitan la confidencialidad de la intervención en todas las áreas, la realización de actividades grupales, la dispensación de metadona o de otros fármacos, etc.

Distribuidos por todo el territorio municipal, garantizan la accesibilidad a los mismos por parte de la población.

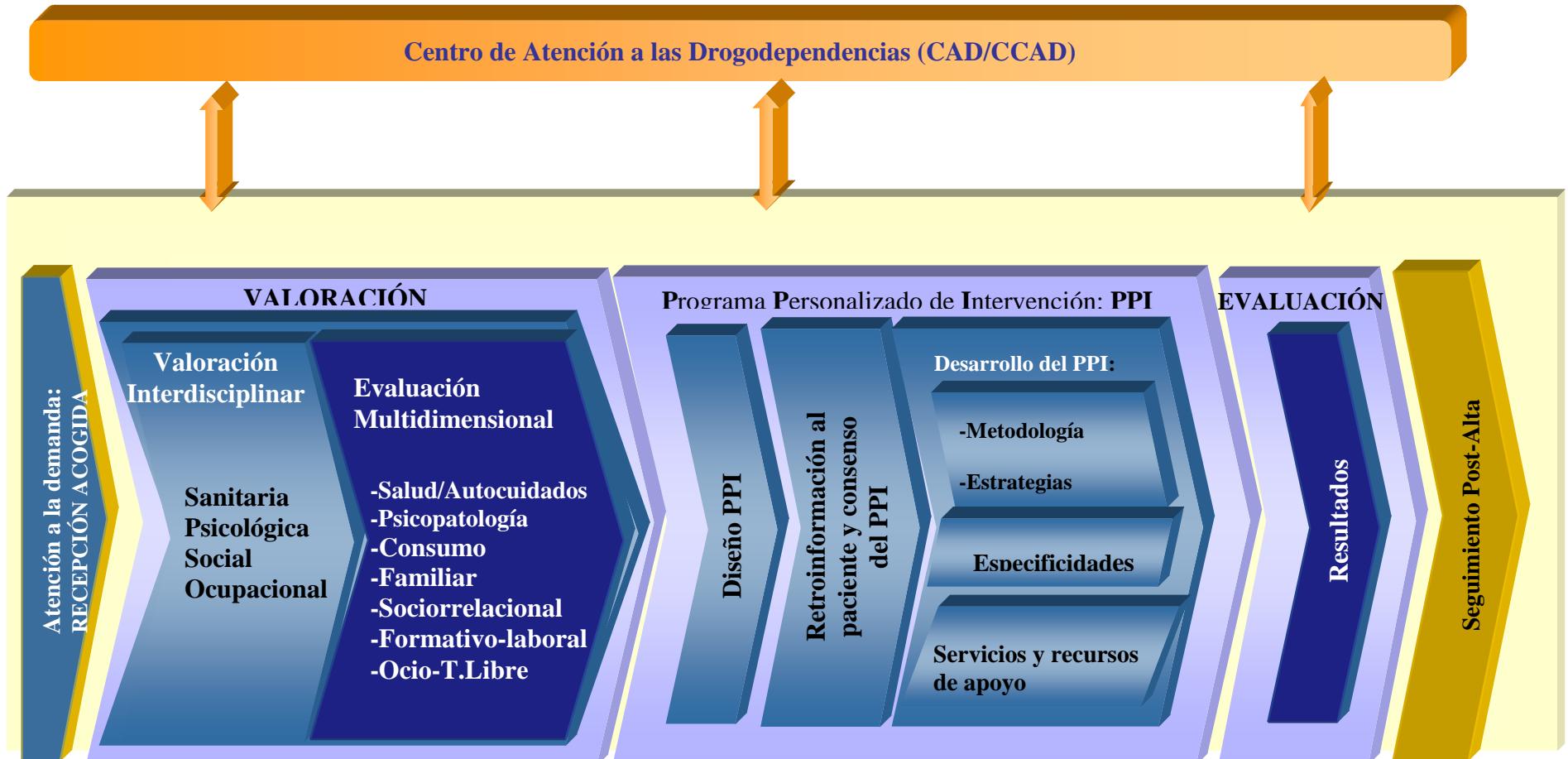
En ellos se diseña, sigue y evalúa el proceso de intervención integral que se describe en el siguiente apartado. Este proceso aúna los objetivos puramente asistenciales con los objetivos de normalización e integración social como elementos que forman parte de un todo indisoluble, que toma forma y coherencia en su característica de proceso individualizado y personalizado.

### **7.4. Proceso de atención integral.**

---

Se describen a continuación las diferentes etapas que forman parte del proceso de intervención integral, tal y como aparecen en el diagrama siguiente.

## PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS DROGODEPENDENCIAS



#### 7.4.1. Atención a la demanda inicial.

Se entiende por demanda la petición que realiza un usuario o una familia en un Centro de Atención a las Drogodependencias, solicitando ser atendido en alguna de sus necesidades (información, orientación, valoración, tratamiento, etc.). Esta demanda puede realizarse por vía telefónica o de forma presencial y puede dar lugar a una recepción del paciente o de la familia y a la posterior acogida

**a) Recepción:** Es la primera actuación que realiza el personal del CAD para atender una demanda nueva o reingreso. Suele realizarse por parte del personal administrativo e incluye la escucha de la demanda planteada por el paciente o la familia, la toma de datos iniciales y la asignación de una primera cita con un técnico.

**b) Acogida:** Se realiza en el marco de la primera entrevista con un técnico, miembro del equipo interdisciplinar, una vez que el paciente o la familia ha solicitado ser atendido/a, ya sea por primera vez o como reingreso después de una atención previa. Los objetivos de esta entrevista de acogida son:

- Escucha activa de la demanda.
- Recabar información mínima imprescindible.
- Comprobar si existe algún motivo de prioridad en la atención:
  - Embarazo
  - Riesgo para menores o mayores dependientes a su cargo.
  - Estilo de consumo de alto riesgo (comparte jeringuillas, ausencia de medidas higiénicas en la administración de la droga, etc.)
  - Presencia de enfermedades o trastornos físicos que requieran tratamiento urgente
  - Trastornos psiquiátricos que requieran tratamiento urgente
  - Riesgo de autolesiones
  - Amenaza para la seguridad de otras personas.
  - Otros motivos de atención prioritaria
- Dar información y orientar sobre las actuaciones posibles, canalizando aquellas demandas que no correspondan al centro hacia los servicios más adecuados.
- Generar empatía y establecer el vínculo terapéutico, que favorezca la retención y minimice los abandonos en estas fases iniciales, que suponen un mayor riesgo.
- Motivar al paciente para iniciar el proceso de atención
- Asignar cita o citas con los profesionales que vayan a intervenir en la valoración.

La entrevista motivacional breve puede resultar una herramienta de gran utilidad en estas primeras fases de la intervención, independientemente de la sustancia o sustancias consumidas, ya que se trata de intervenciones sencillas, que refuerzan y apoyan el deseo de cambio del paciente, ayudándole a salir de su ambivalencia inicial.

#### **7.4.2. Valoración interdisciplinar.**

El proceso de valoración del paciente en sus aspectos bio/psico/sociales resulta fundamental como primer paso para establecer un plan de acción o unas estrategias de intervención adecuadas. En este proceso de valoración inicial los profesionales pertenecientes a las diversas disciplinas profesionales recogen la información esencial para la evaluación del paciente.

La evaluación da comienzo en la primera o primeras entrevistas con el paciente y su familia y se continúa como un proceso dinámico a lo largo del proceso de intervención integral, retroalimentando al equipo técnico y al propio paciente, con una información útil relacionada con las diferentes áreas afectadas por la drogodependencia. (Área sanitaria, psicológica, social y ocupacional).

La información recogida en esta valoración y puesta en común por parte del equipo interdisciplinar permite realizar una evaluación multidimensional del paciente.

#### **7.4.3. Evaluación multidimensional.**

Las personas que acceden a la red de centros de Instituto de Adicciones por un problema de drogodependencia suelen presentar una problemática asociada, que afecta a diversas áreas de su vida, tanto en la esfera biológica como en los aspectos psico-sociales.

Además del consumo de drogas resulta necesario, por lo tanto, evaluar la situación de cada persona en dichas áreas o dimensiones, a fin de poder hacer un diagnóstico lo más completo posible de su situación y, de ese modo, poder ofertar un programa de intervención integral, que de respuesta a la complejidad de circunstancias que pueden estar presentes en cada individuo en un momento determinado.

Esta valoración multidimensional facilita además, contando por supuesto con la opinión y el deseo de cada paciente, la formulación de los objetivos de la intervención en las diferentes áreas, es decir, el diseño de un programa personalizado de intervención, dando así las claves para orientar las sucesivas intervenciones o modificaciones en el programa inicial, en función de un proceso de evaluación continua por parte del equipo responsable de cada caso.

Por otra parte, este sistema nos permite realizar un seguimiento tras el alta del paciente. Este seguimiento post-alta nos permitirá saber, no solo si se han producido cambios o no durante el proceso de intervención, sino también si estos cambios son duraderos, si continúan una vez que ésta ha finalizado.

En resumen, este sistema de evaluación facilita los siguientes procesos:

- La valoración inicial del paciente
- El diseño del programa personalizado de intervención (de tratamiento y de reinserción como un proceso único y continuo)
- El seguimiento de la evolución del paciente por parte del equipo responsable y la priorización de la intervención en determinadas áreas

- La evaluación de resultados (la evaluación de la situación a la salida del paciente)
- El seguimiento post-alta

Las áreas, dimensiones o ejes en los que se realiza esta evaluación son:

1. Área de salud y autocuidados
2. Área psicopatológica
3. Área de consumo de sustancias
4. Área familiar
5. Área socio-relacional
6. Área formativo-laboral
7. Área de ocio y tiempo libre

En esta evaluación por parte del equipo técnico, se tendrá en cuenta también si el paciente pertenece o no a alguno de los colectivos o grupos de población con necesidades especiales, lo que será tenido en cuenta a la hora de planificar la intervención, como forma de responder en la mejor medida posible a sus necesidades:

- Adolescentes y jóvenes
- Mujeres en especial situación de vulnerabilidad
- Pacientes crónicos
- Patología dual
- Drogodependientes sin hogar
- Personas con necesidades especiales debido a diferencias de origen, cultura, idioma o etnia
- Personas con complicaciones legales o judiciales.

#### **7.4.4. Diseño del programa personalizado de intervención.**

Un programa de intervención, en el marco del proceso integral de intervención con personas que presentan una situación de drogodependencia, es una forma de organizar una respuesta dirigida a reducir o minimizar los problemas específicos que presentan los pacientes. Esta respuesta organizada o programa se proyecta con uno o varios objetivos, se desarrolla con una serie de actividades y utiliza un conjunto de recursos.

La evaluación multidimensional permite, no sólo conocer la situación de cada paciente con relación a cada una de las áreas o ejes mencionados, sino que también, a partir de este conocimiento, facilita el diseño de un plan individualizado de intervención, permitiendo la identificación de objetivos concretos a conseguir en cada uno de ellos.

El programa personalizado de intervención (PPI) es, por lo tanto, como resultante de una valoración interdisciplinar y multidimensional y del consenso con el deseo del paciente, el instrumento en virtud del cual se organizan las diferentes acciones terapéuticas en orden a la rehabilitación y reinserción social de una persona, partiendo de la situación actual de la misma con relación a las áreas mencionadas.

El diseño del PPI incluye:

- La identificación de los objetivos a conseguir en cada uno de estos ejes o áreas.
- La selección de las estrategias terapéuticas que se consideren más adecuadas para la consecución de los mismos
- La puesta en marcha de una serie de actuaciones, según una metodología determinada, y la utilización de los recursos y las herramientas terapéuticas de diversa índole, disponibles en los Centros de Atención a las Drogodependencias o fuera de ellos, que resulten necesarios para apoyar el proceso de tratamiento y de reinserción.

Por otra parte, el PPI se constituye en una herramienta de primer orden para el seguimiento y la evaluación continua de los pacientes, facilitando la toma de decisiones del equipo responsable de cada caso, de forma ágil y adaptada a las necesidades individuales y al momento evolutivo en el que se encuentren. La revisión y actualización periódica del PPI permite el seguimiento y la introducción de las modificaciones necesarias, ya sea en la elección de las estrategias o la metodología de intervención, ya sea en las especificidades, servicios o recursos que se van poniendo a disposición el paciente.

#### **7.4.5. Retroinformación al paciente y consenso del PPI.**

El diseño inicial del PPI no puede considerarse cerrado hasta consensuarlo con el paciente. Resulta fundamental realizar una devolución de los resultados de la valoración multidimensional al paciente y, a veces también, a la familia, como paso previo a la definición y concreción del programa de intervención.

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

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

#### **7.4.6. Desarrollo del PPI.**

Una vez definido el programa de intervención para cada paciente se procede al desarrollo del mismo, que consiste básicamente, en poner en juego la metodología, las estrategias, las actuaciones específicas y los recursos necesarios, ya sean éstos internos de los propios Centros de Atención a las Drogodependencias, o externos a los mismos, conjugando las distintas intervenciones en función de las necesidades y de la evolución del paciente.

Salvando las diferencias individuales y los ritmos de cambio de cada paciente, podemos definir algunas fases o subprocessos en el desarrollo del programa personalizado de intervención.

#### **Desintoxicación y/o estabilización**

Los pacientes que demandan atención por un problema de drogodependencias son, en la práctica totalidad “policonsumidores”. Es decir, presentan un consumo más o menos abusivo, con mayor o menor grado de dependencia, de más de una sustancia.

En muchas ocasiones, lo que el paciente demanda en los centros de atención, no es tanto una ayuda para lograr la abstinencia a todas las sustancias de las que abusa o depende, como una ayuda para hacer que sus consumos no sean tan problemáticos, no interfieran tan negativamente en su vida y en su salud, no le creen problemas sociales, familiares, económicos, laborales, etc. En estos casos no se plantean, al menos inicialmente, objetivos de desintoxicación, sino de reducción del consumo, de consumo de menor riesgo o de estabilización, con apoyo de sustitutivos o de otros fármacos.

En otras ocasiones el paciente solicita ayuda para dejar de consumir una o varias sustancias de las que abusa o depende, generalmente aquellas que le crean mayores problemas o que son menos aceptadas socialmente. Ya se utilice con una o con varias sustancias de abuso, la desintoxicación es un proceso que se pone a disposición de los pacientes en sus diferentes modalidades y para todas las posibles sustancias de abuso.

A través de este proceso, delimitado en el tiempo, la persona drogodependiente pasa de la situación de consumo de una o varias sustancias a la de abstinencia de las mismas. Durante el mismo se ponen en juego una serie de medidas de diferente tipo (farmacológicas, psicológicas, de contención, etc.) que permiten abordar las manifestaciones clínicas, que se producen al dejar de consumir la sustancia o sustancias que han generado la dependencia. Se trata, en definitiva, de atenuar y/o eliminar los síntomas y signos del síndrome de abstinencia, los cuales van a depender de la sustancia o sustancias consumidas, dosis y frecuencia de consumo, vía de administración, características físicas y psicológicas del sujeto y patologías, tanto orgánicas como mentales, asociadas. Por todo ello será necesario adaptar el proceso a la situación de cada persona y utilizar las herramientas farmacológicas o de otro tipo, apropiadas, así como los recursos necesarios, ya sea en la modalidad de desintoxicación ambulatoria o la que se realiza en régimen de ingreso hospitalario o en una comunidad terapéutica.

El proceso de desintoxicación supone también una oportunidad para motivar e implicar al paciente en su tratamiento y para mejorar su salud integral.

### **Deshabituación y rehabilitación**

La deshabituación es una fase posterior a la desintoxicación e implica la adquisición, por parte del paciente, de capacidades psicológicas que le hacen posible el abandono de la relación de dependencia establecida con la droga, la recuperación paulatina de los hábitos de vida previos a la instauración de la adicción, o la recuperación de parcelas personales que habían sido invadidas por las conductas de consumo de drogas.

Durante este proceso, se ponen en marcha nuevas estrategias terapéuticas, ya sean de tipo sanitario, psicológico, ocupacional, de educación y reeducación de hábitos, etc., que se orientan a facilitar en los pacientes, la superación de miedos y tensiones, la adquisición de habilidades personales de diversa índole que les hagan más resistentes y menos vulnerables ante los riesgos del consumo, la recuperación de relaciones sociales y familiares constructivas, la adquisición y el disfrute de un ocio saludable y enriquecedor y la búsqueda de valores y estilos de vida nuevos que faciliten la asunción del reto de vivir sin depender de una sustancia.

La rehabilitación hace referencia al proceso orientado a recuperar funcionalidades en las distintas áreas de la vida del individuo, áreas que, como se ha explicado anteriormente, suelen verse afectadas en mayor o menor medida por un problema de dependencia de las drogas.

Ambos procesos discurren paralelamente, forman parte de la misma realidad individual y constituyen el fin último de una intervención integral en drogodependencias. De este modo, los objetivos que se marcan en el programa personalizado de intervención en cada una de las áreas o dimensiones descritas, en las que se ha producido algún desajuste, constituyen los objetivos del proceso individualizado de rehabilitación y de integración social.

Para apoyar al paciente en este proceso, se precisa la participación de los diferentes profesionales que conforman el equipo técnico responsable del mismo, así como la puesta en juego de diferentes medidas, estrategias, actividades y recursos. Todo ello en función de las necesidades individuales y de la evaluación continua del proceso.

#### **7.4.7. Evaluación de resultados.**

El programa personalizado de intervención constituye también una herramienta facilitadora de la evaluación de los cambios que se van produciendo en el paciente durante el proceso de intervención. Estos cambios se harán visibles en cada uno de los ejes y en comparación con los objetivos planteados.

La información obtenida a través de este proceso de evaluación continua, cuya periodicidad será decidida por el equipo terapéutico responsable da cada caso,

servirá de orientación acerca del trabajo a realizar y permitirá, a la salida del paciente, conocer la calidad y magnitud de los cambios producidos y la comparación de los mismos con la situación del paciente en el momento de la primera evaluación y con los objetivos que inicialmente se habían marcado en cada una de las dimensiones de intervención, es decir, nos permite realizar una evaluación de resultados.

#### **7.4.8. Seguimiento post-alta.**

La evaluación de resultados mencionada en el apartado anterior constituye el punto de partida para realizar el seguimiento tras el alta de un sujeto. Una vez finalizada la intervención, ya sea por deseo del paciente o por recomendación del equipo terapéutico tras haber logrado los cambios previstos en las diferentes áreas de intervención, resulta interesante conocer hasta qué punto determinados cambios se mantienen en el tiempo. El seguimiento post-alta permite conocer si los cambios producidos en el paciente durante su proceso de intervención integral son duraderos en el tiempo.

Si bien a través de este seguimiento no se pretende obtener una información exhaustiva ni tan completa como la que puede obtenerse cuando el paciente está aún en tratamiento, sí debe permitirnos conocer la evolución del sujeto en aspectos claves como: su situación de consumo, sus hábitos de salud, su situación laboral, la utilización del ocio, etc., y su comparación con la situación del paciente a la salida del Centro de Atención.

### **7.5. Metodología y estrategias de intervención.**

---

#### **7.5.1. Intervención individual con los pacientes.**

La intervención que se realiza con los pacientes en los CAD y CCAD consiste básicamente en la puesta en marcha de una serie de estrategias de actuación dirigidas a la consecución de los objetivos previamente fijados en el PPI.

Para ello, los miembros del equipo interdisciplinar realizan sesiones de trabajo individuales orientadas a este fin, utilizando la metodología y herramientas propias de cada disciplina profesional. La intervención individual con los pacientes cubre las áreas siguientes:

- Médico-sanitaria
- De enfermería
- Psicológica
- Social
- Ocupacional

La duración y frecuencia de las sesiones individuales con los pacientes estarán en función de los objetivos a conseguir y el momento del proceso en el que se encuentre, pudiendo revisarse siempre en función de la evolución.

### **7.5.2. Intervención grupal con pacientes.**

El grupo es una importante herramienta terapéutica, que permite rentabilizar el trabajo desde las distintas áreas, no sólo como forma de una mejor gestión de los tiempos de los que disponen los profesionales, sino también como forma de facilitar las sinergias positivas y las ventajas que el grupo proporciona para facilitar el proceso de cambio.

Existen muchos tipos de grupos para el trabajo con drogodependientes. En el caso de los CAD y CCAD, los grupos se clasifican según los siguientes criterios:

- Objetivo del grupo (Ej.: Grupo de prevención de recaídas)
- Colectivo al que se dirige (Ej.: Grupo de personas sin hogar)
- Sustancia principal de abuso (Ej.: Grupo de alcohol)

Estos criterios no son excluyentes entre si, por lo que permiten clasificar en función de los mismos, la tipología de grupos que en un momento dado pueden ofertarse a los pacientes de los Centros de Atención.

La duración de la actividad grupal, así como la frecuencia y duración de las sesiones, la condición de grupo abierto o cerrado, etc., vendrán determinadas por el tipo de grupo y los objetivos del mismo.

### **7.5.3. Intervención con familias.**

La intervención con familiares de drogodependientes es una de las prioridades de actuación desde el Instituto de Adicciones. Si bien no es posible abordar en todos los casos esta línea de trabajo, ya sea por expreso deseo del paciente o por dificultades o falta de motivación por parte de la familia, se considera importante realizar, siempre que sea posible, una intervención con las familias de modo paralelo a la intervención con el paciente, dada la positiva influencia que ello tiene sobre la evolución del mismo.

Esta influencia positiva se produce también cuando es el paciente el que no se siente motivado para iniciar un tratamiento y la familia acude “sola” al centro. Esta modalidad de trabajo con “familias solas” facilita el cambio positivo en la unidad familiar y en el propio drogodependiente, logrando en muchos casos, que éste se decida finalmente a iniciar tratamiento.

La intervención con familias, ofertada desde los Centros de Atención a las Drogodependencias, se realiza en las modalidades individual y grupal, en función de las necesidades concretas detectadas en cada unidad familiar y de los objetivos a trabajar, diferenciándose la atención entre la que se dirige a “familiares solos” y la que se dirige a “familiares de pacientes”.

Los grupos de atención a familias se clasifican posteriormente en función de los objetivos a conseguir en las diferentes fases del proceso de intervención.

Los objetivos del trabajo con familias, ya sean en su modalidad individual como en la grupal, van más allá del beneficio que indudablemente traen sobre el propio paciente, constituyendo también un importante apoyo para las mismas, en orden a

modificar aspectos disfuncionales o conflictivos y facilitando un proceso de cambio orientado a restablecer el equilibrio y la salud de la unidad familiar. Cuando la familia logra hacer cambios positivos en su dinámica interna, en la definición de sus roles, en sus sistemas de comunicación, etc., está en mejores condiciones, no sólo para ayudar de forma más efectiva al familiar afectado por un problema de drogodependencias, sino también para hacer frente a cualquier otro problema de alguno de sus miembros o para afrontar de forma positiva una situación crítica de otra índole.

#### 7.5.4. Profesional de referencia.

La figura del profesional de referencia constituye una estrategia facilitadora de la integración de las diferentes acciones en las que participa un paciente en su proceso rehabilitador.

Tiene la función de orientar y tutorizar el proceso de intervención con el drogodependiente y/o su familia, siendo el “portavoz del equipo” que se responsabiliza de encuadrar el momento y las actuaciones que se proponen, y de seguir la evolución del paciente en todas las áreas.

De cara al paciente, el profesional de referencia es la figura a la que puede dirigirse para petición de informes, solicitar cambios, etc. La existencia de esta figura permite al paciente percibir el proceso de intervención integral como un todo que persigue unos objetivos comunes, facilitando de este modo la adherencia del paciente al tratamiento y el compromiso con su proceso de rehabilitación.

### 7.6. Especificidades del modelo de atención.

---

#### 7.6.1. Colectivos con necesidades especiales.

Entre las personas con problemas de drogodependencias, susceptibles de ser atendidas en la red del Instituto de Adicciones, existen colectivos o subgrupos de población que plantean unas especiales características y necesidades. Si bien el proceso de atención, descrito anteriormente, contempla ya en sí mismo como una de sus principales señas de identidad, la necesidad de realizar siempre y en todas las etapas del proceso, un tratamiento individualizado que se plasma en el diseño y desarrollo del PPI, desde el Instituto de Adicciones se considera prioritario dedicar un esfuerzo especial de adaptación y de asignación de recursos, con aquellos colectivos o grupos sociales que plantean especiales dificultades o necesidades, ya sea en el acceso a los recursos de la red, en el mantenimiento y aprovechamiento del programa terapéutico o en el siempre complejo proceso de integración social.

Estas especificidades, a la hora de planificar las actuaciones de atención integral a las drogodependencias, se hacen especialmente necesarias en los colectivos siguientes:

- Adolescentes y jóvenes.
- Mujeres en especial situación de vulnerabilidad.

- Pacientes con bajo potencial de cambio que requieren tratamientos prolongados (pacientes crónicos).
- Pacientes con patología dual.
- Drogodependientes sin hogar.
- Personas con necesidades especiales debido a diferencias de origen, cultura o idioma.
- Personas con conflictos legales o judiciales

## A) Adolescentes y jóvenes

**Características de la población:** Adolescentes y jóvenes menores de 24 años, que presentan abuso o dependencia de alcohol y/o de otras drogas

**Necesidades especiales:** Escasa conciencia del problema, consumos de alcohol y/o de otras drogas incorporados a los hábitos normalizados de ocio y diversión, escasa o nula motivación por iniciar tratamiento, familias no conocedoras del problema y/o con escasa capacidad para el manejo de la situación.

### **Especificidades necesarias:**

- Coordinación con Centros y Servicios de atención a adolescentes y jóvenes (Centros de Servicios Sociales, Centros Municipales de Salud, Servicios Educativos, Atención Primaria de Salud, etc.).
- Especialización de los profesionales de los CAD y CCAD en la atención a adolescentes y jóvenes y sus familias.
- Intervención individual, grupal y familiar adaptada a las características especiales de las familias de adolescentes y jóvenes.

### **Servicios o recursos implicados:**

- Servicio de orientación para la prevención del consumo del alcohol y de otras drogas (PAD).
- Técnicos de prevención de los distritos.
- Equipos de adolescentes y jóvenes de los Centros de Atención a las Drogodependencias.
- Comunidades terapéuticas específicas para adolescentes y jóvenes.
- Servicio de Orientación Laboral (SOL).
- Centros Madrid Salud (CMS) y Centro Madrid Salud Joven.
- Talleres jóvenes (taller de mecánica de motos y taller de electricidad)
- Centros de Apoyo a la Familias (CAF).
- Otras instituciones y entidades sociales que trabajan con adolescentes y jóvenes.

## B) Mujeres en especial situación de vulnerabilidad

**Características de la población:** Mujeres que presentan abuso o dependencia de alcohol y/o de otras drogas y que se ven afectadas por otras situaciones de riesgo a nivel individual, familiar o social.

**Necesidades especiales:** Dificultades en el acceso a los Centros de Atención a las Drogodependencias y a los recursos y servicios de la red, escasez de apoyos familiares y sociales para mantenerse en tratamiento, mayores y más frecuentes cargas familiares, mayores dificultades que los varones para el acceso y mantenimiento en el empleo, actitudes psicológicas negativas frente a su rehabilitación, su proyecto de vida y su futuro (inseguridad, escasa confianza en sí mismas, baja autoestima, miedo a la estigmatización, ansiedad, codependencia afectiva, sentimientos de vergüenza y culpa, etc.), violencia de género y una mayor estigmatización social.

#### **Especificidades necesarias:**

- Coordinación con centros y servicios de atención a mujeres (Servicios Sociales, instituciones y entidades que trabajan con mujeres, etc.).
- Coordinación con Atención Primaria de Salud
- Atención individual y/o grupal, desde los Centros de Atención a las Drogodependencias, específica para mujeres, que permita trabajar aspectos concretos, como prevención de la violencia de género, sexualidad, salud reproductiva, rol materno, etc.
- Ofertar estrategias que favorezcan en las mujeres la expresión de los temores y emociones, la comunicación y el intercambio de experiencias con otras mujeres.
- Tener en cuenta la perspectiva de género y las especiales necesidades de las mujeres en el diseño y desarrollo de la oferta terapéutica, tanto desde los CAD y CCAD, como desde los servicios y recursos de apoyo al tratamiento y a la reinserción.
- Acciones de sensibilización dirigidas al tejido empresarial que fomenten la puesta en marcha de medidas de acción positiva dirigidas a mujeres.

#### **Servicios o recursos implicados:**

- Recursos convivenciales específicos para mujeres (con o sin cargas familiares o con otras situaciones de vulnerabilidad).
- Servicio de Orientación Laboral (SOL).
- Otros recursos para mujeres dependientes de distintas instituciones y entidades.

### **C) Pacientes con bajo potencial de cambio que requieren tratamientos prolongados**

**Características de la población:** Personas con abuso o dependencia del alcohol y/o de otras drogas, que tienen una edad avanzada, con largas historias de consumo, múltiples recidivas y tratamientos prolongados, que, si bien consiguen llegar a una situación de estabilidad, han logrado pocos cambios significativos en su proceso de normalización e integración social. La droga principal de abuso suele ser el alcohol y los opiáceos y el tiempo de permanencia en tratamiento se prolonga durante bastantes años, en especial en los pacientes en programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos.

**Necesidades especiales:** Tratamiento condicionado por la presencia de enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, bajo nivel de cumplimiento de prescripciones médicas, déficit de hábitos de autocuidados, estilo de vida muy relacionado con el consumo y con grupos marginales o en riesgo de exclusión, carencias en su formación y capacitación profesional, en sus medios económicos, en la utilización de su ocio y en los vínculos familiares y sociales.

#### **Especificidades necesarias:**

- Coordinación con la red de Servicios Sociales
- Coordinación con Atención Primaria de Salud y red de Salud Mental
- Coordinación con asociaciones y entidades que prestan servicios a personas excluidas o en riesgo de exclusión social (albergues, comedores, etc.).
- Intervenciones individuales y grupales adaptadas a las necesidades de este colectivo, trabajando a partir de la creación de un vínculo afectivo y ofreciendo servicios de cobertura de necesidades básicas, educación para la salud, educación para el ocio, asesoramiento para la formación y el empleo, trabajo terapéutico orientado a la mejora de la autoestima, la motivación para el cambio y la recuperación de los vínculos familiares y sociales.

#### **Servicios o recursos implicados:**

- Recurso convivencial para personas sin hogar con abuso o dependencia del alcohol (Convenio de colaboración entre Madrid Salud y el Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales).
- Unidad móvil de reducción del daño “Madroño”.
- Centros de día.
- Programa de mediación comunitaria.
- Centro de atención básica socio-sanitaria para drogodependientes.
- Programa de Salud e Integración.
- Programa de integración social a través del ocio.
- Servicio de orientación laboral (SOL).
- SAMUR Social.
- Albergues, comedores y otros servicios destinados a población sin hogar o en situación de exclusión social.

#### **D) Pacientes con Patología Dual**

**Características de la población:** Personas con abuso o dependencia del alcohol y/o otras drogas, que presentan además un trastorno mental concomitante.

**Necesidades especiales:** Trastorno o trastornos mentales asociados al consumo de alcohol y/o de otras drogas, que precisan tratamiento. Frecuente presencia de otros problemas psicosociales y/o riesgo de exclusión social, como: ruptura de vínculos familiares, carencias económicas, de vivienda, seguimiento inadecuado de prescripciones médicas y farmacológicas, complicaciones legales o judiciales, etc.

#### **Especificidades necesarias:**

- Coordinación con Atención Primaria de Salud.
- Coordinación con la red de Salud Mental y red de Servicios Sociales.
- Abordaje dual de la problemática: de la patología mental por parte de los centros de la red de Salud Mental y de la adicción o adicciones por parte de los Centros de Atención a las Drogodependencias.
- Acciones de mediación judicial, penal y comunitaria.
- Atención básica de proximidad, educación de calle y acompañamientos por parte de entidades y voluntariado.

#### **Servicios o recursos implicados:**

- Unidad móvil de reducción del daño “Madroño”.
- Centro de atención básica socio-sanitaria para drogodependientes.
- Centros de día.
- Albergues, comedores.
- Programa de mediación comunitaria.
- Centro de Patología Dual.
- Recursos residenciales de apoyo al tratamiento y a la reinserción especializados en pacientes con patología dual.
- Programa de Intervención en drogodependencias en Juzgados de Guardia de Madrid (SAJIAD).

#### **E) Drogodependientes sin hogar**

**Características de la población:** Personas con problemas de abuso o dependencia del alcohol y de otras drogas, que carecen de hogar: se alojan en albergues nocturnos y temporales, dependen de la acogida de amigos y parientes o duermen a la intemperie en las calles.

**Necesidades especiales:** Carencia de medios para cubrir necesidades básicas: alojamiento, alimentación, vestido, etc., desarraigo familiar y social, hábitos inadecuados de higiene y autocuidados, bajo nivel de cumplimiento de prescripciones médicas, estilo de vida muy relacionado con el consumo y con grupos marginales o en riesgo de exclusión, carencias en su formación y capacitación profesional, en sus medios económicos, en la utilización de su ocio y en los vínculos familiares y sociales.

#### **Especificidades necesarias:**

- Coordinación con la red de Servicios Sociales (Procedimiento para la atención a personas sin hogar con problemas de dependencia del alcohol y de otras drogas).
- Coordinación con Atención Primaria de Salud.
- Acciones de mediación comunitaria.
- Atención básica de proximidad, educación de calle y acompañamientos por parte de entidades y voluntariado.
- Intervenciones individuales y grupales adaptadas a las necesidades de este colectivo, trabajando a partir de la creación de un vínculo afectivo y ofreciendo servicios de cobertura de necesidades básicas, educación para la salud,

educación para el ocio, asesoramiento para la formación y el empleo, trabajo terapéutico orientado a la mejora de la autoestima, la motivación para el cambio y la recuperación de los vínculos familiares y sociales.

#### **Servicios o recursos implicados:**

- Unidad móvil de reducción del daño “Madroño”.
- Centro de atención básica socio-sanitaria para drogodependientes.
- Centros de día.
- Programa de mediación comunitaria.
- Recurso convivencial para personas sin hogar con abuso o dependencia del alcohol (Convenio de colaboración entre Madrid Salud y el Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales).
- Programa de Salud e Integración.
- Servicio de orientación laboral (SOL).
- SAMUR Social.
- Albergues, comedores y otros servicios destinados a población sin hogar o en situación de exclusión social.

#### **F) Personas con necesidades especiales debido a diferencias de origen, cultura o idioma**

**Características de la población:** Personas con problemas de abuso o dependencia del alcohol y de otras drogas, con diferencias idiomáticas, y/o culturales que constituyen barreras añadidas para el acceso a los centros, el tratamiento y/o la integración social.

**Necesidades especiales:** Dificultad de acceso a los centros de la red de atención a las drogodependencias, dificultades de adaptación a los programas, servicios y recursos generales de atención a las drogodependencias, dificultades idiomáticas o de comunicación, situaciones de irregularidad en la estancia que dificultan el acceso a un empleo, carencias frecuentes en otras áreas como en los medios económicos, la formación o el empleo, las relaciones sociales y familiares.

#### **Especificidades necesarias:**

- Coordinación con la red de Servicios Sociales
- Servicios de mediación cultural o comunitaria
- Servicios de traducción
- Necesidad de información, asesoramiento y/o acompañamiento en tramitación de documentos
- Asesoramiento y formación de los profesionales de la Red de Atención a las Drogodependencias respecto de las características y necesidades de este colectivo.
- Adecuación de la intervención terapéutica a las características personales, sociales, culturales e idiomáticas de estas personas.

## **Servicios o recursos implicados:**

- Programa de mediación comunitaria.
- Programa de atención a ciudadanos extranjeros con problemas de abuso o adicción al alcohol y/o a otras drogas (ISTMO).
- Servicio de orientación laboral (SOL).

## **G) Personas con conflictos legales o judiciales**

**Características de la población:** Personas con problemas de abuso o dependencia del alcohol y de otras drogas, que tienen problemas judiciales por la comisión de actos delictivos relacionados con su dependencia a las drogas.

**Necesidades especiales:** Dificultades en su proceso de rehabilitación e integración social debido a conflictos judiciales o penales: condenas de prisión, juicios pendientes, antecedentes penales, etc.

## **Especificidades necesarias:**

- Coordinación con la Administración de Justicia.
- Servicios de mediación entre los operadores judiciales y la Red de Atención a las Drogodependencias, en especial con los Centros de Atención.
- Realización de informes y de peritajes sobre drogodependientes que han cometido actos delictivos y asesoramiento, no vinculante, a los jueces sobre alternativas al ingreso en prisión de carácter rehabilitador.
- Información y asesoramiento a los drogodependientes que cometen actos delictivos acerca de sus posibilidades de tratamiento y reinserción.

## **Servicios o recursos implicados**

- Programa de Intervención en drogodependencias en Juzgados de Guardia de Madrid (SAJIAD).

### **7.6.2. Especificidades en función de las sustancias consumidas.**

Las personas atendidas en los Centros de Atención a las Drogodependencias son, en su mayor parte, policonsumidoras, es decir, consumidoras de más de una sustancia adictiva. Entre las sustancias de las que abusa o depende un paciente se suelen identificar una o varias como droga o drogas principales de abuso, en función de las cuales se precisa poner en práctica algunas especificidades del modelo de atención.

En cualquier caso, la flexibilidad debe estar siempre presente, de forma que, junto al tipo de sustancia consumida, se tengan en cuenta otras características y necesidades del paciente en las áreas anteriormente reseñadas.

Algunas de las especificidades que se describen a continuación tienen en cuenta, además, los objetivos a perseguir con cada paciente, ya sean éstos la abstinencia, la reducción en el consumo o la reducción de daños.

Las especificidades de tipo farmacológico y de recursos, relacionadas con las sustancias consumidas, que se señalan en este apartado, se acompañan de otro tipo de intervenciones psicosociales, adecuadas a cada caso y situación.

## Opiáceos

### **Tratamiento orientado a la abstinencia**

En el proceso de desintoxicación se utilizan diferentes fármacos para mitigar la sintomatología del síndrome de abstinencia (SAA) característico de la dependencia de opiáceos: ansiolíticos, hipnóticos, agonistas, como el dextroproxifeno o la metadona, etc., que se describen pormenorizadamente en los protocolos de actuación sanitaria utilizados en los Centros.

Cuando los tratamientos de desintoxicación de opiáceos no pueden realizarse en régimen ambulatorio, debido a circunstancias individuales o sociales de mayor riesgo de los pacientes, se utilizan las unidades de desintoxicación hospitalarias, dependientes de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

Como tratamiento coadyuvante en la deshabituación pueden utilizarse también fármacos antagonistas, como la naltrexona.

### **Mantenimiento con sustitutivos**

El tratamiento con sustitutivos es también una elección interesante en muchos casos de dependencia contrastada a los opiáceos. Estos fármacos, prescritos a dosis estables y adecuadas y dispensados en los propios Centros de Atención a las Drogodependencias, en oficinas de farmacia o a través de unidades móviles, facilitan la normalización de numerosas funciones físicas y psicológicas, que se encuentran significativamente perturbadas por la acción de opiáceos de acción corta, como es la heroína.

Se utilizan fármacos como:

- Hidrocloruro de metadona: Opiáceo de acción más larga que la heroína, permite el mantenimiento con una dosis diaria ajustada a las necesidades del paciente.
- Clorhidrato de buprenorfina y naloxona: Diseñado para proporcionar la misma eficacia y seguridad que la buprenorfina, pero con menor potencial de generar un uso indebido, resulta muy útil en algunos pacientes.

### **Tratamiento dirigido a la reducción del daño:**

Cuando el objetivo que se persigue no es la abstinencia, se plantean objetivos intermedios, como la adherencia al tratamiento, la reducción del consumo, la minimización de riesgos asociados y otros objetivos de reducción de daños. En estos casos también se prescriben diferentes fármacos, como el hidrocloruro de metadona, teniendo en cuenta el margen de seguridad del fármaco y las posibles

interacciones con el consumo de drogas de acuerdo con los protocolos sanitarios establecidos.

Se realizan intervenciones sociosanitarias destinadas a proporcionar material de inyección a los pacientes que utilizan la vía intravenosa para consumir y/o preservativos a fin de disminuir la prevalencia de enfermedades asociadas al consumo y mejorar el nivel de autocuidados.

En todos los Centros de Atención a las Drogodependencias existen protocolos de actuación sanitaria que facilitan la toma de decisiones, tanto en lo que se refiere a la elección de fármacos, como en la elección de la forma de intervención más adecuada y en la definición de los objetivos a corto y medio plazo para cada paciente.

## Alcohol

### **Tratamiento orientado a la abstinencia**

La finalidad del proceso de desintoxicación es conseguir la abstinencia de una manera controlada, evitando en lo posible los síntomas de deprivación y anticipándose a la aparición de graves complicaciones orgánicas, algunas de ellas potencialmente mortales, como el *Delirium Tremens*.

La desintoxicación puede llevarse a cabo de forma ambulatoria, valorando previamente si lo permiten los factores de riesgo particulares en relación con el síndrome de abstinencia por alcohol, siguiendo los protocolos establecidos para ello. Cuando el nivel de riesgo lo aconseja, se valora la conveniencia de realizar una desintoxicación hospitalaria en régimen de ingreso, para lo que se utilizan la unidad hospitalaria de desintoxicación de alcohol, de la que dispone el Instituto de Adicciones.

En la fase de desintoxicación, se utiliza un tratamiento sintomático de la deprivación alcohólica que, además, tiene como objetivo evitar la posible aparición de complicaciones. Se suele establecer una pauta de sedación en base a la gravedad del SAA, para ir progresivamente reduciéndola a lo largo de los días. Los fármacos más utilizados son, entre otros, Tiapride, Gabapentina, Clorazepato, Clormetiazol y Ácido gamma- hidroxibutírico (GHBA).

El proceso de deshabituación tiene, entre otros, los objetivos de que el paciente aprenda a vivir sin beber, adquiera conciencia de su enfermedad y comprenda la vinculación patológica que ha establecido con el alcohol. Los fármacos a utilizar durante esta etapa son:

- Fármacos aversivos o interdictores, como disulfiram o cianamida cálcica.
- Fármacos “anti craving”, como acamprosato o naltrexona.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, como fluoxetina, sertralina o paroxetina.
- Antiepilepticos, como la carbamacepina, el valproato, la gabapentina o el topiramato.

La intervención psicológica incide especialmente en estrategias de afrontamiento

### **Tratamiento dirigido al consumo controlado**

Cuando el perfil y la demanda de los pacientes lo permiten, el tratamiento puede orientarse a la “normalización” del consumo, intentando lograr consumos moderados exentos de riesgo, sin descartar la posibilidad de lograr una abstinencia. Los criterios de inclusión en esta modalidad son:

- Pacientes con dependencia leve o moderada.
- Pacientes con una corta evolución como dependientes del alcohol, que no hayan desarrollado a lo largo de su vida sintomatología de síndrome de abstinencia.
- Pacientes sin complicaciones médicas, psiquiátricas o sociales asociadas que contraindiquen el consumo de alcohol.
- Apoyo sociofamiliar adecuado.

La intervención psicológica incide, sobre todo, en estrategias de autocontrol.

En todos los casos en que resulte necesario, se trabajan interdisciplinariamente los problemas de deterioro neuropsicológico de los pacientes.

### **Tratamiento dirigido a la reducción del daño:**

En los casos en los que no parece viable ni realista, plantearse objetivos de mayor exigencia, se plantean otros objetivos orientados a la reducción del daño, tales como conseguir el acercamiento de los pacientes a los dispositivos sociosanitarios, como punto de partida para disminuir la mortalidad, morbilidad y mejorar su calidad de vida. El objetivo, en estos casos, no es lograr la abstinencia absoluta -aunque no se descarta como una meta deseable de mínimo riesgo- sino situar el consumo por debajo de un umbral de riesgo para evitar, en la medida de lo posible, las complicaciones de la dependencia. Los criterios de inclusión en esta modalidad son:

- Dependientes con bajo potencial de cambio, con enfermedades o complicaciones crónicas, con múltiples recaídas y con fracasos en programas libres de drogas.
- Pacientes con un nivel de deterioro somático y psicosocial importante, con una dependencia de más de 15 a 20 años de evolución, que han seguido diversos tratamientos ambulatorios y en régimen de internamiento, con múltiples y cortos períodos de abstinencia y con un patrón de consumo caracterizado por varios meses de alto consumo de alcohol (más de 150 o 200gr/día) alternando con cortos períodos de abstinencia.
- Pacientes “sin hogar”.

## **Cocaína y otros estimulantes**

### **Tratamiento orientado a la abstinencia**

No existe un tratamiento farmacológico de probada eficacia para la adicción a cocaína. No se ha descrito un tratamiento biológico cuyo resultado y eficacia sea superior a los demás.

Existen diferentes tratamientos farmacológicos basados en las hipótesis desarrolladas acerca de la adicción a la cocaína. Destacamos los siguientes:

- a) La hipofunción del sistema dopaminérgico, secundaria a la interrupción del consumo de cocaína, llevaría a nuevos consumos como equilibrio o corrección de la misma. Esta hipótesis dio paso a la utilización de agentes dopaminérgicos, como Bromocriptina.
- b) El efecto “*kindling*”, relacionado con el consumo de cocaína, propició el uso de anticonvulsivos, al igual que otras teorías, como la reducción de los efectos reforzadores de la cocaína debido a la acción inhibitoria del GABA sobre la función dopaminérgica.
- c) El desarrollo de programas de mantenimiento con psicoestimulantes (danfetamina o metilfenidato) sobre los mismos postulados que el uso de metadona en la dependencia de opiáceos.
- d) El uso de vacunas anticocaína, método basado en la hipótesis de que el organismo produzca una cantidad suficiente de anticuerpos que se unan a la cocaína ingerida inhibiendo así su acción a nivel del sistema nervioso central.

La mayor parte de los tratamientos farmacológicos utilizados para tratar la dependencia a la cocaína y a otros estimulantes tienen la finalidad de paliar la sintomatología que se produce al abandonar el consumo o de tratar la sintomatología o síndromes de asociación frecuente, como la depresión, los trastornos de ansiedad, episodios psicóticos, etc.

#### **Tratamiento dirigido a la reducción del daño:**

Cuando el objetivo no es la abstinencia, se plantean objetivos intermedios, como la adherencia al tratamiento, la reducción del consumo, la minimización de riesgos asociados y otros objetivos de reducción de daños.

En todos los casos en que resulte necesario, se trabajan interdisciplinariamente los problemas de deterioro neuropsicológico de los pacientes.

#### **Recursos específicos para la atención a pacientes dependientes de la cocaína y otros estimulantes**

Existe también la posibilidad de utilizar recursos de apoyo específicos para pacientes con dependencia de la cocaína y otros estimulantes, como el Centro de atención integral al cocainómano (CAIC) o el Piso de Atención al Cocainómano, ambos dependientes de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

## **Cannabis**

El consumo de cannabis, por sí mismo, no suele requerir ningún tratamiento farmacológico específico. La razón estriba en que los síntomas que se producen tras

la extinción del uso de cannabis (no está clara la existencia de síndrome de abstinencia), no suelen interferir significativamente la vida cotidiana del paciente.

Existen, sin embargo, cuadros psicopatológicos por consumo cannábico que es necesario tratar, como es el caso de episodios psicóticos, que pueden requerir la prescripción de neurolépticos, sobre todo los de vida media breve. En otros casos, como ante la aparición de cuadros depresivos, se utilizan inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

En los casos en los que existe una psicopatología asociada, el paciente puede requerir la hospitalización en el Centro de Patología Dual, como medio para poder realizar una valoración adecuada y, en su caso, una estabilización del cuadro.

## **7.7. Servicios y recursos de apoyo al tratamiento y a la reinserción.**

Para poder desarrollar adecuadamente el Programa Personalizado de Intervención (PPI) de los pacientes, el Instituto de Adicciones cuenta con una serie de servicios y recursos de apoyo al tratamiento y a la reinserción, que complementan el trabajo realizado desde los CAD y CCAD.

En el Anexo 2 del presente documento se describen los servicios y recursos que forman parte de la red de Atención Integral a las Drogodependencias de la Ciudad de Madrid y que tienen como objetivo común apoyar en distintos momentos del proceso de captación, de asistencia y de integración social de los pacientes.

# 8

# ADICCIONES SOCIALES

---

## 8.1. Conceptualización.

---

La dependencia del alcohol o de otras drogas ha sido y continúa siendo en la actualidad el tipo de conducta adictiva que ha despertado mayor interés y preocupación social, debido a los graves daños y consecuencias asociados a su consumo.

Sin embargo, el fenómeno adictivo no se agota en los diferentes tipos de drogodependencias. La capacidad adictiva del ser humano es una realidad más amplia, que va más allá de las adicciones farmacológicas, abarcando a otras conductas y “objetos adictivos”.

La Ley 5/2002 de 27 de junio, sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos de la Comunidad de Madrid, se hace eco de esta conceptualización de las adicciones como realidad amplia y define en su artículo 4.2, el trastorno adictivo como: “Patrón desadaptativo de comportamiento que provoca un trastorno psíquico, físico o de ambos tipos, por abuso de sustancias o conducta determinada, repercutiendo negativamente en las esferas psicológica, física y social de la persona y su entorno”.

Si bien en la actualidad no hay un consenso claro en lo que se refiere a la inclusión de determinadas conductas bajo el término de adicciones, cada vez se cuestiona menos la necesidad de englobar bajo el término “adicción”, realidades tan diversas como el tabaquismo, el alcoholismo y otras toxicomanías, la ludopatía, algunos tipos de trastornos alimentarios, las compras o las conductas sexuales compulsivas, las relaciones sociales alienantes o las distintas formas de dependencia de Internet y nuevas tecnologías, entre otras. Se trata, por lo tanto, de un campo muy amplio y complejo, de un fenómeno aún poco conocido, cuyos límites no están del todo definidos, existiendo un debate que afecta incluso a su propia conceptualización como adicciones.

Las denominaciones que se han dado a este tipo de conductas son variadas: adicciones sin drogas, adicciones no químicas, adicciones sociales, socio-adicciones, adicciones de conducta, adicciones psicológicas, etc. El denominador común a todas ellas es la pérdida, en mayor o menor medida, del control del sujeto

sobre su propia conducta, pasando ésta o el objeto adictivo a tomar el control sobre la vida del sujeto, que va perdiendo paulatinamente su libertad de decisión. Esta cuestión de pérdida de libertad es expresada de diferentes formas por las personas afectadas y suele implicar los siguientes elementos: un fuerte deseo de realizar una determinada conducta - la cual suele resultar gratificante para el sujeto -, la dificultad o incapacidad para detener dicha conducta que se prolonga durante más tiempo del que la persona inicialmente desearía, la presencia de cierta angustia o malestar cuando no se tiene acceso a la conducta deseada y, por último, el mantenimiento de la conducta en la vida del sujeto, incluso a pesar de los problemas familiares, sociales, de salud, etc., que se hayan producido en relación con la misma.

Generalmente, cuando se establece un problema de adicción, el trastorno puede prolongarse en el tiempo, provocando cambios en las personas que lo padecen, cambios emocionales, cambios en los hábitos y en las rutinas de la vida diaria, cambios físicos, etc., que persisten mientras se mantiene la conducta adictiva.

Las características de este tipo de trastornos y la variedad de conductas susceptibles de dar lugar a un uso problemático, hacen que muchas veces la persona afectada no sea consciente de que tiene un problema, sobre todo si la conducta objeto de adicción es una conducta aceptada o, incluso, muy valorada socialmente. Dedicar tiempo y esfuerzo a este tipo de actividades (trabajo, deporte, etc.) es, por lo general, algo muy positivo para la gran mayoría de las personas y suele indicar un alto nivel de autocontrol y de estabilidad y equilibrio emocionales. El paso desde una conducta normal y adaptada al abuso o a la dependencia no está claramente definido para la mayoría las llamadas adiciones sociales.

Generalmente, son la familia, los amigos o el entorno social cercano los que van a detectar cuando comienza a existir un riesgo o un problema de adicción, al observar determinados cambios en el estilo de vida de la persona afectada por este problema.

Como elementos orientativos para poder detectar y discriminar entre un uso más o menos racional o normalizado y una adicción podemos tener en cuenta los siguientes:

- La persona adicta siente un deseo irrefrenable de realizar la conducta objeto de adicción: consumir un producto, conectarse a la red, entrar en contacto con, etc.
- Una vez iniciada la conducta de que se trate, se produce una sensación de pérdida de control para autolimitarse, para dedicarle un tiempo limitado y previsto de antemano (la persona afectada no puede dejar de hacer lo que está haciendo, a pesar de haberse propuesto inicialmente una limitación).
- A medida que va pasando el tiempo, suelen aparecer en la vida del adicto consecuencias negativas relacionadas con su adicción (problemas familiares, económicos, laborales, sociales, etc.), a pesar de los cuales no es capaz de detener la actividad, aunque desee hacerlo.
- Se produce una progresiva expansión de la conducta adictiva, que pasa a ocupar un lugar preponderante en la vida de la persona, desplazando otros intereses y otras actividades, hasta el punto de llegar a descuidar aspectos tan importantes como las obligaciones familiares o laborales e, incluso, los hábitos básicos de cuidado personal, como la alimentación o el sueño. Se

- trata de una invasión del hábito en todas las facetas de la vida empobreciendo ésta hasta extremos de riesgo para la salud física y psíquica.
- Este proceso suele ir aparejado, al menos en sus primeras fases, a lo que se denomina “negación del problema”, es decir que el adicto tiene dificultades para reconocer que algo va mal, a pesar de los cambios ocurridos en su vida y a pesar de lo que perciben y le transmiten las personas de su entorno cercano. Al igual que la persona dependiente del alcohol o de otras drogas, niega la existencia del problema y su falta de capacidad de control ante las mismas.
  - A medida que la adicción va ganando terreno en la vida de la persona afectada, pueden producirse otros cambios y circunstancias, como es el hecho de que, si bien la conducta adictiva es al principio una fuente de placer para la persona que la ejercita, puede, con el transcurrir del tiempo, producirse un displacer, una sensación de malestar, desasosiego o sufrimiento que solo cede con un nuevo episodio de conducta adictiva. Por ejemplo, volviendo a jugar en el caso de un ludópata. De esta forma, el alivio del malestar o del sufrimiento va sustituyendo poco a poco al placer inicial. Podríamos hablar, por lo tanto, de un síndrome de abstinencia que se manifiesta de muchas formas en función del tipo de conducta adictiva y de la intensidad de la adicción.
  - Así mismo, se han descrito situaciones en las que la persona necesita dedicar un tiempo cada vez mayor a su adicción o de aumentar la intensidad o la frecuencia de la conducta para obtener el efecto deseado, o bien se produce una disminución del efecto placentero de la conducta mantenida con la misma intensidad, lo que podría asimilarse al efecto de tolerancia.

## 8.2. Uso problemático de las tecnologías de la información, la comunicación y el juego. Situación en la ciudad de Madrid.

---

En la actualidad existe una preocupación social acerca del modo de utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación por parte de la población y, en especial, acerca del posible uso de riesgo que puedan realizar los más jóvenes de los videojuegos, Internet, móviles, etc. El alto grado de penetración de estas tecnologías entre la población de adolescentes y jóvenes, la rapidez con la que se han instalado en la vida cotidiana de las familias y el todavía escaso conocimiento sobre los riesgos de un uso no adecuado de las mismas hacían necesario avanzar en un mejor conocimiento de la realidad de este fenómeno entre los jóvenes de la ciudad de Madrid.

Con este fin, Madrid Salud realizó en Mayo del 2007 un estudio sobre el uso problemático de las tecnologías de la información, la comunicación y el juego, entre los adolescentes y jóvenes de 12 a 25 años de la ciudad de Madrid. El objetivo de este estudio era conocer en profundidad los aspectos cualitativos del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, el tipo de tecnología utilizada (TV, PC, Chat, navegación en Internet, Juegos, Móvil, Videoconsola...), la finalidad de su uso, la importancia para la vida cotidiana de adolescentes y jóvenes de entre 12 y 25 años, así como el riesgo de un uso problemático de estos medios.

Las principales aportaciones, que se deducen de este estudio son:

- Es necesario tener cautela a la hora de definir una adicción a Internet por parte de los expertos.
- Existe una base de potencial adictivo en las nuevas tecnologías (NNTT), así como pruebas de que la adicción existe, si bien los expertos rechazan el alarmismo generado por los medios de comunicación, manifestando que se trata de un fenómeno relativamente nuevo, del que desconocemos su evolución, aunque no se descarta que en un futuro “vaya a más”.
- Es fundamental el componente personal para que la adicción se manifieste, habiéndose identificado algunos rasgos como personalidad solitaria, baja autoestima, problemas de incomunicación.
- Se observan diferencias en los patrones de comportamiento de los jóvenes madrileños según el uso que realizan de las diferentes tecnologías; más concretamente, aspectos relacionados con la socialización, la percepción de la imagen propia, la capacidad para generar vínculos y empatizar con la familia y los compañeros, o relacionados con el rendimiento escolar, muestran diferencias significativas entre las subpoblaciones de los que realizan o no realizan un uso inadecuado de estas tecnologías, todo lo cual, si bien no supone directamente la confirmación de una relación directa causa-efecto, sí abunda en la posible existencia de una problemática propia de los individuos, expresada a través de su relación con las mismas y que exigiría acciones tendentes a su prevención y/o tratamiento.
- No obstante, existe una baja prevalencia de uso problemático de las tecnologías de la información, la comunicación y el juego, entre los adolescentes y jóvenes de la ciudad de Madrid, siendo en los móviles donde se dan mayores porcentajes:
  - El 8,5% de los jóvenes plantea alguna problemática con el uso de los móviles, reduciéndose a un 0,4% los jóvenes que reconocen problemas tanto de necesidad de su uso, como de preocupación por estar al día de las novedades que surgen o de uso compulsivo.
  - En cuanto al Chat, si bien un 10% de los encuestados dice dedicar horas cuando solo esperaban estar algunos minutos chateando, el porcentaje de jóvenes que plantea problemas en dos de los factores señalados (necesidad, uso compulsivo o preocupación) se reduce al 4,1%.
  - Las tecnologías del juego plantean una problemática en el 3,7% del total de jóvenes, si bien solamente un 0,2% plantea problemas en todos los factores (evasión, pérdida de control, abstinencia, abandono de actividades y ocultación).
  - Por último, la prevalencia de usos problemáticos con la navegación de Internet llega a un 4,5 %, reduciéndose a 0,5% los jóvenes que reconocen problemas en tres de los cinco factores que la describen.
  - En su conjunto, un 13,5% de jóvenes madrileños presenta algún problema con una u otra tecnología. Aunque cabe decir que solamente un 2% reconoce problemas con 3 o 4 de las 5 tecnologías tenidas en cuenta en el estudio.

Si bien se deduce de las conclusiones de este estudio el hecho de que no existe una alta prevalencia de usos problemáticos de las tecnologías de la información, la comunicación y el juego, entre los adolescentes y jóvenes de la ciudad de Madrid,

resulta complejo predecir como va a evolucionar la situación en un futuro, sobre todo si tenemos en cuenta la normalización que se está produciendo en el uso de las mismas y el desconocimiento que todavía existe acerca de su potencialidad adictiva.

Es necesario contemplar la posibilidad de que el problema pueda hacerse más evidente y la necesidad, por tanto, de tomar las medidas adecuadas, tanto para el seguimiento de sus riesgos, como para la puesta en marcha de medidas preventivas en todos los niveles en los que resulte necesario.

### **8.3. Propuestas de actuación.**

---

El presente Plan de Adicciones se plantea incorporar una serie de propuestas de actuación en materia de Adicciones Sociales o Comportamentales que, evitando el alarmismo social, faciliten el logro de un mayor conocimiento de la realidad de las mismas, en especial de las adicciones a las nuevas tecnologías entre adolescentes y jóvenes de la ciudad de Madrid, y potenciar la prevención y la disminución de esta problemática.

Para ello, desde el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid se proponen los siguientes objetivos operativos:

- Conocer la situación de las adicciones sociales y en especial las adicciones a las nuevas tecnologías de la información, en la población de jóvenes y adolescentes de la ciudad de Madrid.
- Sensibilizar a la sociedad acerca de los riesgos de las adicciones sociales y potenciar su prevención.
- Ofrecer a la población madrileña, en especial a las familias, educadores y otros mediadores sociales el asesoramiento necesario en esta materia.
- Ofrecer un tratamiento integral de las adicciones sociales que presente la población.

Las principales acciones que se proponen para avanzar en el logro de estos objetivos son:

Realización de estudios epidemiológicos sobre la adicción a las nuevas tecnologías, que permitan la observación del fenómeno y de su evolución, en especial entre los adolescentes y jóvenes de la Ciudad de Madrid, profundizando para un mayor conocimiento del problema, dada la preocupación social que existe sobre el mismo.

Sensibilización a la población acerca de los riesgos de estas conductas mediante el desarrollo de acciones informativas y de sensibilización, que promuevan un mayor conocimiento de las mismas, así como de las medidas preventivas a adoptar.

Dotación de las herramientas metodológicas necesarias a los actuales servicios y programas de prevención de las drogodependencias a fin de que puedan ofrecer a las familias madrileñas y a otros mediadores sociales, la orientación, el asesoramiento y el apoyo necesario para prevenir y abordar precozmente este tipo de problemáticas.

Ofrecer un tratamiento integral de las adicciones sociales que presenten los pacientes drogodependientes atendidos en los Centros de la Red. En este marco, se propone homogeneizar y generalizar la atención a las ludopatías, que se ha venido ofertando durante los últimos años, mediante el diseño, establecimiento y generalización de protocolos de intervención en este ámbito.

Conformación de un Servicio diferenciado para la atención integral de las adicciones sociales en la población general, que potencie las acciones desarrolladas hasta la fecha, priorizando los aspectos preventivos de información y orientación, contemple las estrategias de captación de los pacientes, la atención individualizada a los mismos y a sus familias y el establecimiento de las coordinaciones con las instituciones, servicios y recursos necesarios para garantizar un abordaje integral y una adecuada integración social.

Impulso de la coordinación y colaboración con entidades que trabajan en el ámbito de las Adicciones Sociales.

Formación continua y reciclaje de los profesionales de los CAD en materia de Adicciones Sociales y promoción de la actualización y el intercambio para facilitar la difusión de buenas prácticas en esta materia.

# 9

# CONTROL Y REDUCCIÓN DE LA OFERTA

---

## 9.1. Actuaciones de la Policía Municipal.

---

En el ámbito del control y reducción de la oferta de drogas los Ayuntamientos colaboran mediante la aportación que, en esta materia, realizan los Cuerpos de Policía Local. Según el modelo de seguridad pública, diseñado mediante la Ley Orgánica 2/86 de 13 de Marzo de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, ésta es una competencia del Estado, pero reconociendo la colaboración de las administraciones autonómicas y locales a través de sus cuerpos de policía.

Las previsiones de la antedicha Ley deben ser interpretadas a la luz de la evolución sufrida por las policías locales, con un importante incremento de recursos humanos y materiales y una mayor implicación en el mantenimiento de la seguridad ciudadana, en la línea de lo dispuesto en la disposición adicional décima de la Ley 57/2003 de Modernización del Gobierno Local, donde se reconoce una mayor participación de las policías locales en materia de seguridad, como policía de proximidad, y un incremento de funciones en materia de Policía Judicial, instando al Gobierno de la Nación a realizar los cambios legislativos que recojan estas nuevas competencias.

A falta del desarrollo legal de esa previsión, sí se constata un reconocimiento de ese nuevo papel de las Policías Locales por parte del Ministerio del Interior y la voluntad de dar un mayor protagonismo a éstas por la vía de Convenios de colaboración firmados entre el Ministerio del Interior y la Federación Española de Municipios y Provincias. La propia Estrategia Nacional sobre Drogas 2009/2016 prevé la colaboración de los Ayuntamientos, a través de las Policías Locales dentro del marco competencial de estas.

En el caso de la Policía Municipal de Madrid lo apuntado se ha incorporado a las líneas estratégica de la organización con la implantación y desarrollo, desde 2003, del proyecto **Madrid Seguro**, que supone la orientación de la Policía Municipal hacia la Seguridad Ciudadana y el incremento de funciones de Policía Judicial, con una mayor participación en la prevención y persecución de aquellos delitos e infracciones, que inciden negativamente en la seguridad de nuestra ciudad y, entre ellos, como no puede ser de otra manera, las conductas relativas al consumo y tráfico de drogas.

Desde una perspectiva policial, en la actuación frente al fenómeno de la droga se distingue entre:

1. Actuación frente a drogas ilegales, donde la actuación policial se centra en la persecución de los **delitos contra la salud pública** (artículos 368 a 378 del Código Penal), de **contrabando** (Ley de Represión del Contrabando) y de aquellos delitos asociados a éstos, especialmente los relativos al **blanqueo de capitales** obtenidos con aquellas actividades.
2. Actuación frente a drogas legales; se concreta en la intervención frente a determinadas modalidades de venta no autorizada en función de sus destinatarios, propaganda y publicidad y consumo en lugares no autorizados según la legislación.

En la lucha contra las drogas ilegales, la actual Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 focaliza la atención en los siguientes frentes:

- Persecución de los procesos de producción de la droga.
- Persecución de la distribución mayorista (ámbitos internacional y nacional).
- Lucha contra la distribución minorista (destinada al consumidor final).
- Persecución de la transformación de las ganancias en bienes económicamente cuantificables (blanqueo de capitales).

De los citados, el ámbito natural de actuación de las Policías Locales es el relativo a la prevención y erradicación de puntos de distribución minorista de la droga, último escalón de la cadena de distribución, donde las cantidades de droga son pequeñas pero es un fenómeno con una incidencia importante en la percepción de inseguridad de la ciudadanía por su reiteración y proximidad a la vida diaria de estos.

En cuanto a la actuación relativa a drogas legales la actuación de las Fuerzas de Seguridad en general y de la Policía Municipal en particular se despliega sobre:

- Venta de alcohol y tabaco a menores
- Consumo de drogas en locales de ocio y espectáculos. Consumo en estos espacios de alcohol por menores.
- Control de la publicidad no autorizada de alcohol y tabaco
- Consumo de alcohol en vías públicas en aquellas comunidades autónomas donde exista legislación restrictiva al respecto.
- Actuación frente al consumo de alcohol y drogas en el ámbito del tráfico de vehículos (delitos contra la seguridad vial y/o infracciones administrativas en esta materia)
- Otros consumos de riesgo: colas, o inhalables por parte de menores.

La actuación eficaz frente al fenómeno de la droga, tal y como se destaca en la estrategia nacional de reciente aprobación, precisa de una adecuada coordinación entre las acciones orientadas a la reducción de la demanda y las orientadas a la reducción de la oferta y a la vez es necesaria una coordinación dentro de cada una de estas áreas entre las diversas administraciones y servicios implicados. Es por ello que la Policía Municipal de Madrid tiene entre sus líneas estratégicas de actuación la coordinación con las Fuerzas de Seguridad del Estado y concretamente con el

Cuerpo Nacional de Policía con el que coincide territorialmente, en la realización de actuaciones conjuntas frente al consumo y al tráfico minorista de drogas, implantando además planes de acción convergentes con los fijados desde la Secretaría de Estado de Seguridad (vigilancia y prevención de consumo de drogas en locales de ocio, actuación prioritaria en centros educativos y su entorno).

El conjunto de actuaciones que desarrolla la Policía Municipal de Madrid en defensa y garantía de los derechos de los ciudadanos y la normal convivencia en la ciudad se recogen en su **CARTA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA**, la cual contiene las siguientes previsiones que inciden o se relacionan con la reducción de la oferta de drogas:

- **Servicios prestados:** apartado 7 Carta de Servicios Policía Municipal (CSPM):
- Prevención de problemas de seguridad ciudadana y atención a las víctimas: evitar comisión de actos delictivos mediante la presencia policial, análisis de riesgos y planificación y ejecución de servicios de prevención y vigilancia.
- Facilitar la convivencia vecinal y atender a los afectados, contemplando como medidas a realizar el control de establecimientos públicos, la venta y consumo de alcohol en estos y en los espacios públicos, con especial atención al consumo por parte de menores; prevenir y controlar el consumo de drogas.
- Mejorar la seguridad vial, donde se incluye la práctica de controles de alcoholemia, la instrucción de atestados por delitos contra la seguridad vial (conducción con tasas de alcohol por encima niveles permitidos o bajo influencia de drogas).

#### **Compromisos de calidad e indicadores (apartado 8 CSPM):**

- Velar por la protección y seguridad de los espacios públicos, especialmente en lugares de recreo, esparcimiento social y entornos escolares.
  - *Incremento interanual del número de denuncias por droga en relación a los requerimientos.*
  - *Implantación de “caminos escolares seguros”: número de colegios acogidos a este plan.*
- Establecer planes de seguridad conjuntos con el Cuerpo Nacional de Policía en todos los distritos de la capital, donde lógicamente se incluirán acciones operativas concretas contra la oferta y el consumo de drogas.
- Prevenir la venta y consumo de alcohol y otras drogas, aumentando la vigilancia en espacios públicos, con especial atención al entorno de los colegios e institutos y realizando, en su caso, las acciones correctoras pertinentes.
  - *Intervenciones en consumo de alcohol en vía pública en relación con el número de demandas ciudadanas.*
  - *Intervenciones en consumo de otras drogas en vía pública en relación con el número de demandas ciudadanas.*
- Mejorar la seguridad vial y atender accidentes de tráfico, con la realización de al menos 6 campañas de seguridad vial, cada una de ellas en dos períodos al año, con el fin de prevenir los accidentes de circulación y sus consecuencias,

y entre las que se incluirán campañas específicas para el control del alcohol y otras drogas en la conducción.

- Unidades prestadoras del servicio.- Para la realización de estas acciones la Policía Municipal pone a disposición de la ciudadanía los siguientes servicios bajo la dirección de la Coordinación General de Seguridad, órgano directivo responsable de la atención a la ciudadanía de Policía Municipal de Madrid:
- Unidades Integrales de Distrito en los 21 distritos de la capital. Funcionan 24 horas todos los días del año y asumen la vigilancia y primera intervención ante problemas de seguridad y convivencia. Todos los distritos cuentan con un servicio de Agentes Tutores, que asumen las intervenciones especializadas en materia de menores y tienen, entre sus funciones, la vigilancia del entorno escolar y lugares de ocio para evitar la venta y consumo de drogas y alcohol por parte de menores y su venta a éstos. Como punto de encuentro de los vecinos con su policía todas las unidades de distrito disponen una Oficina de Atención Ciudadana, donde se recogen las denuncias y quejas de los vecinos con el compromiso de comprobación en los 5 primeros días y contestación en el plazo de 30 días.
- Unidades Centrales de Seguridad; que refuerzan a los distritos en actuaciones para garantizar la seguridad ciudadana y tienen entre otras funciones la realización de controles de seguridad en lugares públicos para reducir la oferta y el consumo de drogas.
- Unidad de Atestados de Tráfico; coordina las actuaciones en materia de controles de alcoholemia y de otras drogas, con ocasión del tránsito de vehículos y asume la instrucción de atestados por delitos contra la seguridad vial.
- Área de Coordinación Operativa; órgano de recepción urgente de los avisos de los ciudadanos, canalizando estos hacia las unidades operativas encargadas de solventarlos. (Teléfonos 092 y 112).

# 10 PLANIFICACIÓN OPERATIVA

---

En el presente capítulo se desarrolla la planificación operativa, con los objetivos, indicadores y metas correspondientes a las distintas áreas de intervención explicitadas en el Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid:

- Prevención de drogodependencias
  - Evitar o reducir los consumos de tabaco, alcohol y/o de otras drogas y retrasar la edad de inicio, así como reducir los riesgos asociados a los consumos cuando éstos se producen (Objetivo general 1).
- Atención integral de drogodependencias
  - Ofertar a las personas que presentan abuso o dependencia del alcohol y/o de otras drogas, la atención y los recursos necesarios para abordar, de forma integral, incluida la perspectiva de género, tanto su problema de adicción, como los daños y consecuencias derivados de los consumos, procurando el mayor grado posible de integración en la sociedad y la mejora de su salud y calidad de vida así como la de su entorno familiar y social (Objetivo general 2).
- Adicciones sociales
  - Lograr un mayor conocimiento de la realidad de las adicciones sociales, en especial, de las adicciones a las nuevas tecnologías entre adolescentes y jóvenes de la ciudad de Madrid, y potenciar la prevención y la disminución de esta problemática (Objetivo general 3).
- Control y reducción de la oferta
  - Evitar / reducir la oferta de drogas en la ciudad de Madrid en el marco competencial propio de la Policía Municipal (Objetivo general 4).
- Garantía de Calidad
  - Garantizar la calidad y la mejora continua de los servicios prestados por el Instituto de Adicciones. mediante la evaluación, coordinación en todos los ámbitos, la formación continuada, la investigación y la mejora de la comunicación (Objetivo general 5).

## **Objetivo general 1**

**Evitar o reducir los consumos de tabaco, alcohol y/o de otras drogas y retrasar la edad de inicio, así como reducir los riesgos asociados a los consumos cuando éstos se producen.**

### **Objetivos operativos**

- 1.1. Reforzar los factores de protección frente al consumo de drogas y promover hábitos saludables en la población de estudiantes madrileños.
- 1.2. Favorecer la aplicación de programas en aquellas aulas que requieran de una intervención específica, debido a la detección de una situación de especial riesgo.
- 1.3. Sensibilizar y orientar a las familias sobre su papel como agentes preventivos y dotarlas de habilidades y estrategias que les ayuden a prevenir el consumo de drogas entre sus miembros, especialmente sus hijos.
- 1.4. Capacitar a las familias sobre la forma más adecuada de detectar y actuar precozmente ante las sospechas de consumo de drogas o consumos iniciales.
- 1.5. Ofertar a las familias información y orientación especializada sobre la forma más adecuada de actuar ante los problemas derivados de la existencia de consumo problemático en el núcleo familiar.
- 1.6. Educar y orientar a la población hacia el desarrollo de un ocio diverso y saludable.
- 1.7. Dotar a los agentes de prevención comunitaria de una formación específica que les permita mejorar su papel preventivo en los distintos grupos sociales con los que intervienen.
- 1.8. Amplificar los efectos de la intervención preventiva mediante el trabajo en red con estructuras comunitarias.
- 1.9. Identificar aquellas áreas de la ciudad de Madrid donde confluyen factores de riesgo de consumo para la población adolescente y joven.
- 1.10. Optimizar la captación y la intervención en la población de adolescentes y jóvenes con consumos activos y sus familias mediante la aplicación de estrategias adaptadas a cada nivel de riesgo.
- 1.11. Desarrollar en coordinación con los Servicios de Salud Laboral una nueva línea de intervención en drogodependencias en el ámbito laboral que incluya a la propia plantilla municipal. Suscripción de protocolos con Organizaciones Sindicales para su participación en la implementación de los mismos.
- 1.12. Desarrollar un servicio de asesoría en prevención de las adicciones dirigido a las empresas de la ciudad de Madrid.
- 1.13. Potenciar el papel preventivo de los MMCC en materia de adicciones y minimizar la emisión de mensajes que puedan incentivar conductas adictivas en la población, en especial entre los menores.

## ÁREA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

**Evitar o reducir los consumos de tabaco, alcohol y/o de otras drogas y retrasar la edad de inicio, así como reducir los riesgos asociados a los consumos cuando éstos se producen.**

<b>ÁMBITO EDUCATIVO</b>			
<b>OBJETIVOS OPERATIVOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METAS</b>
1.1. Reforzar los factores de protección frente al consumo de drogas y promover hábitos saludables en la población de estudiantes madrileños.	<p>1.1.1. Implicación de los Centros Educativos en el desarrollo de intervenciones de prevención de drogodependencias.</p> <p>1.1.2. Desarrollo del Programa de intervención en contextos educativos “Prevenir en Madrid” y del Programa de Intervención Preventiva en Contextos Universitarios.</p> <p>1.1.3. Implementación secuencial del Programa “Prevenir en Madrid”.</p> <p>1.1.4. Desarrollo del Programa de Fomento de los Factores de Protección.</p>	<p>Número de centros de educación primaria, secundaria y universitaria en los que se realizan sesiones de presentación de los programas  <math>/nº</math> de centros EPO x 100.  <math>/nº</math> de centros ESO x 100.  <math>/nº</math> de centros Univ. x 100.</p> <p>Número de centros de enseñanza (incluidos los universitarios) en los que se desarrollan estos programas.  <math>/nº</math> de centros EPO x 100.  <math>/nº</math> de centros ESO x 100.  <math>/nº</math> de centros Univ. x 100.</p> <p>Número de centros con profesores formados en el marco de los distintos programas preventivos.  <math>/nº</math> de centros EPO x 100.  <math>/nº</math> de centros ESO x 100.  <math>/nº</math> de centros Univ. x 100.</p> <p><math>Nº</math> de centros de EPO y ESO en los que se ha promovido una aplicación secuencial del Programa “Prevenir en Madrid” / <math>nº</math> de centros que lo solicitaron x 100.</p>	<p>Al menos al 80% de los centros de educación primaria y secundaria de la ciudad de Madrid habrán tenido una sesión de presentación de los Programas de Prevención de drogodependencias del I.A.</p> <p>Que, al menos, el 50% de los centros educativos de enseñanza obligatoria de la ciudad de Madrid, hayan desarrollado el programa Prevenir en Madrid</p> <p>Que, al menos, el 50% de los centros educativos de enseñanza obligatoria de la ciudad de Madrid tengan en su plantilla profesores formados en los programas del I.A. para la prevención de las drogodependencias.</p> <p>Se apoyará la implementación de la aplicación secuencial del programa Prevenir en Madrid en todos los centros que lo soliciten.</p>

## ÁREA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

<b>ÁMBITO EDUCATIVO</b>			
<b>OBJETIVOS OPERATIVOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METAS</b>
1.2. Favorecer la aplicación de programas en aquellas aulas que requieran de una intervención específica, debido a la detección de una situación de especial riesgo.	<p>1.2.1. Difusión de los programas de prevención de drogodependencias del Instituto de Adicciones.</p> <p>1.2.2. Desarrollo del Programa de Intervención “Prevenir en Madrid” adaptándolo a las necesidades específicas de los contextos educativos de mayor riesgo.</p>	<p>Número de aulas de PCPI (Garantías Sociales) en las que se realizan sesiones de presentación de los programas/ N° de aulas de PCPI en la ciudad de Madrid x 100.</p> <p>Número de intervenciones selectivas realizadas/nº de demandas de intervención x 100.</p>	<p>Al menos al 50% de las aulas de PCPI de la ciudad de Madrid habrán tenido una sesión de presentación de los Programas de Prevención de drogodependencias del I.A.</p> <p>Cobertura del 100% de las demandas de intervención.</p>

## ÁREA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

<b>ÁMBITO FAMILIAR</b>			
<b>OBJETIVOS OPERATIVOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METAS</b>
<p>1.3. Sensibilizar y orientar a las familias sobre su papel como agentes preventivos y dotarlas de habilidades y estrategias que les ayuden a prevenir el consumo de drogas entre sus miembros, especialmente sus hijos.</p> <p>1.4. Capacitar a las familias sobre la forma más adecuada de detectar y actuar precozmente ante las sospechas de consumo de drogas o consumos iniciales.</p> <p>1.5. Ofertar a las familias información y orientación especializada sobre la forma más adecuada de actuar ante los problemas derivados de la existencia de consumo problemático en el núcleo familiar.</p>	<p>1.3.1. Desarrollo de una línea estratégica de difusión directa e indirecta del Servicio de Orientación Familiar para la Prevención de Adicciones.</p> <p>1.3.2. Desarrollo del Programa de formación para la Prevención de las Drogodependencias en el ámbito familiar (formación a grupos de padres y/o familias).</p> <p>1.4.1. Desarrollo del Servicio de Orientación Familiar para la Prevención de Adicciones.</p> <p>1.5.1. Valoración de consumo problemático y, en su caso, derivación al recurso adecuado.</p>	<p>Nº de acciones de difusión, directa e indirecta, para familias sobre el Servicio PAD realizadas para familias con hijos entre 12 y 18 años de la ciudad de Madrid x 10.000.</p> <p>Nº de familias con hijos de 8 a 12 años que reciben información directa sobre el servicio PAD/ Nº de familias con hijos de 8 a 12 años.</p> <p>Número de familias participantes en grupos de formación / nº de familias con hijos entre 12 y 18 años x 10.000.</p> <p>Nº de familias con hijos entre 16 y 24 años que reciben orientación en el Servicio de Orientación Familiar / nº de familias con hijos entre 16 y 24 años de la ciudad de Madrid x 10.000.</p> <p>Nº de familias atendidas antes 15 días / nº total de demandas x 100.</p> <p>Número de derivaciones a recursos adecuados realizadas desde el Servicio de Orientación Familiar / nº total de valoraciones realizadas en el PAD.</p>	<p>El 100% de las familias madrileñas con hijos entre 8 y 11 años recibirán en su domicilio material preventivo y al menos el 50% de las familias con hijos entre 8 y 18 años recibirán oferta del Servicio de Orientación Familiar.</p> <p>Incrementar en un 30% el número de familias con hijos entre 12 y 18 años participantes en grupos de formación preventiva.</p> <p>El 100% de las familias que demanden el servicio PAD recibirán atención en un plazo inferior a 15 días.</p>

## ÁREA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

<b>ÁMBITO COMUNITARIO</b>			
<b>OBJETIVOS OPERATIVOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METAS</b>
1.6. Educar y orientar a la población hacia el desarrollo de un ocio diverso y saludable.	<p>1.6.1. Desarrollo de acciones sobre educación para un ocio saludable dirigidos tanto a los niños y adolescentes como a su entorno.</p> <p>1.6.2. Desarrollo de acciones de sensibilización y/o formación dirigidas a la industria privada del ocio.</p>	<p>Nº de distritos que se implican en el desarrollo de acciones de ocio saludable/nº total de distritos de la ciudad de Madrid.</p> <p>Nº de locales de ocio en los que se desarrollan acciones informativas y/o de sensibilización / nº de locales de ocio censados x 100.</p> <p>Nº de locales de ocio con personal que ha recibido formación / nº de locales de ocio de la ciudad de Madrid adheridos a la Federación de Salas de Fiesta, Baile y Discotecas de España en los que se han realizado acciones de sensibilización x 100.</p>	<p>El 100% de los distritos de la ciudad de Madrid desarrollarán al menos una acción de ocio saludable anual.</p> <p>El 100% de los locales de ocio censados en la ciudad de Madrid recibirán información acerca de la oferta de formación de mediadores sociales en prevención y promoción de un ocio saludable.</p> <p>Se realizará al menos una oferta anual de formación con la Federación de Salas de Fiesta, Baile y Discotecas de España.</p>

## ÁREA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

<b>ÁMBITO COMUNITARIO</b>			
<b>OBJETIVOS OPERATIVOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METAS</b>
<p>1.7. Dotar a los agentes de prevención comunitaria de una formación específica que les permita mejorar su papel preventivo en los distintos grupos sociales con los que intervienen.</p> <p>1.8. Amplificar los efectos de la intervención preventiva mediante el trabajo en red con estructuras comunitarias.</p>	<p>1.7.1. Desarrollo de acciones formativas para mediadores sociales y agentes socio-sanitarios.</p> <p>1.8.1. Diseño y desarrollo de acciones conjuntas de intervención preventiva comunitaria con profesionales de las entidades socio-sanitarias de los distritos.</p> <p>.</p>	<p>Nº de cursos realizados anualmente.</p> <p>Nº de agentes de prevención comunitaria formados / nº total de agentes de prevención comunitaria que han solicitado cursos x 100.</p> <p>Nº de distritos de la Ciudad de Madrid, en los que se realizan acciones conjuntas de intervención.</p> <p>Media de acciones anuales desarrolladas por distrito.</p> <p>Media de puntos informativos (stand móvil) realizados por distrito.</p>	<p>El 100% de los agentes de prevención comunitaria que soliciten formación en cursos de prevención de drogodependencias del I.A. serán formados en un plazo inferior a 3 meses.</p> <p>Se realizarán al menos 3 acciones conjuntas de intervención preventiva/año en al menos el 70% de los distritos de la ciudad de Madrid.</p> <p>Se realizarán al menos 2 puntos informativos en cada distrito de la ciudad de Madrid/año.</p>

## ÁREA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

<b>SITUACIONES DE ESPECIAL RIESGO</b>			
<b>OBJETIVOS OPERATIVOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METAS</b>
1.9. Identificar aquellas áreas de la ciudad de Madrid donde confluyen factores de riesgo de consumo para la población adolescente y joven.	<p>1.9.1. Diseñar e implementar el mapa de zonas de riesgo de consumo para ajustar las intervenciones a las zonas.</p> <p>1.9.2. Desarrollo del Programa de Intervención en zonas de consumo activo.</p>	<p>Implementación del mapa de riesgos.</p> <p>Nº de zonas de consumo activo <sup>(1)</sup> en las que se realizan intervenciones destinadas a la reducción de riesgos/nº de zonas de riesgo identificadas por el mapa de riesgo (SIGMA).</p>	<p>El mapa de riesgos estará operativo en 2011</p> <p>Se realizarán intervenciones en el 100% de las zonas de consumo activo, que se definen como de mayor riesgo.</p>

(1) Zonas de consumo activo: Espacios abiertos de reunión juvenil en los que se realiza un consumo de alcohol y/o de otras drogas.

## ÁREA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

<b>SITUACIONES DE ESPECIAL RIESGO</b>			
<b>OBJETIVOS OPERATIVOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METAS</b>
<p>1.10. Optimizar la captación e intervención en la población de adolescentes y jóvenes con mayor proporción de factores de riesgo para el consumo de drogas y sus familias mediante la aplicación de estrategias adaptadas a cada nivel de riesgo.</p>	<p>1.10.1. Diseño de estrategias de captación proactiva dirigidas a adolescentes y jóvenes de mayor vulnerabilidad para el consumo de drogas.</p> <p>1.10.2. Diseño y desarrollo de un protocolo de intervención individual, familiar y grupal con población de especial riesgo.</p> <p>1.10.3. Creación, en coordinación con los CAD, de un espacio de valoración e intervención conjunta en el marco del servicio PAD, dirigido a aquellos adolescentes y jóvenes en los que confluyen una mayor proporción de factores de riesgo.</p>	<p>Nº de casos atendidos anualmente en el servicio PAD en coordinación con los CAD.</p> <p>Nº de casos que reciben atención en un plazo igual o inferior a 15 días/ Nº de casos atendidos anualmente x 100.</p> <p>Nº de casos en los que se cumplen objetivos/ Nº de casos atendidos anualmente x 100.</p> <p>Nº de familias atendidas de forma individualizada/ Nº de casos en atención individual x100.</p> <p>Nº de grupos de intervención preventiva por distrito/año.</p> <p>Media de grupos de intervención preventiva.</p>	<p>Al menos el 80% de las solicitudes se atenderán en el plazo establecido.</p> <p>Al menos en el 80% de los casos atendidos se ha llegado al cumplimiento de objetivos.</p>

## ÁREA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

<b>SITUACIONES DE ESPECIAL RIESGO</b>			
<b>OBJETIVOS OPERATIVOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METAS</b>
1.10. Optimizar la captación e intervención en la población de adolescentes y jóvenes con mayor proporción de factores de riesgo para el consumo de drogas y sus familias mediante la aplicación de estrategias adaptadas a cada nivel de riesgo.	1.10.4. Potenciar la utilización de las nuevas tecnologías de la información, como herramienta para la captación e intervención con adolescentes y jóvenes.	<p>Nº de líneas de información implementadas para adolescentes y jóvenes a través de las NTI.</p> <p>Nº de acciones de información realizadas anualmente a través de las nuevas tecnologías de la información.</p> <p>Nº de consultas recibidas a través de NTI, que son atendidas en un plazo igual o inferior a 72 horas / nº de consultas recibidas a través de NTI anualmente x 100.</p>	<p>Se implementará al menos un canal específico de información preventiva mediante soporte web dirigido a la población.</p> <p>Al menos el 80% de las consultas recibidas a través de NTI serán atendidas en un plazo igual o inferior a las 72 horas.</p>

## ÁREA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

<b>AMBITO LABORAL</b>			
<b>OBJETIVOS OPERATIVOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METAS</b>
<p>1.11. Desarrollar en coordinación con los Servicios de Salud Laboral una nueva línea de intervención en drogodependencias en el ámbito laboral que incluya a la propia plantilla municipal. Suscripción de protocolos con Organizaciones Sindicales para su participación en la implementación de los mismos.</p>	<p>1.11.1. Diseño de un programa de intervención en el ámbito laboral y definición de acciones a desarrollar desde los diferentes servicios implicados.</p> <p>1.11.2. Implementación del programa.</p>	<p>Diseño del programa.</p> <p>Desarrollo de un protocolo específico de intervención para la plantilla municipal.</p> <p>Fecha de implementación del programa.</p> <p>Porcentaje de la plantilla municipal que recibe información sobre el programa / total de la plantilla municipal que recibe información sobre los servicios de salud laboral.</p> <p>Fecha de implementación del servicio.</p>	<p>El programa estará diseñado e implementado en 2011.</p> <p>El protocolo estará desarrollado e implementado en 2011</p> <p>Al menos el 90% de los trabajadores de la plantilla municipal habrá tenido información del programa.</p> <p>Al finalizar el periodo se habrá desarrollado e implementado un servicio de asesoría en prevención de las adicciones dirigido a las empresas de la ciudad de Madrid.</p>
<p>1.12. Desarrollar un servicio de asesoría en prevención de las adicciones dirigido a las empresas de la ciudad de Madrid.</p>	<p>1.12.1 Diseño e implementación del servicio.</p>		

## ÁREA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

<b>ÁMBITO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>			
<b>OBJETIVOS OPERATIVOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METAS</b>
<p>1.13. Conocer la realidad de los MMCC, en cuanto a la idoneidad de sus mensajes, en especial los dirigidos a niños y adolescentes, desde una perspectiva de prevención de las adicciones.</p> <p>2.13. Sensibilizar y motivar a los profesionales de la comunicación acerca de la importancia de su papel como agentes preventivos.</p>	<p>1.13.1 Realización de estudios y/o investigaciones dirigidas al conocimiento de la realidad de los MMCC, en cuanto a la idoneidad de sus mensajes, en especial los dirigidos a niños y adolescentes, desde una perspectiva de prevención de las adicciones.</p> <p>2.13.1. Organización de Jornadas, Seminarios u otros eventos científicos dirigidos a implicar y sensibilizar a los profesionales de la comunicación acerca de la importancia de su papel como agentes preventivos.</p> <p>2.13.2. Organización de acciones conjuntas con la Facultad de Ciencias de la Información de la UCM u otras universidades de la Ciudad de Madrid, dirigidas a sensibilizar y mejorar la formación de los profesionales de la comunicación en materia de prevención de adicciones.</p>	<p>Número de estudios o investigaciones realizadas durante el periodo.</p> <p>Número de jornadas, seminarios u otros eventos científicos celebrados durante el periodo.</p> <p>Nº de acciones conjuntas con la Facultad de Ciencias de la Información de la U.C.M. u otras universidades de la Ciudad de Madrid, realizadas durante el periodo.</p>	<p>Realización de, al menos, un estudio o investigación durante el periodo.</p> <p>Realización de al menos un evento científico relacionado.</p> <p>Al menos una acción bianual desde 2011.</p>

## ÁREA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

<b>ÁMBITO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>			
<b>OBJETIVOS OPERATIVOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METAS</b>
<p>2.13. Sensibilizar y motivar a los profesionales de la comunicación acerca de la importancia de su papel como agentes preventivos.</p> <p>3.13. Asesorar y orientar a los profesionales de la comunicación sobre la potencialidad preventiva o contrapreventiva de los mensajes.</p>	<p>2.13.3. Convocatoria de un "Premio Madrid Salud a la prevención desde los MMCC", que, con carácter periódico, se otorgue al espacio o espacios que destaque en prevención de adicciones, educación en valores y promoción de hábitos saludables.</p> <p>3.13.1. Diseño, puesta en marcha y difusión de un Servicio de Asesoramiento y Orientación dirigido a profesionales de la comunicación (periodistas, guionistas, productores de series o programas de televisión, publicistas, etc.) sobre su papel como emisores de mensajes con potencialidad preventiva o contrapreventiva.</p>	<p>Nº de ediciones convocadas durante el periodo.</p> <p>Puesta en marcha del servicio.</p> <p>Nº anual de profesionales del sector de la comunicación beneficiarios del servicio.</p>	<p>Al menos una acción bianual desde 2011.</p> <p>El servicio estará implementado en 2011.</p>

## ÁREA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

<b>ÁMBITO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>			
<b>OBJETIVOS OPERATIVOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METAS</b>
<p>4.13. Asesorar y orientar a las familias, mediadores sociales y a la sociedad madrileña, acerca de la influencia de los medios de comunicación sobre las actitudes y conductas relacionadas con las adicciones.'</p> <p>5.13. Desarrollar un espacio de colaboración con órganos y entidades responsables de velar por el cumplimiento de la normativa sobre publicidad y por los derechos de los menores en general, de cara a efectuar recomendaciones y denuncias sobre prácticas, relacionadas con la comunicación, por su contenido contrapreventivo.</p>	<p>4.13.1. Ampliación de la función del Servicio de Prevención de Adicciones (PAD) con la incorporación de una nueva línea de trabajo dirigida a asesorar a las familias, educadores y otros mediadores sociales, en cuanto a su papel a la hora de "filtrar" o modular la influencia de los mensajes emitidos por los MMCC.</p> <p>5.13.1. Suscripción de un Convenio de colaboración con la Oficina del Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid, para el desarrollo de actividades coordinadas en diversos ámbitos relacionados con el presente objetivo.</p> <p>5.13.2. Establecimiento de otras alianzas con la comunidad educativa, la académica y otros órganos y entidades involucradas.</p>	<p>Puesta en marcha de la nueva línea de trabajo del PAD.</p> <p>Suscripción del Convenio de colaboración con la Oficina del Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid.</p> <p>Suscripción de convenios o acuerdos de colaboración y elaboración de guías de buenas prácticas y/o de proyectos de investigación colaborativos.</p>	<p>La nueva línea del PAD estará implementada en 2011.</p> <p>Suscripción y mantenimiento de un convenio de colaboración a partir de 2011 y por la totalidad del periodo de vigencia del Plan.</p> <p>Suscripción de al menos un acuerdo o protocolo de colaboración con otra u otras entidades u organismos relacionados.</p>

## Objetivo general 2

Ofertar a las personas que presentan abuso o dependencia del alcohol y/o de otras drogas, la atención y los recursos necesarios para abordar, de forma integral, incluida la perspectiva de género, tanto su problema de adicción, como los daños y consecuencias derivados de los consumos, procurando el mayor grado posible de integración en la sociedad y la mejora de su salud y calidad de vida así como la de su entorno familiar y social.

### Objetivos operativos

- 2.1. Facilitar la detección y captación de las personas con abuso y/o dependencia del alcohol y/o de otras drogas, en especial de aquellas que presentan dificultades de acceso a la Red de Atención del Instituto de Adicciones, bien por las especiales características de determinados grupos de población o bien por el tipo de droga consumida.
  - Personas con abuso o dependencia de cocaína y cannabis.
  - Adolescentes y jóvenes.
  - Personas sin hogar y otros colectivos en riesgo de exclusión social.
  - Personas con necesidades especiales debido a diferencias de origen, cultura o idioma.
  - Personas con necesidades especiales debido al binomio género - consumo
- 2.2. Reducir los riesgos y daños asociados al consumo de aquellas personas que conociéndolos o no, deciden continuar consumiendo.
- 2.3. Adaptar y diversificar la oferta asistencial introduciendo las especificidades necesarias de forma que se dé respuesta a las necesidades especiales de las personas atendidas, adecuando y facilitando el proceso de intervención integral desde la perspectiva del programa personalizado de intervención (PPI).
- 2.4. Facilitar la integración familiar y social de los pacientes desde la perspectiva del programa personalizado de intervención, y mejorar la aceptación del drogodependiente por parte de la sociedad.
- 2.5. Mejorar el nivel de empleabilidad y la integración laboral de los pacientes atendidos en los centros de la red, desde la perspectiva del programa personalizado de intervención.
- 2.6. Ofrecer a las familias de los drogodependientes la atención, el apoyo y la orientación necesarios para mejorar la funcionalidad familiar y/o para potenciar su implicación en el proceso de tratamiento e integración social de los pacientes, en especial a las familias de adolescentes y jóvenes (hasta 24 años).
- 2.7. Evaluar el Programa personalizado de intervención (PPI) de cada paciente

## ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL (Asistencia/Reinserción)

**Ofertar a las personas que presentan abuso o dependencia del alcohol y/o de otras drogas, la atención y los recursos necesarios para abordar, de forma integral, incluida la perspectiva de género, tanto su problema de adicción, como los daños y consecuencias derivados de los consumos, procurando el mayor grado posible de integración en la sociedad y la mejora de su salud y calidad de vida así como la de su entorno familiar y social.**

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
<p>2.1. Facilitar la detección y, captación de las personas con abuso y/o dependencia del alcohol y de otras drogas, en especial de aquellas que presentan dificultades de acceso a la Red de Atención del Instituto de Adicciones, bien por las especiales características de determinados grupos de población o bien por el tipo de droga consumida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas con abuso o dependencia de cocaína y cannabis</li> <li>- Adolescentes y jóvenes</li> <li>- Personas sin hogar y otros colectivos en riesgo de exclusión</li> <li>- Personas con necesidades especiales debido a diferencias de origen, cultura o idioma</li> <li>- Personas con necesidades especiales debido al binomio género - consumo</li> </ul>	<p>2.1.1. Difusión de los programas y servicios en instituciones y entidades implicadas en la atención a estos colectivos mediante soportes adaptados a las diferentes características culturales e idiomáticas.</p> <p>2.1.2. Refuerzo de la coordinación entre las actuaciones de prevención y atención integral con adolescentes y jóvenes menores de 24 años con consumos problemáticos en el marco del I.A.</p>	<p>Nº de acciones de difusión</p> <p>Nº de documentos de captación que se traducen / nº total de documentos de captación por cien</p> <p>Volumen de adolescentes y jóvenes atendidos de forma coordinada desde los servicios de prevención y desde los CAD del I.A.</p> <p>Porcentaje de solicitudes de adolescentes y jóvenes menores de 24 años que reciben cita para valoración en un plazo igual o inferior a 7 días y que cursan con incorporación a tratamiento.</p>	<p>El 100% de las solicitudes se atenderán en el plazo establecido.</p>

## ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL (Asistencia/Reinserción)

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
<p>2.1. Facilitar la detección y, captación de las personas con abuso y/o dependencia del alcohol y de otras drogas, en especial de aquellas que presentan dificultades de acceso a la Red de Atención del Instituto de Adicciones, bien por las especiales características de determinados grupos de población o bien por el tipo de droga consumida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas con abuso o dependencia de cocaína y cannabis</li> <li>- Adolescentes y jóvenes</li> <li>- Personas sin hogar y otros colectivos en riesgo de exclusión</li> <li>- Personas con necesidades especiales debido a diferencias de origen, cultura o idioma</li> <li>- Personas con necesidades especiales debido al binomio género - consumo</li> </ul>	<p>2.1.3. Revisión y optimización de los procedimientos de captación y derivación a los Centros de la Red del I.A. en servicios entre cuyos objetivos esta la captación (ISTMO, Unidad móvil Madroño, Centro de Atención Básica Sociosanitaria, Servicio de Mediación Comunitaria, Servicio de Asesoramiento a jueces e información y orientación al detenido "SAJIAD" etc.).</p>	<p>Nº de derivaciones efectivas desde los servicios de reducción de daños / total demanda nueva por 100.</p> <p>Nº de derivaciones efectivas desde los servicios comunitarios / total demanda nueva por 100.</p> <p>Nº de derivaciones efectivas desde ISTMO / nº de casos que lo necesiten por 100.</p> <p>Nº de extranjeros captados en el año – nº de extranjeros captados el año anterior/ nº de extranjeros captados año anterior por 100.</p>	<p>Se incrementarán, al menos; en un 25% las derivaciones a tratamiento desde los dispositivos de reducción del daño.</p> <p>Al menos el 60% de los usuarios atendidos por ISTMO por problemas de abuso/dependencia serán derivados a los CAD.</p>

## ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL (Asistencia/Reinserción)

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
<p>2.1. Facilitar la detección y, captación de las personas con abuso y/o dependencia del alcohol y de otras drogas, en especial de aquellas que presentan dificultades de acceso a la Red de Atención del Instituto de Adicciones, bien por las especiales características de determinados grupos de población o bien por el tipo de droga consumida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas con abuso o dependencia de cocaína y cannabis</li> <li>- Adolescentes y jóvenes</li> <li>- Personas sin hogar y otros colectivos en riesgo de exclusión</li> <li>- Personas con necesidades especiales debido a diferencias de origen, cultura o idioma</li> <li>- Personas con necesidades especiales debido al binomio género - consumo</li> </ul>	<p>2.1.4. Elaboración de procedimientos de intervención conjunta para la captación de casos con el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y otras redes implicadas en la atención a estos colectivos.</p>	<p>Nº de instituciones con las que se elabora protocolo.</p> <p>Nº de derivaciones anuales efectivas desde SERMAS de pacientes, desagregados según droga principal / nº total de la demanda nueva anual por 10º.</p> <p>Nº de pacientes nuevos anuales con consumos de cocaína y cannabis / nº total de demandas nuevas anuales por 100.</p> <p>Nº de mujeres atendidas anualmente en los centros de la red / nº total de pacientes atendidos anualmente en la red por 100.</p> <p>Nº anual de mujeres que realizan por primera vez una demanda de atención en la red / nº anual de demandas totales en la red por 100.</p> <p>Nº de personas nuevas sin hogar atendidas en el año menos nº de personas sin hogar atendidas el año anterior / nº de personas sin hogar atendidas en el año anterior por 100.</p>	<p>Las acciones de captación realizadas desde el I.A. conseguirán que al menos el 50% de la demanda nueva que se produzca en los CAD, se ajuste a los perfiles de consumo predominantes en nuestra ciudad.</p>

## ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL (Asistencia/Reinserción)

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
2.2. Reducir los riesgos y daños asociados al consumo de aquellas personas que conociéndolos o no, deciden continuar consumiendo.	<p>2.2.1. Desarrollo de las actividades del Centro de Atención Básica Sociosanitaria para drogodependientes, en horario de 21 a 8 horas adaptándolas a las necesidades que se vayan detectando.</p> <p>2.2.2. Mantenimiento de las acciones de reducción de daños que se realizan desde las unidades móviles, realización de prospecciones periódicas de las necesidades en la almendra central de Madrid y adecuación de las zonas de intervención de las unidades móviles a las nuevas necesidades detectadas.</p> <p>2.2.3. Mantenimiento de las actuaciones de reducción de daños que se realizan en los CAD.</p> <p>2.2.4. Creación de una red de agentes de salud formados entre los usuarios de la red para la reducción de riesgos y daños.</p>	<p>Nº de usuarios con los que se interviene diariamente.</p> <p>Porcentaje de pacientes a los que se realiza cribaje de enfermedades infecciosas (al menos serología de hepatitis y VIH y Mantoux).</p> <p>Nº de grupos de educación para la salud dirigidos a la reducción de daños.</p> <p>Porcentaje de pacientes incluidos en programas de reducción de daños, en los que se realizan actuaciones específicas o programas de educación para la salud.</p> <p>Nº de pacientes totales atendidos en Madroño anualmente.</p> <p>Nº de pacientes alcohólicos totales atendidos anualmente por Madroño / nº total de pacientes atendidos anualmente en Madroño x 100.</p> <p>Informe de intervención para la reducción de daños</p> <p>Porcentaje de pacientes de los CAD con los que se realizan anualmente acciones de reducción del daño.</p> <p>Incremento anual de agentes de salud.</p>	<p>Se ofertará al 100% de las personas que contacten con un Centro la detección de, al menos, hepatitis, VIH y tuberculosis. Por otra parte, se realizará cribaje de enfermedades infecciosas al menos en el 80% de los usuarios que contactan con los servicios de reducción de daños.</p> <p>Se garantizará la presencia de las unidades móviles en las zonas prioritarias definidas en el informe anual de zonas de intervención para la reducción de daños.</p> <p>Al finalizar el periodo se habrá incrementado en, al menos, un 80%, el nº de agentes de salud.</p>

## ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL (Asistencia/Reinserción)

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
<p>2.3. Adaptar y diversificar la oferta asistencial introduciendo las especificidades necesarias de forma que se dé respuesta a las necesidades especiales de las personas atendidas, adecuando y facilitando el proceso de intervención integral desde la perspectiva del programa personalizado de intervención (PPI).</p>	<p>2.3.1. Diseño e implementación del PPI en los pacientes.</p>	<p>Porcentaje de pacientes que inician valoración en un plazo igual o inferior a 15 días desde la recepción de la demanda.</p> <p>Porcentaje de pacientes incluidos en PPI que son tratados en “grupos terapéuticos y/o socioeducativos clave.”</p> <p>Nº de pacientes con PPI que participan en el programa de educación para la salud / Nº de pacientes totales por 100.</p>	<p>Al menos el 80% de las solicitudes se atenderán en el plazo establecido.</p> <p>Realización del PPI en el 100% de los pacientes que han precisado tratamiento.</p>

## ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL (Asistencia/Reinserción)

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
2.3. Adaptar y diversificar la oferta asistencial introduciendo las especificidades necesarias de forma que se dé respuesta a las necesidades especiales de las personas atendidas, adecuando y facilitando el proceso de intervención integral desde la perspectiva del programa personalizado de intervención (PPI).	<p>2.3.2. Mejorar el acceso de los pacientes al tratamiento y su normalización.</p> <p>2.3.3. Adecuación de los programas y técnicas terapéuticas y diagnósticas a las necesidades emergentes relacionadas con las adicciones.</p> <p>2.3.4. Refuerzo de medidas que faciliten la adhesión a tratamiento de la adicción y otras patologías asociadas, mediante la subvención de tratamientos farmacológicos en pacientes sin recursos.</p>	<p>Nº de centros ambulatorios en los que se amplían los servicios prestados en horario de tarde / nº total de centros ambulatorios x 100.</p> <p>Nº de pacientes con dispensación de metadona en farmacias / nº total de pacientes en metadona x 100.</p> <p>Nº de pacientes atendidos en horario de tarde / nº total de pacientes x 100.</p> <p>Nº de técnicas diagnósticas nuevas implementadas anualmente.</p> <p>Nº de técnicas terapéuticas nuevas implementadas anualmente.</p> <p>Nº pacientes tratados con Buprenorfina-naloxona anualmente.</p> <p>Nº de pacientes a los que se les subvenciona el tratamiento farmacológico / nº total de pacientes x 100.</p> <p>Nº de pacientes que han recibido tratamiento farmacológico subvencionado / nº total de pacientes que lo precisan x 100.</p>	<p>Al menos un 50% de los servicios habrán adoptado medidas para mejorar la accesibilidad horaria.</p> <p>Al menos el 15% de los pacientes en tratamiento con metadona estarán en dispensación en oficinas de farmacia.</p> <p>Se revisarán y en su caso adecuarán anualmente, las técnicas diagnósticas y terapéuticas para responder adecuadamente a las necesidades emergentes.</p> <p>Se garantizará el acceso al tratamiento farmacológico preciso al 100% de los pacientes sin recursos, que lo precisen.</p>

## ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL (Asistencia/Reinserción)

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
2.3. Adaptar y diversificar la oferta asistencial introduciendo las especificidades necesarias de forma que se dé respuesta a las necesidades especiales de las personas atendidas, adecuando y facilitando el proceso de intervención integral desde la perspectiva del programa personalizado de intervención (PPI).	<p>2.3.5. Optimización de los recursos de apoyo al tratamiento y reinserción de la red.</p> <p>2.3.6. Incremento de los recursos de tratamiento para pacientes con patología dual.</p> <p>2.3.7. Adecuación de los recursos para la intervención con adolescentes y jóvenes con abuso o dependencia de sustancias.</p> <p>2.3.8. Diseño e implementación de intervenciones específicas para la atención a mujeres víctimas de violencia de género con problemas adictivos.</p>	<p>Índice de ocupación de los recursos.</p> <p>Nº de revisiones semestrales realizadas de las intervenciones de los recursos de apoyo al tratamiento y a la reinserción para su optimización.</p> <p>Nº de plazas en recursos de apoyo al tratamiento y a la reinserción de pacientes con patología dual en el año - nº de plazas en el año anterior / nº de plazas del año anterior x 100.</p> <p>Nº de recursos adaptados para la atención a adolescentes y jóvenes.</p> <p>Elaboración de un protocolo para la atención a mujeres víctimas de violencia de género con problemas adictivos.</p>	<p>Se revisarán y -en su caso- adecuarán las intervenciones de los recursos de apoyo al tratamiento y a la reinserción cada 6 meses.</p> <p>Se habrán incrementado al menos un 30% el número de plazas en recursos de apoyo al tratamiento y a la reinserción para pacientes con patología dual.</p> <p>Al final del periodo existirán recursos adaptados para la atención de adolescentes y jóvenes en todos los niveles de recursos de apoyo al tratamiento</p>

## ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL (Asistencia/Reinserción)

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
2.3. Adaptar y diversificar la oferta asistencial introduciendo las especificidades necesarias de forma que se dé respuesta a las necesidades especiales de las personas atendidas, adecuando y facilitando el proceso de intervención integral desde la perspectiva del programa personalizado de intervención (PPI).	2.3.9. Diseño e implementación de convenios de colaboración y protocolos de coordinación con las redes de Servicios Sociales y SERMAS para la atención a pacientes de Patología Dual y otros colectivos en especial situación de vulnerabilidad (personas sin hogar, personas con bajo potencial de cambio que requieren tratamientos prolongados, personas con necesidades especiales debido a diferencias de origen, cultura o etnia, etc.).	<p>Porcentaje de pacientes con patología dual atendidos en ambas redes (Salud Mental e I.A.).</p> <p>Firma de un Convenio de colaboración entre Madrid Salud y SERMAS.</p> <p>Ampliación del Convenio de colaboración entre Madrid Salud y la Dirección General de Servicios Sociales.</p> <p>Elaboración y revisión de protocolos de intervención conjunta entre I.A. y el SERMAS.</p>	<p>Al final del periodo existirá un Convenio con la D.G. de Servicios Sociales y se habrán actualizado los protocolos de intervención conjunta.</p> <p>Al final del periodo se habrán adecuado los convenios de colaboración con la Comunidad de Madrid para incorporar la protocolización de las acciones conjuntas con el SERMAS y con los Servicios de Salud Mental.</p>

**ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL (Asistencia/Reinserción)**

<b>OBJETIVOS OPERATIVOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METAS</b>
2.4. Facilitar la integración familiar y social de los pacientes desde la perspectiva del programa personalizado de intervención, y mejorar la aceptación del drogodependiente por parte de la sociedad.	<p>2.4.1. Diseño e implementación de protocolos de coordinación con la Agencia para el Empleo de Madrid para favorecer la integración laboral y social de los pacientes, en especial de aquellos que se encuentran en mayor riesgo de exclusión social (Pacientes con patología dual, personas sin hogar, personas con bajo potencial de cambio que requieren tratamientos prolongados, personas con necesidades especiales debido a diferencias de origen, cultura o idioma, etc.).</p> <p>2.4.2. Optimización de la utilización del Servicio de Asesoramiento a Jueces e Información y Asesoramiento al detenido drogodependiente (SAJIAD).</p>	<p>Mantenimiento del Acuerdo de Colaboración entre Madrid Salud y la Agencia para el Empleo de Madrid.</p> <p>Actualización del protocolo de intervención conjunta.</p> <p>Nº de detenidos que utilizan el SAJIAD / nº total de los detenidos informados por 100.</p> <p>Porcentaje de detenidos que son informados sobre las prestaciones del servicio en las primeras 24 horas.</p>	<p>Renovación anual del Acuerdo de colaboración entre Madrid Salud y la Agencia para el Empleo de Madrid.</p> <p>El 100% de los detenidos en los Juzgados de Guardia de Madrid serán informados sobre las prestaciones del servicio.</p> <p>El SAJIAD intervendrá con el 100% de los drogodependientes detenidos que lo soliciten en un plazo no superior a 24 horas.</p>

## ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL (Asistencia/Reinserción)

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
2.4. Facilitar la integración familiar y social de los pacientes desde la perspectiva del programa personalizado de intervención, y mejorar la aceptación del drogodependiente por parte de la sociedad.	<p>2.4.5. Desarrollo del programa “salud e integración.”</p> <p>2.4.6. Desarrollo del Programa de integración social a través del ocio.</p> <p>2.4.7. Desarrollo de acciones de sensibilización y mediación entre vecinos, comerciantes, etc., dirigidas o prevenir o gestionar adecuadamente situaciones de conflicto en relación con la población drogodependiente o con los centros o servicios destinados a su atención.</p>	<p>Nº de pacientes con tratamiento odontológico / nº total de pacientes derivados al servicio.</p> <p>Nº de beneficiarios del programa / nº de personas a las que se le ofrece según perfil x 100.</p> <p>Nº de zonas en las que se interviene anualmente desde el programa de mediación comunitaria.</p> <p>Nº de intervenciones que se inician en un plazo no superior a 72 horas / nº de intervenciones anuales x 100.</p>	<p>El 100% de los CAD habrán desarrollado el Programa de Ocio en colaboración con distintas estructuras sociales de su ámbito de actividad</p> <p>Se realizarán intervenciones de mediación comunitaria en el 100% de las zonas de la ciudad que lo precisen en un plazo no superior a 72 horas.</p>

## ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL (Asistencia/Reinserción)

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
<p>2.5. Mejorar el nivel de empleabilidad y la integración laboral de los pacientes atendidos en los centros de la red, desde la perspectiva del programa personalizado de intervención.</p>	<p>2.5.1. Desarrollo y optimización del Servicio de Orientación Laboral (SOL).</p> <p>2.5.2. Ampliación de la línea de trabajo de empleo protegido.</p> <p>2.5.3. Potenciación de la línea de apoyo a la inserción laboral de las mujeres.</p> <p>2.5.4. Optimización del funcionamiento de los servicios y recursos orientados a la formación y capacitación laboral de las personas atendidas en los centros de la red.</p>	<p>Nº de beneficiarios del programa/ nº total de pacientes que cumplen requisitos de derivación al SOL por 100.</p> <p>Nº de empresas que colaboran / nº total de empresas contactadas por 100.</p> <p>Nº de inserciones laborales de mujeres / nº total de inserciones por 100.</p> <p>Número de inserciones laborales en los Centros de Tratamiento de la red del IA, desagregado por Centro o Servicio de la Red (CAD, CCAD, otros servicios)</p>	<p>Se garantizará que el 100% de los pacientes que lo precisen, recibirán apoyo para la mejora de su empleabilidad en el marco del presente Plan.</p> <p>.</p>

## ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL (Asistencia/Reinserción)

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
2.6. Ofrecer a las familias de los drogodependientes la atención, el apoyo y la orientación necesarios para mejorar la funcionalidad familiar y/o para potenciar su implicación en el proceso de tratamiento e integración social de los pacientes, en especial a las familias de adolescentes y jóvenes (hasta 24 años).	2.6.1. Desarrollo de acciones dirigidas a sensibilizar a las familias y mejorar la captación y la implicación de las mismas en el proceso terapéutico.	<p>Nº de familias atendidas en el programa de atención familiar / nº de familias en las que es "pertinente" (1) la intervención por 100.</p> <p>Nº de familias de adolescentes y jóvenes atendidas / nº total de familias de adolescentes y jóvenes por 100.</p> <p>Nº de familias "solas" (2) atendidas./ nº de familias sola que demandan atención .</p>	<p>Al menos el 75% de las familias de adolescentes y jóvenes serán atendidas en el programa de atención familiar.</p> <p>Se intervendrá con el 100% de las familias solas que demanden atención.</p>

(1) Familias en las que es "pertinente": se refiere a aquellas familias en las que existiría una indicación de intervención sobre la misma por parte del equipo terapéutico

(2) Familias "solas": familias que acuden a los Centros sin ser acompañadas por el familiar afectado.

**ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL (Asistencia/Reinserción)**

<b>OBJETIVOS OPERATIVOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METAS</b>
2.7. Evaluar el Programa personalizado de intervención (PPI) de cada paciente	<p>2.7.1. Evaluación del PPI de cada paciente, mediante el tiempo de permanencia en tratamiento hasta 2012.</p> <p>2.7.2. A partir de 2013, evaluación del PPI de cada paciente, mediante el porcentaje de objetivos cumplidos.</p>	<p>Nº de pacientes anuales que, a su salida, supera los 3, 6 y 12 meses de tratamiento / nº de pacientes anuales que efectúan su salida del sistema x 100. Desagregado según edad, sexo y droga principal.</p> <p>Nº de adolescentes y jóvenes anuales que, a su salida, supera los 3, y 6 meses de tratamiento / nº de adolescentes y jóvenes anuales que efectúan su salida del sistema x 100. Desagregado según edad, sexo y droga principal.</p> <p>Nº de pacientes anuales que, a su salida, han alcanzado los objetivos del PPI al menos en un 80% / nº de pacientes anuales que salen del sistema x 100</p> <p>Nº de pacientes anuales que, a su salida, han alcanzado los objetivos del PPI al menos en un 50% / nº de pacientes anuales que salen del sistema x 100.</p>	<p>Al menos un 60% de los pacientes que salen anualmente del sistema habrán cumplido los objetivos del PPI total o parcialmente<sup>(1)</sup>.</p> <p>Al menos un 80% de los jóvenes y adolescentes que salen anualmente del sistema habrán cumplido los objetivos del PPI total o parcialmente<sup>(1)</sup>.</p>

(1) Parcialmente: Cumplen, al menos, el 50% de los objetivos del PPI

## **Objetivo General 3**

**Lograr un mayor conocimiento de la realidad de las adicciones sociales, en especial, de las adicciones a las nuevas tecnologías entre adolescentes y jóvenes de la ciudad de Madrid, y potenciar la prevención y la disminución de esta problemática.**

### **Objetivos operativos**

- 3.1 Conocer la situación de las adicciones sociales y en especial las adicciones a las nuevas tecnologías de la información, en la población de jóvenes y adolescentes de la ciudad de Madrid.
- 3.2 Sensibilizar a la sociedad acerca de los riesgos de las adicciones sociales y potenciar su prevención.
- 3.3 Ofrecer a la población madrileña, en especial a las familias, educadores y otros mediadores sociales el asesoramiento necesario en esta materia.
- 3.4. Tratar integralmente las adicciones sociales que presente la población.

## ÁREA DE ADICCIONES SOCIALES

<b>Lograr un mayor conocimiento de la realidad de las adicciones sociales, y en especial, de las adicciones a las nuevas tecnologías entre adolescentes y jóvenes de la ciudad de Madrid y potenciar la prevención y la disminución de esta problemática.</b>			
<b>OBJETIVOS OPERATIVOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METAS</b>
<p>3.1. Conocer la situación de las adicciones sociales y en especial las adicciones a las nuevas tecnologías de la información, en la población de jóvenes y adolescentes de la ciudad de Madrid.</p> <p>3.2. Sensibilizar a la sociedad acerca e los riesgos de las adicciones sociales y potenciar su prevención</p> <p>3.3. Ofrecer a la población madrileña, en especial a las familias, educadores y otros mediadores sociales el asesoramiento necesario.</p>	<p>3.1.1 Realización de estudios epidemiológicos sobre la adicción a las nuevas tecnologías.</p> <p>3.2.1. Desarrollo de acciones de sensibilización e información a la población para promover el conocimiento de los riesgos de estas conductas y las medida preventivas a adoptar</p> <p>3.3.1 Creación de un Servicio de Adiciones Sociales que, priorizando los aspectos preventivos, ofrezca a la población general información, orientación, y derivación, en su caso, a los servicios adecuados. Con una demora máxima de 15 días desde la demanda.</p>	<p>Nº de estudios realizados.</p> <p>Nº de acciones de sensibilización dirigidas a familias con hijos entre 8 y 18 años.</p> <p>Nº de acciones de sensibilización dirigidas a la población madrileña entre 8 y 18 años.</p> <p>Nº de acciones de sensibilización dirigidas a otros mediadores sociales.</p> <p>Implementación del servicio</p> <p>Nº de personas atendidas en plazo /nº total de personas atendidas X 100</p>	<p>Se realizarán al menos 2 estudios durante el periodo.</p> <p>Al menos el 30% de las familias con hijos entre 8 y 18 años recibirán anualmente información preventiva sobre el tema.</p> <p>Al menos el 20% de la población de 8 a 18 años recibirá anualmente información preventiva sobre el tema.</p> <p>Servicio implementado en 2011</p> <p>Al menos el 80% de las personas que acudan al servicio, serán atendidas en un plazo máximo de 15 días.</p>

## ÁREA DE ADICCIONES SOCIALES

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
3.4. Tratar integralmente las adicciones sociales que presente la población.	<p>3.4.1. Incluir en el Programa Personalizado de Intervención de los pacientes drogodependientes, la atención a las adicciones sociales que presenten.</p> <p>3.4.2. Conformación de un centro propio del Instituto de Adicciones y diferenciado para la atención de las adicciones sociales que presente la población general.</p>	<p>Nº de pacientes drogodependientes que son tratados, además, de adicciones sociales en los Centros de Atención a las Drogodependencias / nº total de pacientes que presentan adicciones sociales x 100.</p> <p>Puesta en marcha del centro.</p>	<p>Al menos el 80% de los pacientes drogodependientes atendidos en los CAD, que presenten adicciones sociales, recibirán tratamiento de estas adicciones en dichos centros.</p> <p>Al finalizar el periodo estará en funcionamiento un centro diferenciado para la atención de las adicciones sociales en la población general.</p>

## **Objetivo general 4**

**Evitar / reducir la oferta de drogas en la ciudad de Madrid en el marco competencial propio de la Policía Municipal.**

### **Objetivos operativos**

- 4.1. Evitar / reducir la oferta de drogas en locales de ocio, actividades recreativas y espectáculos.
- 4.2. Evitar / reducir la oferta de alcohol y otras drogas a menores.
- 4.3. Evitar / reducir oferta de drogas y consumos en espacios y vías públicas.
- 4.4. Evitar / reducir el consumo de alcohol y otras drogas con ocasión de la conducción de vehículos a motor y ciclomotores.
- 4.5. Colaborar en la persecución de delitos contra la salud pública en el marco de la legislación vigente y convenios de colaboración que se suscriban, con especial atención a la distribución final hacia el consumidor.

## ÁREA DE CONTROL Y REDUCCIÓN DE LA OFERTA

Evitar / reducir la oferta de drogas en la ciudad de Madrid en el marco competencial propio de la Policía Municipal.			
OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
4.1. Evitar / reducir la oferta de drogas en locales de ocio, actividades recreativas y espectáculos.	<p>4.1.1. Realización de inspecciones periódicas en locales. Vigilancia y denuncia ante situaciones de tráfico o consumo de drogas y tolerancia de los mismos.</p> <p>4.1.2. Vigilancia en torno de zonas con concentración de locales de ocio y espectáculos. Controles específicos de seguridad ciudadana.</p>	Porcentaje de locales de ocio frecuentados por menores inspeccionados anualmente	Inspección anual del 100% de los locales de ocio frecuentados por menores.

## ÁREA DE CONTROL Y REDUCCIÓN DE LA OFERTA

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
4.2. Evitar / reducir la oferta de alcohol y otras drogas a menores.	<p>4.2.1. Vigilancia en el entorno de centros escolares en horarios de entrada, salida y recreos.</p> <p>4.2.2. Vigilancia e inspección de establecimientos comerciales del entorno escolar en prevención de venta de alcohol y tabaco a menores.</p> <p>4.2.3. Vigilancia e inspección de actividades de ocio o recreativas abiertas en horario escolar y en proximidades de centros escolares.</p> <p>4.2.4. Potenciar las líneas de contacto abiertas con los centros educativos para la respuesta inmediata y especializada ante alertas por tráfico o consumo de drogas en los mismos (Servicio de Agentes Tutores).</p>	<p>Número de Agentes Tutores</p> <p>Número de colegios con "Camino Escolar Seguro"</p> <p>Índice de Vigilancias de entrada y salida de colegios por centro</p> <p>Número de infracciones detectadas por consumo de alcohol en vía pública a menores</p> <p>Grado de satisfacción de los ciudadanos con la policía en el entorno de los colegios</p>	<p>En 2011 se contará con 182 agentes tutores</p> <p>En 2011 se habrá implantado el "camino escolar seguro" en, al menos, 210 colegios</p> <p>En 2011 el 20% de los colegios tendrán vigilancia de entrada y salida.</p> <p>Se producirá un incremento en el grado de satisfacción de los ciudadanos con la intervención de la Policía Municipal en el entorno de los colegios hasta alcanzar en 2011 una puntuación mínima de 5,9 sobre 10</p>

## ÁREA DE CONTROL Y REDUCCIÓN DE LA OFERTA

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
4.3. Evitar / reducir oferta de drogas y consumos en espacios y vías públicas.	<p>4.3.1. Vigilancia de espacios públicos, lugares de reunión y esparcimiento. Control y denuncia del fenómeno del "botellón".</p> <p>4.3.2. Práctica de controles de seguridad ciudadana en zonas de gran concurrencia de público (parques, plazas públicas, ferias).</p>	<p>Incremento interanual del número de denuncias por drogas en relación con número de requerimientos</p> <p>Nº de Actuaciones de vigilancias de parques por la Unidad de Medio Ambiente y Escuadrón</p> <p>Índice de percepción de seguridad (encuesta de seguridad)</p>	<p>Incremento de denuncias del 5% anual.</p> <p>Se incrementará en un 5% anual el nº de actuaciones de vigilancia de parques por la Unidad de Medio Ambiente y Escuadrón</p> <p>Se incrementará el índice de percepción de seguridad (encuesta de seguridad) en, al menos, una décima anual.</p>

## ÁREA DE CONTROL Y REDUCCIÓN DE LA OFERTA

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
4.4. Evitar / reducir el consumo de alcohol y otras drogas con ocasión de la conducción de vehículos a motor y ciclomotores.	<p>4.4.1. Realización de controles preventivos de alcoholemia con carácter general 24 horas día / 365 días al año según campañas programadas.</p> <p>4.4.2. Realización de campañas específicas de alta intensidad con controles de alcoholemia en horarios y zonas sensibles: noches de fines de semana en entornos de zonas de ocio.</p> <p>4.4.3. Vigilancia permanente del consumo de alcohol y/o otras drogas por parte de conductores implicados en accidentes o infracciones de tráfico. Instrucción de atestados por delitos contra la seguridad vial.</p>	<p>Nº de pruebas positivas en relación con la población testada</p> <p>Número de denuncias por consumo de alcohol en vía pública en relación con los requerimientos</p> <p>Porcentaje de alumnos que reciben Educación Vial</p>	<p>Incremento de denuncias del 5 % anual</p> <p>Se producirá un incremento anual del 5% en el porcentaje de alumnos que reciben Educación Vial</p>

## ÁREA DE CONTROL Y REDUCCIÓN DE LA OFERTA

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
<p>4.5. Colaborar en la persecución de delitos contra la salud pública en el marco de la legislación vigente y convenios de colaboración que se suscriban, con especial atención a la distribución final hacia el consumidor.</p>	<p>4.5.1. Optimización de la coordinación con otras áreas y servicios municipales implicados en la atención a las adicciones.</p> <p>4.5.2. Potenciar la coordinación, el traslado de información y la realización de operaciones conjuntas con el Cuerpo Nacional de Policía para la erradicación e investigación de estos delitos en el marco de la Ley Orgánica de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y de los Convenios y Protocolos de colaboración que se firmen al efecto.</p> <p>4.5.3. Detección, seguimiento e intervención en puntos de tráfico minorista de droga ("menudeo") con traslado al CNP.</p>	<p>Número de distritos con planes de seguridad conjuntos Policía Municipal – Cuerpo Nacional de Policía.</p> <p>Mantener número mínimo de reuniones con responsables de las Comisarías de Cuerpo Nacional de Policía.</p>	<p>Los 21 distritos de la Ciudad de Madrid contarán, en 2011, con planes de seguridad conjuntos Policía Municipal – Cuerpo Nacional de Policía</p>

## **Objetivo general 5**

**Garantizar la calidad y la mejora continua de los servicios prestados por el Instituto de Adicciones, mediante la evaluación, coordinación en todos los ámbitos, la formación continuada, la investigación y la mejora de la comunicación.**

### **Objetivos operativos**

- 5.1. Desarrollar y mejorar las estrategias de coordinación en todos los ámbitos para lograr la cooperación y corresponsabilidad en las acciones del presente Plan.
- 5.2. Potenciar la formación continua y el reciclaje de los profesionales que forman parte de la red del Instituto de Adicciones.
- 5.3. Potenciar la investigación en los diversos ámbitos de intervención en materia de adicciones.
- 5.4. Mejorar la comunicación para lograr que los ciudadanos madrileños adquieran un mayor conocimiento de los programas y servicios del I.A. como parte del compromiso de realizar una gestión transparente y abierta.
- 5.5. Promover la calidad en todos los niveles de la organización del Instituto de Adicciones, en coherencia con las líneas estratégicas que, en este ámbito se plantea Madrid Salud y el Gobierno de la Ciudad.
- 5.6. .Evaluar el Plan de Adicciones. Consolidar, ampliar y adaptar los instrumentos y sistemas de registro de la red del Instituto de Adicciones.

## ÁREA DE GARANTÍA DE CALIDAD

<b>Garantizar la calidad y la mejora continua de los servicios prestados por el Instituto de Adicciones, mediante la evaluación, coordinación en todos los ámbitos, la formación continuada, la investigación y la mejora de la comunicación.</b>			
<b>OBJETIVOS OPERATIVOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METAS</b>
5.1. Desarrollar y mejorar las estrategias de coordinación en todos los ámbitos para lograr la cooperación y corresponsabilidad en las acciones del presente Plan.	<p>5.1.1. Impulso de la coordinación internacional en materia de adicciones, en coordinación, si procede, con otras administraciones.</p> <p>5.1.2. Desarrollo de líneas permanentes de coordinación en materia de adicciones con el Plan Nacional sobre Drogas y con la Federación Española de Municipios.</p> <p>5.1.3. Ampliación del ámbito funcional de colaboración con la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.</p> <p>5.1.4. Coordinación con el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) para la mejora de las acciones conjuntas.</p>	<p>Nº de países, regiones o ciudades extranjeras con los que se establecen proyectos compartidos</p> <p>Nº de foros internacionales en los que participa el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid.</p> <p>Convenio con la Delegación del Gobierno para el PNSD</p> <p>Convenio con la FEMP</p> <p>Firma de la ampliación del convenio de colaboración.</p>	<p>Al finalizar el periodo el I.A. de la Ciudad de Madrid formará parte de al menos una red internacional en materia de adicciones.</p> <p>Firma de un acuerdo de atención conjunta con Atención Primaria de Salud.</p> <p>Firma de un acuerdo de atención conjunta con Salud Mental.</p>

## ÁREA DE GARANTÍA DE CALIDAD

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
<p>5.1. Desarrollar y mejorar las estrategias de coordinación en todos los ámbitos para lograr la cooperación y corresponsabilidad en las acciones del presente Plan.</p>	<p>5.1.5. Impulso y creación de un foro técnico de coordinación entre áreas y servicios municipales y otras instituciones y organizaciones sociales con responsabilidad en materia de adicciones en la Ciudad de Madrid.</p> <p>5.1.6. Potenciación de la coordinación con las instituciones y organizaciones sociales que trabajan en el ámbito de las drogodependencias y otras adicciones y/o con colectivos en riesgo de exclusión.</p> <p>5.1.7. Apoyo al movimiento asociativo para el desarrollo de programas y recursos de prevención y de apoyo al tratamiento y a la reinserción en materia de adicciones.</p> <p>5.1.8. Creación de una Comisión Madrid Salud para las Adicciones, que facilite la cooperación mutua en esta materia entre los Institutos de Salud Pública y de Adicciones</p>	<p>Constitución del Foro Técnico de las Adicciones de la Ciudad de Madrid.</p> <p>Nº de proyectos con instituciones y organizaciones sociales.</p> <p>Importe presupuestario destinado a subvenciones en euros.</p> <p>Creación de la comisión.</p>	<p>En 2011 se habrá creado el Foro Técnico de las Adicciones de la Ciudad de Madrid.</p> <p>Establecimiento de acuerdos de colaboración con, al menos, el Área Delegada de Familia y Servicios Sociales, y mantenimiento y mejora de los existentes con Agencia para el Empleo y Policía Municipal.</p> <p>En 2011 se habrá puesto en marcha la Comisión Madrid Salud para las Adicciones.</p>

## ÁREA DE GARANTÍA DE CALIDAD

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
<p>5.2. Potenciar la formación continua y el reciclaje de los profesionales que forman parte de la red del Instituto de Adicciones.</p>	<p>5.2.1. Evaluación periódica de las necesidades de formación del personal del I.A. y propuesta y organización, en colaboración con los servicios municipales implicados, del plan de formación interna del I.A.</p> <p>5.2.2. Apoyo a la participación del personal del I.A. en acciones formativas desarrolladas desde otros ámbitos (universitario, sociedades científicas, ONG, etc.).</p> <p>5.2.3. Promover la actualización y el intercambio entre los profesionales del I.A. y facilitar la difusión de buenas prácticas.</p>	<p>Realización del plan anual de formación.</p> <p>Nº de profesionales que realizan alguna acción formativa de reciclaje / nº total de profesionales x 100.</p> <p>Media de horas de formación por profesional y año.</p> <p>Nº de alumnos que participan en otras acciones formativas acreditadas.</p> <p>Nº de reuniones de intercambio de experiencias de buenas prácticas.</p>	<p>Desarrollar un plan anual de formación adaptado a las necesidades emergentes en materia de Adicciones.</p> <p>El personal del I.A. tendrá la opción de participar en, al menos, 2 acciones formativas anuales.</p> <p>Al final del periodo se producirá una media de 2 convocatorias mensuales de intercambio de experiencias y buenas prácticas entre los profesionales del Instituto de Adicciones</p>

## ÁREA DE GARANTÍA DE CALIDAD

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
<p>5.3. Potenciar la investigación en los diversos ámbitos de intervención en materia de adicciones.</p>	<p>5.3.1. Sensibilización del personal del Instituto de Adicciones acerca de la importancia de la investigación y oferta de la formación necesaria en este ámbito.</p> <p>5.3.2. Potenciación y apoyo a los proyectos de investigación aplicada en los centros y servicios del I.A.</p> <p>5.3.3. Colaboración con las instituciones, universidades, colegios profesionales, sociedades científicas u otras entidades que desarrollen actividades de investigación en el ámbito de las adicciones.</p> <p>5.3.4. Realización de estudios que aproximen a la realidad cambiante de las adicciones.</p> <p>5.3.5. Crear un Centro de Investigación en Adicciones.</p>	<p>Nº de cursos de metodología de investigación que son difundidos entre el personal del I.A.</p> <p>Nº de proyectos de investigación finalizados anualmente.</p> <p>Nº de estudios de carácter epidemiológico realizados en el periodo.</p> <p>Puesta en marcha del Centro.</p>	<p>Al finalizar el periodo se habrá incrementado en al menos un 10% el nº de proyectos de investigación realizados desde el I.A.</p> <p>Realización de, al menos, un estudio bianual para conocer la evolución del fenómeno y necesidades de futuro.</p> <p>Al finalizar el periodo se habrá diseñado y puesto en marcha el Centro.</p>

## ÁREA DE GARANTÍA DE CALIDAD

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
<p>5.4. Mejorar la comunicación para lograr que los ciudadanos madrileños adquieran un mayor conocimiento de los programas y servicios del I.A. atendiendo al compromiso de realizar una gestión transparente y abierta.</p>	<p>5.4.1. Desarrollo de una línea estratégica de comunicación del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, que facilite el conocimiento de los servicios por parte de los ciudadanos, el acceso a los mismos y su participación.</p> <p>5.4.2. Difusión de documentación técnica.</p> <p>5.4.3. Fomento de la utilización de las tecnologías de la información y las comunicaciones como elementos de mejora esenciales en la prestación de los servicios.</p>	<p>Nº de interacciones realizadas, a través de página Web o por acción directa del I.A. sobre la población de Madrid.</p> <p>Porcentaje de encuestados en la encuesta de calidad de vida, de la D G de Calidad, que conocen la red municipal de atención a las adicciones.</p> <p>Nº de actualizaciones anuales de la página Web.</p> <p>Nº de impactos y visitas a los documentos técnicos del I.A., accesibles en la red.</p> <p>Nº de demandas y consultas de ciudadanos atendidas a través de la utilización de las tecnologías de la información / total demandas y consultas por 100.</p>	<p>Al final del periodo al menos el 40% de los ciudadanos de Madrid habrán recibido información del I.A.</p> <p>Al finalizar el periodo se habrá producido un Incremento del nº de impactos y visitas a los documentos técnicos colgados en la Web de, al menos, un 50%.</p> <p>Al finalizar el periodo se habrán incrementado en al menos un 20 % el número de consultas y demandas de ciudadanos atendidas a través de la utilización de las tecnologías de la información.</p>

## ÁREA DE GARANTÍA DE CALIDAD

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
<p>5.5. Promover la calidad en todos los niveles de la organización del Instituto de Adicciones, en coherencia con las líneas estratégicas que, en este ámbito, se plantea Madrid Salud y el Gobierno de la Ciudad.</p>	<p>5.5.1. Continuación y ampliación del sistema de Cartas de Servicio del I.A., como expresión del compromiso con los ciudadanos.</p> <p>5.5.2. Realización de estudios y encuestas de satisfacción de usuarios de los servicios prestados, de forma que permitan identificar posibles puntos susceptibles de mejora.</p> <p>5.5.3. Colaboración activa con el sistema de sugerencias y reclamaciones, como vía de participación de los ciudadanos.</p> <p>5.5.4. Realización de estudios de clima laboral entre los trabajadores del I.A., implementando las acciones de mejora necesarias.</p> <p>5.5.5. Sensibilización del personal del I.A. y fomento de su implicación en los compromisos y acciones de calidad.</p> <p>5.5.6. Avance en la línea de gestión por procesos.</p> <p>5.5.7. Elaboración de guías clínicas y protocolos, como elemento de mejora de la calidad en el I.A..</p>	<p>Nº de evaluaciones y/o actualizaciones de la Carta de Servicios realizadas.</p> <p>Nº de encuestas de satisfacción de usuarios realizadas.</p> <p>Porcentaje de usuarios satisfechos globalmente con los CAD.</p> <p>Nº de sugerencias y/o reclamaciones contestadas en plazo.</p> <p>Nº de estudios de clima laboral realizados en el periodo.</p> <p>Nº de profesionales participantes en acciones de mejora/año.</p> <p>Rediseño del mapa de procesos.</p> <p>Nº de procesos definidos diseñados anualmente / total de procesos x 100.</p> <p>Nº de protocolos y guías clínicas elaboradas.</p>	<p>Mantenimiento del proceso de revisión y mejora continua de la Carta de Servicios del I.A.</p> <p>Se realizará, al menos, un estudio bianual de satisfacción de usuarios y se desarrollarán las acciones de mejora pertinentes.</p> <p>Al menos el 85% e los usuarios estarán satisfechos globalmente con los CAD.</p> <p>El 80% de las sugerencias y reclamaciones se contestarán en un plazo igual o inferior a 15 días.</p> <p>En 2012 se contará con un nuevo mapa de procesos adaptado al presente Plan de Adicciones.</p>

## ÁREA DE GARANTÍA DE CALIDAD

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
<p>5.5. Promover la calidad en todos los niveles de la organización del Instituto de Adicciones, en coherencia con las líneas estratégicas que, en este ámbito, se plantea Madrid Salud y el Gobierno de la Ciudad.</p>	<p>5.5.8. Dotación a los CAD de las instalaciones y los recursos materiales y humanos necesarios para poder llevar a cabo su actividad con agilidad y garantía de calidad.</p> <p>5.5.9. Dotación al PAD de los recursos materiales y humanos necesarios para poder llevar a cabo su actividad con agilidad y garantía de calidad.</p> <p>.</p>	<p>Nº de instalaciones que cumplen los criterios de habitabilidad y confort establecidos / total instalaciones x 100.</p> <p>Porcentaje de plantilla cubierta respecto de la plantilla teórica aprobada en los CAD.</p> <p>Porcentaje de solicitudes atendidas en un plazo igual o inferior a 15 días tras la acogida inicial.</p> <p>Tiempo medio de espera desde la recepción de la solicitud de atención hasta su valoración.</p> <p>Porcentaje de usuarios satisfechos globalmente con el PAD.</p> <p>Porcentaje de solicitudes del PAD atendidas en un plazo igual o inferior a 15 días tras la acogida inicial.</p>	<p>El 100% de los CAD mantendrán su acreditación como Centro Médico de Atención a Drogodependientes.</p> <p>El porcentaje de plantilla cubierta estará por encima del 95%.</p> <p>Al menos el 80% de las solicitudes se atenderán en el plazo establecido.</p> <p>El tiempo medio de espera no será superior a 10 días.</p> <p>Al menos el 90% e los usuarios estarán satisfechos con el PAD.</p> <p>Al menos el 80% de las solicitudes se atenderán en el plazo establecido.</p>

## ÁREA DE GARANTÍA DE CALIDAD

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
<p>5.6. Evaluar el Plan de Adicciones. Consolidar, ampliar y adaptar los instrumentos y sistemas de registro de la red del Instituto de Adicciones.</p>	<p>5.6.1. Diseño y desarrollo de la estrategia de evaluación del I.A.</p> <p>5.6.2. Revisión y actualización permanente de los sistemas de recogida de información y los modelos de historias clínicas, adaptándolos a las necesidades emergentes.</p> <p>5.6.3. Recogida y análisis de la información procedente de los indicadores clave, diseñados en el presente plan, orientados a la evaluación del proceso y la eficacia del mismo.</p> <p>5.6.4. Establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica para el seguimiento de los principales indicadores epidemiológicos clave, mediante instrumentos homologados que garanticen la comparabilidad nacional y europea.</p>	<p>Grado de extensión de los SSII: (porcentaje de centros de la red y/o servicios con acceso y gestión por el sistema SUPRAMADRID y número de nuevas aplicaciones adscritas al sistema).</p> <p>Identificación, diseño y monitorización anual de los Indicadores clave de proceso, del Plan.</p> <p>Informe periódico anual relativo al análisis y resultados de los indicadores epidemiológicos clave.</p>	<p>Se establecerá un programa anual de seguimiento de los principales indicadores clave de eficiencia.</p> <p>Realización de un informe de tendencias epidemiológicas, de los principales indicadores en el periodo de ejercicio del Plan.</p>

## ÁREA DE GARANTÍA DE CALIDAD

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACCIONES	INDICADORES	METAS
5.6. Evaluar el Plan de Adicciones. Consolidar, ampliar y adaptar los instrumentos y sistemas de registro de la red del Instituto de Adicciones.	<p>5.6.5. Realización de informes de evaluación “ad hoc” requeridos por la DG del I.A.</p> <p>5.6.6. Desarrollo de una evaluación “ex post” del Plan de Adicciones.</p> <p>5.6.7. Diseño e implementación de un sistema de evaluación multidimensional en drogodependencias que facilite la intervención y la evaluación continua del proceso de atención integral desarrollado en el I.A.</p> <p>5.6.8. Diseño e implementación de un sistema de seguimiento tras el alta del paciente.</p>	<p>Nº de informes de evaluación realizados.</p> <p>Informe de evaluación final del Plan de Adicciones.</p> <p>Diseño del sistema de evaluación multidimensional.</p> <p>Pilotaje del sistema.</p> <p>Implementación del sistema.</p> <p>Diseño del proyecto.</p> <p>Implementación del sistema.</p> <p>Evaluación del sistema.</p>	<p>Se realizará, al menos, un informe bianual de evaluación.</p> <p>Al finalizar el periodo se realizará una evaluación sumativa del Plan.</p> <p>Sistema de evaluación multidimensional implementado en 2012</p> <p>Al finalizar el periodo al menos el 90% de los pacientes atendidos habrán sido incluidos en el sistema de evaluación multidimensional.</p> <p>Sistema de seguimiento implantado y evaluado en 2012.</p> <p>Al finalizar el periodo al menos el 50% de los pacientes atendidos habrán sido incluidos en el sistema de seguimiento pos-alta.</p>



# 11

## GARANTÍA DE CALIDAD

---

### 11.1. Introducción.

---

El nuevo Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid asume el compromiso de calidad y evaluación de los servicios definidos en el *Plan de Modernización del Ayuntamiento de Madrid*, en el que se enmarcan una serie de actuaciones dirigidas a situar a la organización municipal a la vanguardia de las Administraciones Públicas, con el fin último de acercarse a la ciudadanía, avanzar hacia la excelencia en la prestación de los servicios públicos, incorporar las tecnologías de la información y la comunicación e implantar una nueva cultura de gestión eficaz, transparente y abierta.

El Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid, para garantizar la calidad y la mejora continua de los servicios prestados a los ciudadanos, se basa en los pilares de la evaluación, la coordinación, la formación continuada, la investigación, la mejora de la comunicación y la evaluación.

### 11.2. Coordinación.

---

En las administraciones públicas la lógica de actuación se basa más en la capacidad de trabajar en la interdependencia que en la capacidad de competir. Son excepción las actuaciones administrativas que puedan desarrollarse con plena independencia de otros servicios u otras administraciones. Los procedimientos formales o informales de *cooperación*, los procedimientos explícitos o implícitos de coordinación, son determinantes para asegurar una gestión eficaz.

Las intervenciones en el abordaje de las adicciones muestran cada vez mayor complejidad, al participar en ellas un número creciente de actores y poner mayor énfasis en la transversalidad y en la integralidad de las respuestas, por lo que es imprescindible el desarrollo de estrategias de coordinación.

Conscientes de esta realidad, y alineándose con las recomendaciones de la “*Estrategia Europea en materia de lucha contra la droga 2005-2012*”, que considera que todos los planes de acción deberían incluir iniciativas que contribuyan a instaurar mecanismos de coordinación, el Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid, ha incluido entre sus objetivos, a fin de garantizar la calidad de sus intervenciones mediante una respuesta plural e integral, procesos de coordinación entre los diferentes servicios, programas e instituciones con responsabilidad en alguna de las parcelas que forman parte de la realidad del Plan.

Las acciones previstas en el Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid, para mejorar e impulsar la coordinación en el campo de las adicciones, abarcan el ámbito internacional, nacional, comunitario, local e interno y son:

1. Impulso de la coordinación del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid con las redes internacionales en materia de adicciones, en coordinación, si procede, con otras Administraciones
2. Potenciación de la participación del Instituto en foros internacionales.
3. Desarrollo de líneas permanentes de coordinación en materia de adicciones con el Plan Nacional sobre Drogas y con la Federación Española de Municipios.
4. Ampliación del ámbito funcional de colaboración con la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
5. Coordinación con el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) para la mejora de las acciones conjuntas.
6. Impulso y creación de un foro permanente de coordinación entre áreas y servicios municipales, otras instituciones y organizaciones sociales con responsabilidad en materia de adicciones en la ciudad de Madrid.
7. Potenciación de la coordinación con las instituciones y organizaciones sociales que trabajan en el ámbito de las drogodependencias y otras adicciones y/o con colectivos en riesgo de exclusión.
8. Apoyo al movimiento asociativo para el desarrollo de programas y recursos de prevención y de apoyo al tratamiento y a la reinserción en materia de adicciones.
9. Creación de una Comisión Madrid Salud para las Adicciones, que facilite la cooperación mutua en esta materia entre los Institutos de Salud Pública y Adicciones.

### **11.3. Formación.**

---

El Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid, tiene entre sus objetivos potenciar la formación y el reciclaje de sus trabajadores, mediante la formación continua, el fomento del intercambio de experiencias entre sus profesionales y la difusión de buenas prácticas.

La formación continuada en el contexto amplio de políticas de recursos humanos es una de las herramientas claves para conseguir que los profesionales del I.A. estén preparados para responder a las necesidades actuales y futuras en el campo de las adicciones y la organización de los servicios. Es, además, una obligación de la administración y un derecho y un deber del trabajador, que genera un incremento de

la motivación, de la incentivación profesional, de los niveles de garantía de calidad y de la actualización de conocimientos, garantizando la accesibilidad y descentralización en la formación.

La Misión y la Visión de la Formación Continuada en el Instituto de Adicciones se encuentran alineadas con las generales del propio Instituto y de Madrid Salud, desarrollándose dentro del marco gestor y ejecutivo que ofrece el Instituto de Formación y Estudios del Gobierno Local de Madrid, que constituye el elemento integrador de todas las facetas y actividades formativas del Ayuntamiento de Madrid.

Las actividades previstas en el Plan para potenciar la formación continuada y el reciclaje de los profesionales que forman parte de la red del Instituto de Adicciones son:

1. La evaluación periódica de las necesidades de formación del personal del Instituto de Adicciones y la propuesta y organización, en colaboración con los servicios municipales implicados, del Plan de Formación Interna del I.A.
2. El apoyo a la participación del personal del Instituto de Adicciones en acciones formativas desarrolladas desde otros ámbitos (universitario, sociedades científicas, ONG, etc.)
3. Actuaciones dirigidas a promover la actualización y el intercambio entre los profesionales del Instituto de Adicciones y facilitar la difusión de buenas prácticas.

#### **11.4. Investigación.**

---

La investigación científica, entendida como la búsqueda de conocimientos o de soluciones a problemas de carácter científico, es un elemento dinamizador y básico en el progreso y la evolución de las actividades sanitarias.

Las drogodependencias constituyen un problema sanitario complejo y su estudio requiere una concepción transversal y multidisciplinar, siendo la investigación una herramienta esencial en toda política sobre drogas, y la base de nuevos conocimientos para comprender mejor el fenómeno de las adicciones, con el objetivo de facilitar el abordaje científico del problema.

El Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid, alineándose con las recomendaciones de la Estrategia europea en materia de drogas y el Plan Nacional sobre Drogas, incluye, entre sus objetivos, potenciar la investigación en los diversos ámbitos de intervención en materia de adicciones, considerando de forma especial las nuevas adicciones.

La integración de la investigación en la práctica garantiza una mayor calidad de los servicios y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluyendo las adicciones, como parte de un problema de Salud Pública.

La investigación en el campo de las adicciones en la ciudad de Madrid deberá tener presente las líneas prioritarias definidas por la OMS, Unión Europea, y el Plan Nacional sobre Drogas.

Las actividades previstas por el Instituto de Adicciones para potenciar e impulsar la investigación son:

1. Sensibilización del personal del Instituto de Adicciones acerca de la importancia de la investigación y oferta de la formación necesaria en este ámbito.
2. Potenciación y apoyo a los proyectos de investigación aplicada en los centros y servicios del I.A.
3. Colaboración con las instituciones, universidades, colegios profesionales, sociedades científicas u otras entidades que desarrollen actividades de investigación en el ámbito de las adicciones.
4. Realización de estudios de carácter bianual que aproximen a la realidad cambiante de las adicciones en la ciudad de Madrid. Se potenciará la investigación sobre las nuevas adicciones.
5. Creación, al final del periodo de vigencia del presente Plan, de un Centro de Investigación en Adicciones.

## 11.5. Mejora de la comunicación.

---

El Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid, apuesta por la mejora de la comunicación y la incluye entre sus objetivos con el fin de garantizar la calidad de sus intervenciones, entendiendo ésta como una actividad consustancial a la vida de la organización.

En la búsqueda de la “Calidad Total”, la comunicación aparece como un elemento fundamental de partida, convirtiéndose en una herramienta que facilita el logro de los objetivos estratégicos y contribuye a la mejora de la calidad de los servicios.

La comunicación externa actúa como un instrumento de promoción y de puesta en valor, facilitando el conocimiento de los servicios y actividades del Plan por parte de los ciudadanos, permitiéndoles, de este modo, valorar los servicios ofrecidos por el I.A. La finalidad última es contribuir a mejorar la sociedad y rendir cuentas de la acción pública a la ciudadanía, lo que contribuye a garantizar el compromiso de transparencia. Entendiendo que en las sociedades democráticas avanzadas la integración del ciudadano (en tanto que sujeto de pleno derecho y usuario potencial o real) debe de estar presente en todas las fases del desarrollo de la intervención pública.

Las acciones específicas que el Plan contempla en esta área son:

1. Desarrollo de una línea estratégica de comunicación del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid que facilite el conocimiento de los servicios por parte de los ciudadanos, el acceso a los mismos y su participación.

2. Difusión de la documentación técnica elaborada por el I.A.
3. Fomento de la utilización de las tecnologías de la información y las comunicaciones, como elementos de mejora esenciales en la prestación de los servicios y en las interrelaciones con los ciudadanos.

## 11.6. Mejora continua de la Calidad.

---

El Instituto de Adicciones, en coherencia con las líneas estratégicas que, en este ámbito, se plantea Madrid Salud y el Gobierno de la Ciudad, promueve la calidad en todos los niveles de la organización, y tiene, entre sus objetivos básicos de gestión, la apuesta por un servicio excelente, basado en la “Calidad Total”, el enfoque en los ciudadanos y el desarrollo profesional de sus trabajadores.

El nuevo Plan estratégico recoge las principales acciones que integran el *Plan de Mejora Continua de Madrid Salud*:

1. Evaluación continua y ampliación del sistema de Cartas de Servicio del I.A., como expresión del compromiso con los ciudadanos.
2. Realización de estudios y encuestas de satisfacción de usuarios de los servicios, de forma que permitan identificar posibles puntos susceptibles de mejora.
3. Colaboración activa con el Sistema de Sugerencias y Reclamaciones de Madrid Salud, como vía de participación de los ciudadanos.
4. Realización de estudios de clima laboral entre los trabajadores del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid e implementar las acciones de mejora necesarias.
5. Sensibilización del personal del Instituto de Adicciones y fomento de su implicación en los compromisos y acciones de calidad.
6. Avance en la línea de gestión por procesos.
7. Elaboración de guías clínicas y protocolos como elemento de mejora de la calidad técnica en los servicios proporcionados por el Instituto de Adicciones.
8. Dotación a los CAD y al Servicio de Prevención de Adicciones PAD de las instalaciones y recursos materiales y humanos necesarios para poder llevar a cabo su actividad con agilidad y garantía de calidad.

## 11.7. Evaluación.

---

Siguiendo las propuestas de la “Estrategia Europea en materia de lucha contra la droga 2005-2012”, en este Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid, la evaluación constituye un instrumento imprescindible de análisis de la organización y de la eficacia de las intervenciones, que permite valorar los resultados y efectos alcanzados, facilitando la alineación de los recursos humanos, tecnológicos, financieros y organizacionales en la consecución de sus objetivos.

El Plan contempla la evaluación como una estrategia global, que da cobertura a todas las actuaciones que se desarrollan en los diferentes ámbitos (prevención,

asistencia y reinserción), teniendo en cuenta, así mismo, las líneas estratégicas que lo orientan, entre ellas la atención prioritaria a los colectivos más vulnerables, la perspectiva de género y la de multiculturalidad, con las dificultades y particularidades inherentes a cada una de ellas. Se basará en instrumentos y criterios metodológicamente adecuados que permitan la comparabilidad con otros.

El sistema de evaluación propuesto en este Plan, considera que la excelencia de las intervenciones, cuyos resultados queremos conocer, no es sólo una cuestión de proceso y resultado, sino que debe incluir, como parte importante del mismo, a los receptores de nuestras actividades, tanto a los usuarios directos como a la comunidad, ya que la idea de excelencia implica a todos.

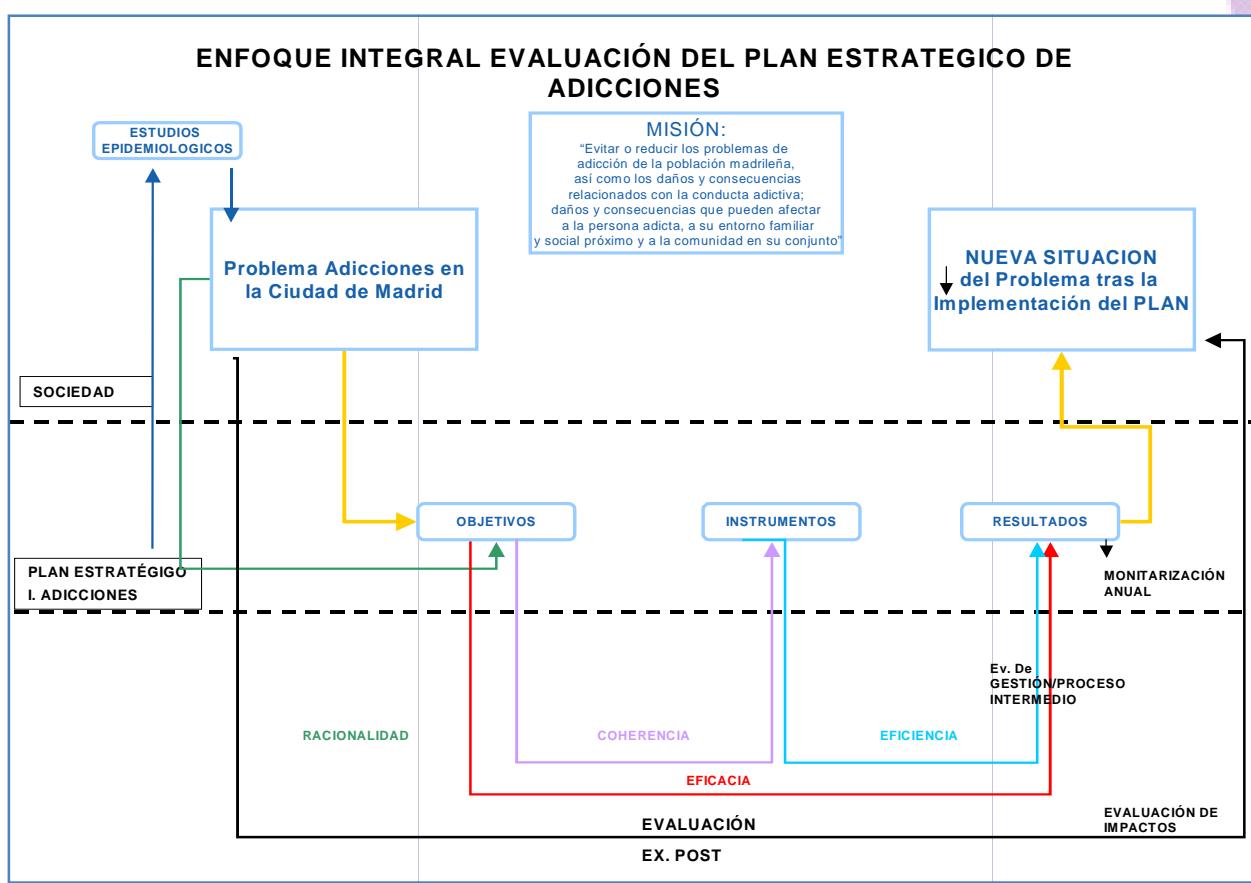
La legitimación de nuestra intervención estará refrendada en la medida en que consigamos que los usuarios perciban los recursos y actuaciones a ellos dirigidos como necesarios, adecuados e implementados de forma que garantice su propia valoración sobre los mismos.

La evaluación, así entendida, supone un potente instrumento de planificación que aporta información sobre el cumplimiento de los objetivos propuestos, su realización y su impacto, que fundamenta la toma de decisiones, siendo útil para realizar las correcciones necesarias en el desarrollo de las actuaciones en el periodo de vigencia del Plan y para el mantenimiento, o en su caso modificación, de los objetivos en función de los resultados obtenidos y de las necesidades detectadas en la cambiante realidad del fenómeno de las adicciones y las problemáticas que se le asocian. Asimismo, constituye un campo de interés prioritario para toda administración pública, al generar una cultura de evaluación que contribuye al mejor conocimiento del fenómeno y la toma eficaz de decisiones.

La cultura de la evaluación debe ser vista como parte de un proceso más amplio de institucionalización de esta función, vinculado necesariamente con la modernización y profesionalización de la Administración, la política y la propia sociedad, en busca de la calidad de los servicios. La ciudadanía demanda cada vez más servicios de calidad, información, rendición de cuentas..., promoviendo así la obligación, por parte de las instituciones públicas, de aumentar la transparencia y justificar la razón de ser de sus políticas y programas, lo que ayuda a fortalecer el sistema democrático.

#### **11.7.1. Sistema de evaluación del Plan Estratégico del Instituto de Adicciones.**

En el siguiente esquema se refleja el enfoque integral de evaluación del Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid:



El sistema de evaluación del Instituto de Adicciones permitirá:

- Generar información útil para la mejora del diseño, el proceso y los resultados.
- Contribuir al desarrollo organizativo del propio Instituto, al fomentar la capacidad de reflexionar evaluativamente entre todos los profesionales que intervienen en el Plan, asumiendo como propios tanto el proceso de evaluación como los resultados de la misma.
- Impulsar la cultura de evaluación en Madrid Salud, considerando que una organización que mantenga su capacidad de rendir cuentas, de ser transparente en su gestión, de evaluar su quehacer, será capaz de aprender tanto de sus aciertos como de sus errores.

Las acciones propuestas para el seguimiento y evaluación del Plan son:

1. Revisión y actualización permanente de los sistemas de recogida de información y los modelos de historia clínica, adaptándolos a las necesidades emergentes.
2. Establecimiento de un sistema de monitorización anual de los indicadores clave de proceso. La información que generarán permitirá identificar los puntos críticos en la aplicación de las intervenciones, detectar problemas y facilitar la toma de decisiones sobre las posibles acciones correctoras a emprender.

3. Establecimiento de un sistema de vigilancia, con carácter anual, de los principales indicadores epidemiológicos, para conocer: la prevalencia de consumo de las diferentes sustancias en la población, la magnitud y características de la población tratada por trastornos de dependencia o abuso de drogas en la Ciudad de Madrid, la morbilidad (patologías infecciosas y de otra naturaleza) que se asocia al consumo de drogas y la mortalidad derivada. El sistema estará articulado para informar sobre los fenómenos emergentes, poniendo especial énfasis en el conocimiento de las nuevas adicciones.
4. Establecimiento de un sistema periódico de recogida de información de la satisfacción de los usuarios y la percepción de los ciudadanos sobre nuestras intervenciones, con el objetivo de integrar la opinión de los mismos.
5. Realización de evaluaciones “*ad hoc*”, según las necesidades detectadas por la Dirección del Instituto.
6. Diseño, validación e implantación de un sistema de evaluación multidimensional en drogodependencias que facilite la intervención y la evaluación continua del proceso de atención integral desarrollado por el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid.
7. Diseño e implementación de un sistema de seguimiento tras el alta del paciente.
8. Realización, a la finalización del Plan, de una evaluación ex-post que abarque la totalidad del período de intervención, objetivos, procesos, resultados e impacto, a fin de obtener información válida para el diseño del siguiente Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid. La metodología de esta evaluación final estará condicionada por los recursos existentes y tendrá carácter mixto: profesionales del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, Unidad Técnica de Evaluación del Departamento de Evaluación y Calidad (DEC.) y evaluadores externos.
  - La evaluación se regirá por los siguientes criterios: coherencia, relevancia, eficacia, eficiencia e impacto.
  - También se incluirán en la misma, instrumentos que nos permitan conocer la opinión de los ciudadanos.

Características de la Evaluación ex post del Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid	
<b>Papel atribuido a la evaluación</b>	<b>Sumativa:</b> ofrecerá una visión global y final del Plan, haciendo una recapitulación del mismo.
<b>Fase del Plan a Evaluar</b>	<b>Diseño:</b> analizará y valorará el diseño y la conceptualización del programa.
	<b>Proceso o de implementación:</b> analizará y valorará la ejecución, la puesta en práctica, la gestión y el funcionamiento del programa
	<b>Resultados</b>
<b>Momento de la evaluación</b>	<b>Ex-postfacto:</b> cuando el programa ya se ha ejecutado
<b>Agente evaluador</b>	<b>Mixta:</b> evaluadores externos, responsables del programa y unidad técnica de evaluación
<b>Criterios de Evaluación</b>	<b>Coherencia, relevancia, eficacia, eficiencia, impacto</b>

La metodología de evaluación utilizará técnicas cuantitativas y cualitativas, seleccionando la más adecuada en cada momento.

Para los procesos de evaluaciones intermedias y “ad hoc”, se propone un modelo flexible con las siguientes características:

- **Contextualizado:** La evaluación responderá a un espacio social determinado, a un entramado institucional y a un periodo concreto.
- **Interactivo:** Los equipos responsables del programa y sus medidas serán sujetos activos de la evaluación. La Unidad Técnica de Evaluación del DEC, como responsable de la metodología evaluativa, asumirá el papel de facilitador.
- **Participativo:** Se tratará de favorecer y permitir que los diferentes colectivos implicados en el Plan (las partes interesadas) participen y se apropien de la evaluación y de sus resultados.

La Unidad Técnica de Evaluación del Departamento de Evaluación y Calidad de Madrid Salud, asumirá la coordinación metodológica de las evaluaciones internas realizadas junto con el personal del Instituto de Adicciones, la realización de los Análisis de Evaluabilidad que le sean solicitados y la asesoría en las posibles evaluaciones externas.



# 12 PRESUPUESTOS

## 12.1. Presupuesto del Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016.

Este último apartado presenta una aproximación a la dotación presupuestaria del Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016. Teniendo en cuenta tanto la perspectiva de control de la oferta de alcohol y otras drogas, como la prevención tanto inespecífica como específica, como la atención integral al problema de las adicciones englobando la asistencia y la reinserción, y todo ello, desde la perspectiva no sólo de las adicciones a sustancias, sino también del desarrollo de los compromisos establecidos en el presente Plan en materia de abuso o dependencia de carácter social, con especial implicación en el campo del abuso de las nuevas tecnologías de la información, la comunicación y el juego.

Dicho presupuesto se presenta desglosado para las principales funciones y funcionalidades del Plan, independientemente del Programa Presupuestario y el Órgano de Gestión del mismo en la siguiente tabla.

### Presupuesto 2011 del Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid y estimación para el período 2011-2016. En euros\*\*

CONCEPTO	Presupuesto (2011)	Estimación presupuesto (2011-2016) *
Control de la oferta de alcohol y otras sustancias con potencial adictivo	3.682.789	22.656.573
Prevención inespecífica y específica, en los distintos ámbitos de actuación	2.414.131	14.851.770
Asistencia a las adicciones	19.837.884	122.042.961
Reinserción socio-laboral del paciente adicto	4.259.304	26.203.302
Fomento de la participación del tercer sector	510.000	3.137.528
Políticas de calidad, formación, investigación y gestión	996.608	6.131.147
<b>Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016</b>	<b>31.700.716</b>	<b>195.023.282</b>

(\*) Los presupuestos referidos a los años 2012 a 2016 quedan supeditados a los presupuestos municipales que para dichos años sean aprobados por el Pleno de la Corporación.



---

## **ANEXOS**

---

### **PLAN DE ADICCIONES 2011-2016**

---



- **ANEXO 1: MARCO NORMATIVO**
- **ANEXO 2: ESTRUCTURA DEL INSTITUTO DE ADICCIONES DE LA CIUDAD DE MADRID**
  - El Organismo Autónomo Madrid Salud
  - Organización del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid
  - Centros y Servicios del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid
  - Descripción de la cartera de servicios de Prevención
  - Descripción de los servicios y recursos de apoyo al tratamiento y a la reinserción
  -
- **ANEXO 3: PARTICIPACIÓN EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE ADICCIONES**
  - Expertos Colaboradores
  - Estudio Delphi. Conclusiones
  - Talleres de la Jornada “Hacia un nuevo Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid. Resultados y conclusiones
  - Jornada de debate interna sobre los contenidos del nuevo Plan de Adicciones



---

# **ANEXO 1**

## **MARCO NORMATIVO**

---

El presente Plan de Adicciones se enmarca en los siguientes ámbitos normativos:

### **1. Ámbito europeo.**

---

El **Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea**<sup>1</sup> expresa la voluntad de: “...mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud humana. Dicha acción abarcará la lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas, apoyando la investigación de su etiología, de su transmisión y de su prevención, así como la información y la educación sanitarias.

*La Comunidad complementará la acción de los Estados miembros dirigida a reducir los daños a la salud producidos por las drogas, incluidas la información y la prevención.*”

Por otra parte, la **Estrategia Europea en materia de lucha contra la droga 2005–2012**<sup>2</sup> señala lo siguiente:

*“La naturaleza mundial del problema de la droga requiere planteamientos regionales, internacionales y multilaterales. Reconociendo el principio de la responsabilidad compartida, es preciso intensificar la coordinación y la cooperación, tanto bilateral (entre la Unión y países terceros) como en organizaciones y foros internacionales.*

*También requiere un esfuerzo global que incluye la actuación policial, la erradicación, la reducción de la demanda y medios de vida alternativos, y también iniciativas de desarrollo alternativas respaldadas por las comunidades locales. No es probable que estos programas sobre drogas en terceros países tengan éxito si no se abordan todos los elementos al mismo tiempo, con un mayor compromiso por parte de la Unión Europea y de los Estados miembros”.*

---

<sup>1</sup> (Art. 152 Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea de 1957).

<sup>2</sup> (5-29 Estrategia europea en materia de lucha contra la droga 2005-2012)

## **2. Ámbito nacional.**

---

A nivel nacional, es necesario hacer referencia a la **Constitución Española de 1978**, que, en su artículo 43 establece:

1. “Se reconoce el derecho a la protección de la salud.”
2. “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.”
3. “Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte.”
4. “Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.”

La **Ley 14/86** de 25 de abril, **General de Sanidad**, en su artículo 6, desarrolla este precepto constitucional expresando lo siguiente:

“Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:

1. A la promoción de la salud.
2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrolle estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.
5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.”

En el ámbito nacional, el referente institucional, desde su puesta en marcha en 1985, es el Plan Nacional sobre Drogas. Desde este marco, a través de las distintas estrategias nacionales impulsadas en estos años, se hace referencia a las competencias de las corporaciones locales en materia de drogodependencias, expresando que corresponde a la Administración Local, además de aquellas otras competencias que el ordenamiento jurídico les confiere, el desarrollo de las siguientes funciones:

1. El desarrollo de políticas específicas de prevención en materia de drogodependencias, fundamentalmente en el ámbito comunitario.
2. Procurar la integración social de los usuarios de drogas en base al desarrollo de planes de formación profesional y empleo.
3. Elaboración y puesta en marcha de medidas de limitación de la oferta y disponibilidad, fundamentalmente de drogas legales.
4. Ejecución de la función inspectora y de la potestad sancionadora, así como la cooperación de la policía local.
5. Coordinación de las intervenciones en materia de drogas a nivel local.

La **Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016**, recién aprobada, recoge la Coordinación como un “...principio básico para el correcto desarrollo de la Estrategia”, haciendo notar, en el marco del mismo, el papel importante de las

Administraciones Locales y el reconocimiento de que “...el éxito de una política general de drogas requiere de la cooperación de las Administraciones Locales...”

## 2.1. Control de la oferta y del consumo en lugares públicos.

Como instrumento para el control sobre la oferta, el Estado se ha dotado de un cuerpo normativo de carácter sancionador que busca cumplir con la doble finalidad de prevención general (evitar la comisión de las acciones prohibidas por su efecto disuasorio) y prevención especial (efecto de sanción para quienes incumplan la norma).

Dos son los ámbitos sancionadores: Ámbito Penal y Ámbito Administrativo

En el Ámbito Penal nos encontramos básicamente con dos normas:

**1. Código Penal** aprobado mediante Ley Orgánica 10/95 de 23 de noviembre, cuyo Título XVII, capítulo III regula los delitos contra la salud pública (artículos 359 a 378). En él se sanciona toda conducta que constituya actos de cultivo, elaboración o tráfico de drogas, o que suponga promover, favorecer o facilitar el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, así como la posesión con aquellos fines. Igualmente recoge medidas tendentes a facilitar la persecución de estos delitos y a garantizar eficacia en su investigación.

**2. Ley de Represión del Contrabando**, Ley Orgánica 12/95 de 12 de diciembre, que sanciona los actos que vulneran el resguardo fiscal del Estado (control aduanero de importaciones y exportaciones). En este sentido el artículo 2 del citado texto contempla como delito el contrabando de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas, así como de sustancias catalogadas como precursores. También sanciona esta Ley como delito de contrabando la entrada de labores de tabaco sin declarar a partir de un determinado importe económico.

En el Ámbito Administrativo encontramos:

**1.** La norma básica estatal en este ámbito es la **Ley Orgánica de Protección de la Seguridad Ciudadana**, Ley Orgánica 1/92 de 21 de febrero. Esta norma sanciona conductas relativas al consumo y tenencia de drogas tóxicas, estupefacientes y psicotrópicos en vía pública (art. 25); el consumo de estas sustancias en locales de ocio y espectáculos públicos, así como la tolerancia de dicho consumo por sus responsables (art. 24) y la venta de alcohol a menores en establecimientos públicos (art. 26).

**2.** Citar como norma instrumental básica la **Ley de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad**, Ley Orgánica 2/86 de 13 de marzo, reguladora del sistema público de seguridad. Esta norma establece el marco competencial de los cuerpos policiales del cual cabe deducir como una más de sus misiones la persecución del tráfico de drogas y de aquellas actividades vinculadas al mismo o a su consumo que puedan afectar a la seguridad ciudadana.

### **3. Ámbito autonómico.**

---

La Ley 12/2001 de 21 de diciembre, **de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid**, en su artículo 139, recoge lo siguiente respecto de la delegación de competencias a las Corporaciones Locales:

1. *Las Corporaciones Locales podrán recibir competencias delegadas de la Consejería de Sanidad, siempre que acrediten poder ejecutar plenamente las funciones que en materia de salud les asigne como competencia propia la legislación vigente y obtengan la acreditación para tales competencias en el modo que reglamentariamente se determine.*
2. *Dichas competencias solo podrán ser delegadas cuando se cumpla el principio de responsabilidad financiera y se asuman los resultados económicos de su gestión, de acuerdo con el principio de autonomía municipal.”*

Por su parte, la Ley 5/2002 de 27 de junio, **sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos** establece en su artículo 45, la siguiente referencia a las competencias de las corporaciones locales:

*Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye y en el marco de las mismas, corresponde a los Ayuntamientos de la Comunidad de Madrid, en su ámbito territorial:*

1. *La determinación de los criterios que regulen la localización, distancia y requisitos que deberán reunir los establecimientos donde se suministre, venda, dispense o consuman bebidas alcohólicas y tabaco, así como la vigilancia y control de los mismos.*
2. *El otorgamiento de la licencia de apertura y, en su caso, de funcionamiento, a los establecimientos mencionados en el apartado anterior.*
3. *Velar, en el marco de sus competencias, por el cumplimiento de las diferentes medidas de control que establece el Título III de la presente Ley, especialmente en las dependencias municipales.*
4. *Adoptar las medidas cautelares dirigidas a asegurar el cumplimiento de lo establecido en esta Ley.”*
5. *Además de las señaladas en el punto anterior, para los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes de hecho o derecho, establece las siguientes competencias y responsabilidades mínimas.*
6. *La aprobación y ejecución del Plan Municipal sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos, elaborado en coordinación y de conformidad con los criterios establecidos por el Organismo regional competente en materia de drogodependencias, y lo regulado en la presente Ley.*
7. *La ejecución de los programas de prevención que se desarrolle exclusivamente en el ámbito de su municipio.*
8. *El fomento de la participación social y el apoyo a las instituciones sin ánimo de lucro que en el municipio desarrollen las actuaciones previstas en el Plan Municipal sobre Drogodependencias”.*

En lo referente a la financiación, la misma Ley, en su artículo 48, establece lo siguiente para las Corporaciones Locales:

1. Los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes que deseen obtener financiación de los presupuestos de la Comunidad Autónoma para el desarrollo de las actuaciones de su competencia que establece esta Ley, estarán obligados a disponer de un Plan Municipal o Local sobre Drogodependencias, convenientemente aprobado, y a consignar en sus respectivos presupuestos, de forma claramente diferenciada, los créditos específicos destinados a esta finalidad.
2. La financiación que la Comunidad de Madrid destine a las Corporaciones Locales estará en función del programa y objetivos que hayan presentado previamente a la Consejería de Sanidad, del grado de ejecución del presupuesto anterior y, en todo caso, el criterio preferente de financiación de actuaciones será proporcional al esfuerzo presupuestario hacia dichos programas y objetivos por parte de la corporación local.
3. La Comunidad Autónoma podrá establecer con las Mancomunidades y los Ayuntamientos convenios de colaboración que regulen la financiación y características que deban reunir los Planes Municipales o Locales sobre Drogodependencias.”

Así mismo, la Ley 5/2002 sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos hace referencia en su artículo 44 al órgano competente para esta materia: La Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Y es el Plan Estratégico de este organismo autónomo el que recoge la siguiente referencia:

1. “En la Comunidad de Madrid, los ayuntamientos tienen también capacidad para elaborar políticas específicas de prevención, asistencia y reinserción en materia de drogodependencias, y disponen igualmente de competencias en materia de inspección y, en algún supuesto, aplicación de las sanciones previstas en la Ley 5/2002”.

Control de la oferta y consumo en lugares públicos: Por último la Ley 5/2002 sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos dedica su Título III, artículos 27 a 40 a regular medidas de control de la oferta, en las que se incluyen prohibiciones claras como pueden ser el consumo de alcohol en vía y lugares públicos, la prohibición de venta de alcohol a menores de 18 años y el acceso de estos a establecimientos donde se consuma, entre otras.

#### **4. Ámbito local.**

---

La primera referencia normativa del Ayuntamiento de Madrid en materia de drogodependencias la encontramos en la creación de la “Comisión Antidroga” el 31 de julio de 1987. Dicha Comisión, presidida por el Excmo. Sr. Alcalde, estaba integrada por representantes de todos los grupos políticos con representación municipal y tenía como finalidad la elaboración de un diagnóstico de la situación de las drogodependencias en la Ciudad de Madrid y la formulación de medidas para hacer frente a la misma. En el seno de esta Comisión se realizaron los primeros trabajos para la elaboración del Documento Marco del **Plan Municipal contra las**

**Drogas**, que fue finalmente **aprobado en un Pleno** extraordinario **el 6 de mayo de 1988**.

Este Plan, ha estado vigente hasta la actualidad, si bien ha sido objeto de revisiones y actualizaciones con objeto de adecuar las actuaciones en materia de drogodependencias a las necesidades cambiantes que se han ido produciendo a lo largo de todos estos años.

En noviembre de 2004 el Pleno Municipal aprobó los **estatutos del “Organismo Autónomo Madrid-Salud”** en cuya estructura se incardina el **“Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid”**. En enero de 2005 comienza la actividad del Instituto heredero de las competencias del Plan Municipal contra las Drogas y de los recursos de éste.

Madrid Salud queda definido como un organismo autónomo dotado de personalidad jurídica pública diferenciada, patrimonio propio y autonomía de gestión para el cumplimiento de sus fines. Este organismo está adscrito a la actual Área de Gobierno de Seguridad y Movilidad.

Según se describe en sus estatutos, el Organismo Autónomo Madrid Salud:

1. *“...tiene como finalidad la gestión de las políticas municipales en materias de Salud Pública y Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, dentro del término municipal de Madrid”.*
2. *“Bajo el término “Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos” se engloban las actuaciones municipales referentes a asistencia, prevención, reinserción y evaluación en el campo de las adicciones, la formación e investigación en estos ámbitos y cuantas otras actuaciones puedan corresponder al Organismo para la consecución de sus fines”.*
3. *“...incorporará y dirigirá...el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid...”.*

---

## **ANEXO 2**

### **ESTRUCTURA DEL INSTITUTO DE ADICCIONES DE LA CIUDAD DE MADRID**

---

#### **2.1. El Organismo Autónomo Madrid Salud.**

---

Según consta en sus Estatutos, Madrid Salud es un Organismo Autónomo dotado de personalidad jurídica pública diferenciada, patrimonio propio y autonomía de gestión para el cumplimiento de sus fines.

Madrid Salud tiene como finalidad la gestión de las políticas municipales en materia de Salud Pública y Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, dentro del término municipal de Madrid.

Entre las competencias de Madrid Salud en materia de Adicciones se señalan la “Coordinación y relaciones institucionales en representación del Ayuntamiento de Madrid con los Organismos e Instituciones competentes en materias de Salud Pública y de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos a nivel local, autonómico, nacional e internacional”.

La actual estructura administrativa de Madrid Salud comprende, además de la Dirección General de Servicios Administrativos, que da cobertura a todo el Organismo Autónomo, dos Institutos, el Instituto de Salud Pública y el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, del que dependen todas las actuaciones en materia de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. Además, Madrid Salud cuenta con un Departamento de Evaluación y Calidad y una Unidad Técnica de Comunicación, que dan cobertura a todo el Organismo.

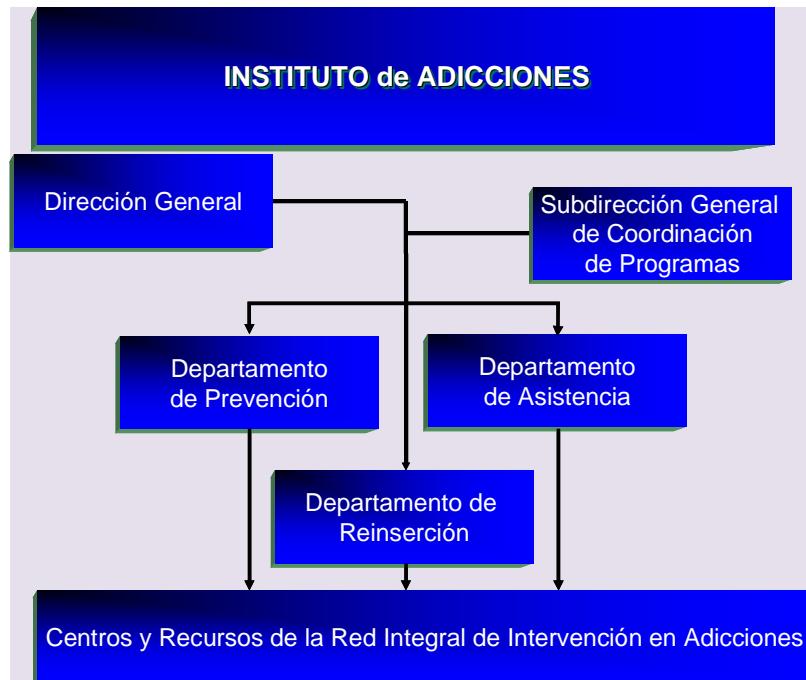
## Organigrama de Madrid Salud



## 2.2. Organización del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid

Para el desarrollo de sus funciones el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid se organiza según el siguiente organigrama:

Organigrama del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid



La coordinación interna del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid se realiza en torno a espacios de trabajo permanentes entre las distintas unidades y niveles de la Organización:

- Espacios de coordinación Dirección – Departamentos
- Espacios Interdepartamentales
- Espacios de coordinación entre los diferentes “Servicios Centrales” (Dirección, Subdirección, Departamentos) y los Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD y CCAD)
- Espacios de coordinación Inter-CAD
- Espacios de coordinación entre los diferentes niveles de la organización y las entidades externas, que gestionan los programas y servicios que forman parte de la Red del Instituto de Adicciones.

Además de los espacios de coordinación permanentes y reglados, existe la posibilidad de articular grupos de trabajo, formados por profesionales pertenecientes a los diversos niveles de la organización, para el desarrollo de tareas sobre temas concretos, más o menos puntuales: Desarrollo de acciones de mejora dentro del Plan de Calidad del Instituto, diseño de programas o de protocolos de actuación, preparación de documentación técnica, desarrollo de ponencias o de tareas docentes, investigaciones, publicaciones, etc.

### **2.3. Centros y servicios del Instituto de Adicciones.**

---

El Instituto de Adicciones cuenta en la actualidad con una amplia Red de centros, servicios y recursos de apoyo a la prevención, al tratamiento y a la reinserción en drogodependencias, ya sean éstos de gestión propia o bien de gestión indirecta, a través de contratos o convenios con distintas empresas, entidades y organizaciones no gubernamentales.

Se detallan a continuación los centros y servicios que forman parte de la Red.

Servicios y recursos de Prevención	<ul style="list-style-type: none"><li>● Servicio de Prevención de las Adicciones (PAD):<ul style="list-style-type: none"><li>- Programas de prevención en contextos educativos.</li><li>- Servicio de Orientación Familiar.</li><li>- Formación para grupos de padres y/o familias.</li><li>- Formación a Mediadores y Agentes de Salud.</li><li>- Intervención con entidades comunitarias.</li><li>- Intervención con adolescentes y jóvenes de riesgo.</li></ul></li><li>● Programa de fomento de los factores de protección.</li><li>● Programa de intervención en universidades.</li><li>● Programa de prevención para el tiempo de ocio.</li><li>● Programa de prevención en el ámbito laboral.</li><li>● Programa de gestión del riesgo.</li></ul>
------------------------------------	--

Centros ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros Ambulatorios de Atención a las Drogodependencias (CAD y CCAD)           <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 centros municipales</li> <li>- 4 centros concertados y gestionados por:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cruz Roja Española (2)</li> <li>• Cáritas Madrid (1)</li> <li>• Proyecto Hombre (1)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
Comunidades Terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 123 plazas concertadas en comunidades terapéuticas.</li> </ul>
Recursos convivenciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 48 plazas en recursos convivenciales de apoyo al tratamiento (15 de ellas para personas alcohólicas sin hogar).</li> <li>• 60 plazas en recursos convivenciales de apoyo a la reinserción.</li> <li>• 5 plazas en recursos convivenciales de autogestión.</li> <li>• 12 plazas en recurso convivencial de reinserción para pacientes con patología dual.</li> </ul>
Equipos móviles y de reducción del daño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Unidad Móvil de Reducción del Daño (Madroño).</li> <li>• 3 unidades móviles de dispensación de metadona</li> <li>• Centro de Atención Básica Sociosanitaria para Drogodependientes</li> </ul>
Unidades hospitalarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad hospitalaria de desintoxicación de alcohol con capacidad para 2 plazas.</li> <li>• Unidad hospitalaria de patología dual, con capacidad para 20 plazas.</li> <li>• Centro de Día de Patología Dual con capacidad para 20 plazas</li> </ul>
Farmacia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de farmacia para elaboración y distribución de sustitutivos opiáceos.</li> <li>• 220 plazas de dispensación de metadona en oficinas de farmacia.</li> </ul>
Servicios y recursos para colectivos con necesidades especiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Centros de Día con capacidad total de 55 plazas.</li> <li>• Servicio de atención a ciudadanos extranjeros con problemas de abuso o dependencia de alcohol o de otras drogas (ISTMO).</li> </ul>
Servicios de capacitación profesional y empleo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de orientación laboral (SOL).</li> <li>• Taller de capacitación laboral en carpintería y restauración con capacidad para 12 plazas.</li> <li>• Taller de arte terapia con capacidad de 16 plazas</li> <li>• 2 talleres de capacitación laboral para jóvenes (electricidad y mecánica de motos) con capacidad total de 30 plazas.</li> </ul>

Servicios de mediación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de intervención en drogodependencias en los Juzgados de Guardia de Madrid.</li> <li>• Programa de mediación comunitaria.</li> </ul>
Otros programas comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de desarrollo integral del voluntariado y de apoyo a la familia.</li> <li>• programa de apoyo al movimiento asociativo.</li> </ul>

## 2.4. Descripción de la cartera de servicios de Prevención.

---

### 2.4.1. Cartera de programas del ámbito educativo

Las principales actuaciones llevadas a cabo en este ámbito se concretan en tres tipos de programas:

- Programa de prevención de drogodependencias en contextos educativos “Prevenir en Madrid”
- Programa de fomento de los factores de protección.
- Programa de intervención en universidades.

#### A.- Programa de prevención de drogodependencias en contextos educativos “Prevenir en Madrid”

Este programa ha sido galardonado en 2005 con la Mención de Honor en los Premios Reina Sofía contra Las Drogas, convocados por la Fundación CREFAT, en la modalidad de Prevención en el ámbito educativo y comunitario.

Se trata de un programa dirigido a los alumnos de Educación Primaria, Educación Secundaria y Bachillerato, que utiliza una metodología participativa basada en el aprendizaje cooperativo. Proporciona diferentes materiales escritos y audiovisuales para ser aplicados en el aula, adaptados a cada nivel formativo.

Sus objetivos principales son:

- Capacitar al profesorado para desarrollar una adecuada intervención preventiva en el contexto educativo.
- Mejorar el vínculo del alumno con la escuela, como una de las principales condiciones protectoras contra las conductas de consumo de drogas.
- Incrementar la capacidad de resolución de conflictos en situaciones de riesgo, así como las habilidades de resistencia a las presiones sociales que a ellos conducen.
- Contribuir a mejorar la calidad de la vida en la escuela.

Sus características básicas innovadoras respecto a otros programas son:

- Su capacidad para contribuir a mejorar la calidad de la vida en la escuela.
- El hecho de que no sea necesario que el profesorado sea “experto” en drogodependencias para llevarlo a cabo.

Se desarrolla según cinco modalidades con distintos niveles de exigencia o compromiso:

### **Programa de Formación del Profesorado en activo**

A través de un programa de formación conjunto entre el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid y la Facultad de Psicología, de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), los profesores en activo, pueden acceder a un Curso de Experto con acreditación de *Título Propio* de la UCM, así como la obtención de créditos para la currícula.

El curso consta de un módulo teórico y un módulo de aplicación práctica en el aula, tutelados por el equipo técnico de prevención, que se responsabiliza del seguimiento de la aplicación, así como de mantener una tutoría continua con aquellos profesores que lo deseen o soliciten puntualmente. Este seguimiento tiene como objetivo asegurar la correcta aplicación de los cinco módulos que componen el programa y garantizar, por tanto, su eficacia preventiva.

### **Programa de Formación de los Alumnos de las Escuelas de Formación de Profesorado (Enseñanza Primaria)**

Dirigido a los alumnos de las Escuelas de Magisterio que, en el marco de una asignatura de su currícula, desean formarse en prevención de drogodependencias, a través del programa “Prevenir en Madrid”.

Ambos proyectos determinan la formación de los futuros profesores a través de la asignatura “Nuevas Tecnologías”, lo que permite que la materia impartida pueda ser evaluada como una parte más de la asignatura. Se realiza una formación especializada de los futuros maestros de enseñanza primaria, que permite la aplicación de los módulos del programa durante el “prácticum” (prácticas de los futuros profesores en centros de enseñanza).

### **Programa de Formación del Profesorado en el Centro Educativo**

Dirigido a aquellos profesores que desean formarse en prevención de drogodependencias a través del programa “Prevenir en Madrid” y demandan un diseño más adaptado a sus necesidades, tanto en la selección de los módulos, como en la duración de los mismos. Para ello, el Departamento de Prevención diseña una aplicación a medida, que analiza las principales necesidades de cada solicitud y elabora una propuesta acorde con las expectativas y necesidades concretas de cada centro.

Esta modalidad tiene como requisito la formación previa del profesor y la aplicación práctica en el aula con la colaboración y bajo la supervisión del técnico responsable de prevención que se haya encargado de la formación.

## **Programa de Intervención Directa en el Aula**

Con el fin de garantizar el cumplimiento de objetivos en el corto plazo y dirigido fundamentalmente a aquellos centros educativos que demandan una intervención concreta, se aplica el programa en su totalidad o en los módulos que consideren pertinentes, tanto los dirigidos al profesorado como al alumnado.

### **B.- Programa de fomento de los factores de protección**

Se incorporan bajo esta denominación un conjunto de actividades “extracurriculares”, con carácter puntual, organizadas en función de las demandas y necesidades de los centros educativos y del grupo de alumnos seleccionado.

Objetivos:

- Potenciar los factores de protección ligados al sistema educativo y, en concreto, el grado de participación en actividades complementarias que estimulen el desarrollo de aficiones saludables.
- Vincular a la escuela en general, y al profesorado en particular, a las actividades preventivas, de manera que se incorporen de forma paulatina a intervenciones de mayor exigencia y, por lo tanto, de mayor eficacia preventiva.

Estas actividades se programan en función de las necesidades y características de cada centro y, en concreto, de cada solicitud recibida, pudiendo agruparse en las siguientes modalidades:

- Actuaciones puntuales de información y sensibilización.
- Intervenciones con grupos escolares de especial riesgo.
- Aplicación de unidades, módulos o programas de prevención de drogodependencias diseñados a demanda de la necesidad detectada en cada centro educativo, en los que se trabaja de una manera sistemática los factores de riesgo y los factores de protección para el consumo de drogas.

A través del trabajo con el profesorado y/o con los alumnos, mediante un sistema adaptado al nivel de exigencia, se consigue dotar al programa de una mayor flexibilidad y capacidad de adaptación a las demandas y necesidades de cada centro.

### **C.- Programa de intervención en universidades**

La universidad, como parte del tejido social, debe favorecer y apoyar todas aquellas acciones que tengan como objetivo la educación para la salud desde una doble vertiente: como población objeto de intervención en sí misma, y como agentes preventivos que desarrollarán en un futuro su labor en diferentes sectores, convirtiéndose en referentes de la sociedad en la que viven.

Se interviene considerando que cada facultad y cada colectivo (alumnos, docentes y PAS), presenta una problemática diferente y requiere de acciones ajustadas a su realidad.

Además, se trabaja con otras instituciones del entorno próximo como colegios mayores, bibliotecas, locales de ocio, etc., por ser lugares de encuentro y catalizadores de actividades en esta población.

Como principales objetivos de este programa destacamos:

- Identificar las necesidades y demandas, que desde la universidad se planteen, en materia preventiva.
- Captar y formar a figuras significativas (líderes juveniles, profesores, técnicos, etc.) como agentes de prevención.
- Asesorar, en materia de prevención y reducción del riesgo, a cualquier universitario que lo solicite.

Entre las acciones que se desarrollan en el marco de este programa destacan:

- Actuaciones de sensibilización a través de sesiones informativas, foro virtual, puntos de información, participación en eventos lúdicos, etc.
- Actuaciones formativas en materia preventiva.
- Participación en proyectos comunes con asociaciones universitarias.
- Presencia en todos aquellos servicios de información de la Universidad, con el fin de dar a conocer las actuaciones y servicios prestados desde el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid.
- Atención y asesoramiento individual.
- Actividades dirigidas específicamente a la gestión del riesgo en contextos universitarios de consumo activo.
- Edición de materiales de formación, información y difusión diseñados específicamente para este colectivo, (folletos, carteles, etc.)

#### **2.4.2. Cartera de programas del ámbito familiar**

- a).- Servicio de Orientación Familiar para la prevención de Adicciones.
- b).- Aula de Formación para grupos de padres y/o familias

##### **a.- Servicio de Orientación Familiar para la prevención de Adicciones.**

Este servicio pone a disposición de las familias madrileñas un espacio personalizado en el que, profesionales expertos en prevención e intervención familiar, ofrecen orientación, criterios y pautas de actuación en materia de prevención de drogodependencias.

El servicio se presta a través de las siguientes modalidades: Telefónica, presencial y a través de Internet. Desde todas las modalidades se ofrece:

- Orientación y pautas generales de prevención en el ámbito familiar.
- Información sobre recursos preventivos y asistenciales y motivación para su utilización.
- Orientación sobre características de la adolescencia.

- Valoración y orientación sobre trastornos adictivos.
- Información sobre sustancias adictivas.

**Atención telefónica:** permite una fácil y cómoda accesibilidad, así como confidencialidad e inmediatez en la atención. Al servicio telefónico se accede a través del número telefónico **91 - 365 92 00**.

Frente a otros servicios telefónicos del sector de las drogodependencias, la línea telefónica del Servicio de Orientación Familiar, se caracteriza por ofrecer algo más que información. Consiste, en realidad, en una consulta realizada a distancia, que combina una intervención personalizada, realizada por profesionales expertos en drogodependencias y en intervención familiar, con una atención inmediata, confidencial y de fácil accesibilidad.

**Atención presencial:** Los familiares son atendidos personalmente por profesionales especializados, a través de consulta concertada mediante la línea telefónica o por derivación desde otros profesionales de la red de atención a las drogodependencias. Con el objetivo de aproximar los recursos al ciudadano, se ha puesto en marcha una modalidad, denominada **Servicio de Orientación Familiar Móvil**, en la que se complementa la prestación del servicio de orientación familiar en su sede central con una oferta concertada de atención individualizada en consulta, que se ubica según la demanda recogida en los distintos centros y recursos socio-sanitarios de los 21 distritos.

**Atención a través de Internet:** Esta nueva modalidad que se pone en marcha es el resultado de la adaptación del sistema de consulta tradicional a las nuevas tecnologías y supone un medio facilitador de los mecanismos de captación del servicio y de mejora de la accesibilidad.

Esta modalidad permite dar una continuidad a la atención profesional, facilitando el seguimiento de los casos y las intervenciones que se han iniciado a través de la consulta presencial. De esta manera y siempre a través de un sistema de claves que garantice la confidencialidad, se facilita una relación profesional en la que la frecuencia la establece la propia necesidad de cada usuario.

Este sistema se complementa con el acceso a través de correo electrónico; así como con un sistema de gestión de agendas que permite acceder a “cita previa”, lo que mejora la accesibilidad del servicio.

## b.- Formación para grupos de padres y/o familias

### Sesiones Informativas para familias

Los principales objetivos que persigue esta modalidad de intervención son:

- Dar a conocer y difundir los recursos y programas que ofrece el Instituto de Adicciones en materia preventiva, y de forma especial el Servicio de Prevención de Adicciones (PAD).
- Ubicar y dar a conocer las principales funciones del Técnico de Prevención del Distrito.

- Dar a conocer las acciones preventivas que se están desarrollando con sus hijos, en el caso de tratarse de grupo de padres de alumnos (AMPA).
- Ofertar al grupo los contenidos de distintas sesiones formativas a fin de motivar y lograr el compromiso para desarrollar otras sesiones formativas de mayor calado y continuidad preventiva.
- Detectar y captar situaciones familiares susceptibles de ser orientadas desde el Servicio de Prevención de Adicciones (PAD).

### **Sesiones formativas para familias**

El Departamento de Prevención realiza cursos o sesiones formativas para grupos de familias adaptados a las demandas y necesidades de cada grupo, en un marco de educación para la salud, con los que se persiguen objetivos como los siguientes:

- Identificar factores de riesgo y protección frente al consumo de drogas.
- Acercar a las familias estrategias preventivas: afectivas, comunicativas, organizativas y participativas.
- Dar a conocer las formas y modos de participar en la comunidad.
- Analizar como abordar el problema de consumo de sustancias en la familia.
- Dar a conocer a las familias madrileñas la existencia de un servicio específico (PAD) para orientarles sobre como actuar para prevenir o evitar los problemas de consumo de drogas entre sus hijos.

Está actividad está en permanente coordinación con el servicio de Prevención de Adicciones (PAD) que intervendrá, en caso necesario, para resolver a nivel unifamiliar las dudas que se generen y ampliará la información recibida a través de consultas personalizadas.

Los colectivos con los que con mayor frecuencia se desarrolla este tipo de prevención grupal son las Asociaciones de Padres de alumnos (AMPAS), grupos de familias pertenecientes al tejido asociativo (ONG y otras entidades) y otros grupos de familias que son seleccionados por presentar unas características de mayor vulnerabilidad y especial riesgo.

Los módulos que componen la formación se concretan en los siguientes:

- Conceptos básicos en prevención de adicciones.
- La prevención de adicciones desde la familia: factores de riesgo y protección.
- Comunicación.
- Afectividad.
- Normas y Límites.
- Conceptos básicos en Adicciones.
- Ocio y Tiempo Libre.
- Qué hacer ante una situación de consumo de drogas.
- Uso adecuado de las nuevas tecnologías.

### **2.4.3. Cartera de programas del ámbito comunitario**

En el entorno comunitario se desarrollan cuatro tipos de intervenciones:

- a).- Formación para Mediadores y Agentes de Salud.
- b).- Intervención con entidades comunitarias.
- c).- Programa de prevención para el tiempo de ocio.
- d).- Programa de prevención en el ámbito laboral.

### **a).- Formación a Mediadores y Agentes de Salud.**

Cuando se interviene con adolescentes y jóvenes para frenar y/o evitar cualquier tipo de conducta desadaptativa, la exposición a mensajes cruzados, máximo cuando en ocasiones son, además, contradictorios, anula la eficacia de las intervenciones preventivas, al restar credibilidad a las mismas. De aquí la importancia de que todos los agentes sociales que intervienen en programas de prevención comunitaria, alcancen un discurso común, fruto de la formación y del consenso.

En el Instituto de Adicciones se diseñan foros de trabajo y formación dirigidos a los miembros del tejido social que trabajan en la prevención del consumo de drogas; en el marco de los cuales se imparte un Programa de Formación para Mediadores Sociales que consta de un total de 16 módulos. Los contenidos que se desarrollan en las diferentes sesiones de formación se pactan con el grueso del alumnado, en función de sus intereses prioritarios; así como del número total de horas disponibles para efectuar la formación. Entre los módulos que están presentes de forma constante en todos los cursos que se imparten desde el departamento de prevención, destacan: educación para la salud, actuación en prevención individual y grupal; educación para el ocio y tiempo libre, educación sobre el consumo e información sobre los recursos de prevención y de la red asistencial.

El programa, una vez adaptado a las necesidades de cada grupo concreto, trabaja las diferentes unidades temáticas, tanto desde sus aspectos teóricos como desde el punto de vista práctico, a través de sesiones de trabajo grupal.

### **b.)- Intervención con entidades comunitarias**

Programa dirigido a mejorar el conocimiento y la colaboración del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, con las entidades y agentes comunitarios en cada uno de los 21 distritos de la ciudad.

Se promueven y se colabora en proyectos comunitarios dirigidos a colectivos de especial riesgo. Como elemento clave para la planificación e implementación de las actuaciones, se trabaja, siempre que sea posible, desde los foros y plataformas de coordinación existentes en los distritos.

Las estrategias de intervención se unifican según los siguientes criterios:

- Elaboración y actualización del Mapa de Recursos por distrito.
- Elaboración y actualización de un Mapa de Zonas de Riesgo.
- Contacto con las entidades públicas y privadas de cada distrito.

- Participación en todos aquellos foros de coordinación de proyectos distritales dirigidos a menores, adolescentes y jóvenes.
- Asesoramiento a las entidades que trabajan con jóvenes en materia de prevención de adicciones.
- Participación en proyectos comunitarios, encaminados a disminuir la influencia de los factores de riesgo en la población joven.

### c).- Programa de prevención para el tiempo de ocio.

El tiempo de ocio es un importante espacio desde el cual desarrollar actuaciones dirigidas a la prevención de los consumos de drogas, que puede ser trabajado desde los distintos ámbitos: escolar, familiar, asociativo, etc.

Educar para y en el ocio desde edades tempranas en cualquiera de los ámbitos mencionados es una excelente estrategia en la prevención del consumo de drogas. El fomento y la promoción de intereses y aficiones en las personas desde la primera infancia y su consolidación posterior, a través del tiempo, contribuyen a sedimentar un bagaje de conductas saludables que suponen una importante alternativa, ante la presión que ejerce una cultura de ocio consumista, incluido el consumo de drogas.

Para algunos estudiosos del tema, el entorno macrosocial y la predisposición sociocultural en relación con el consumo influyen en los estilos de vida y, en concreto, en los estilos de ocupación del ocio y del tiempo libre de los jóvenes, condicionando la selección de unas actividades de diversión en las que el consumo de drogas tiene un espacio establecido, tolerado y aceptado.

El programa se articula a partir de la oferta de un conjunto de actividades de carácter lúdico o deportivo, que se realizan en instalaciones municipales, y adecuan su horario a los sábados y domingos como días libres en los que se expresa la máxima necesidad de este tipo de actividades.

El Programa incorpora estrategias distintas en función del grupo de edad o colectivo al que se dirige:

**Programa de Educación para el ocio “La tarde más joven”:** Dirigido a adolescentes entre 12 y 16 años.

Pretende educar y orientar a los adolescentes hacia el desarrollo de un ocio diverso y saludable, potenciando distintas formas de ocupación del tiempo libre a través de actividades favorecedoras de su desarrollo personal y social, que les despierten nuevos intereses e inquietudes y que les permitan disfrutar satisfactoriamente de su tiempo de ocio.

Las actividades se realizan en Centros Culturales de la Ciudad de Madrid, los sábados, en horario de 16,30 a 21,30 horas.

**Programa de ocio en medio abierto “Domingos de Deporte”. Propone una forma de intervención socioeducativa que se lleva a cabo en el medio abierto. Se han elegido parques y plazas de nuestra ciudad para desarrollar actividades que permitan proporcionar pautas educativas adaptadas a aquella población con la que se pretende intervenir, con especial atención a aquellos que presentan un riesgo de consumo de drogas.**

*Domingos de Deporte* permite conocer, contactar e intervenir con los jóvenes en el mismo entorno en el que desarrolla su vida diaria, en el que se encuentran muchos de los factores de riesgo que les afectan y de donde también deben surgir los factores protectores.

#### **d).- Programa de prevención en el ámbito laboral**

Este programa tiene como objetivo sensibilizar a los trabajadores municipales, especialmente a los responsables de las políticas de recursos humanos y responsables sindicales, sobre la importancia y rentabilidad de la implementación de acciones de carácter preventivo en los lugares de trabajo.

Como objetivos específicos, señalaremos los siguientes:

- Prevenir conductas de riesgo y abordar los problemas asociados al consumo de drogas.
- Mejorar los niveles de salud, seguridad laboral y calidad de vida de los trabajadores y sus familias.
- Fomentar líneas de investigación en este campo.
- Ofrecer a los profesionales del campo de los trastornos adictivos un espacio de formación sobre la repercusión de las adicciones en el desempeño laboral.
- Ofrecer a los profesionales del ámbito de la salud laboral un espacio de formación y asesoramiento orientado a facilitar la detección y la intervención precoz en los problemas de adicciones de los trabajadores municipales.
- Diseñar materiales específicos de prevención del consumo de drogas dentro de este ámbito.
- Adaptar las acciones y programas de prevención específica a los Planes Generales de Prevención de Riesgos Laborales.
- Facilitar la derivación de los trabajadores municipales que presenten problemas de adicciones a los servicios especializados, proporcionándoles la atención y los recursos necesarios para abordar su problemática, de forma ágil, personalizada y confidencial.

Para ello, es imprescindible desarrollar, en coordinación con los Servicios de Salud Laboral, una línea de intervención en adicciones en el ámbito laboral que incluya la propia plantilla municipal, contemplando cuantas especificidades laborales sean necesarias.

#### **2.4.4. Cartera de programas del ámbito de riesgo**

- a).- Programa de Intervención con adolescentes y jóvenes de riesgo: Intervención
- b).- Individual y grupal.
- c).- Programa de Intervención Familiar.
- d).- Programa de Prevención Selectiva en Contextos Educativos.
- e).- Programa de Intervención en zonas de consumo activo.

##### **a).- Programa de Intervención con adolescentes y jóvenes de riesgo**

###### **Intervención Individual.**

Las intervenciones se realizan siguiendo un protocolo de actuación definido:

- Identificación y captación de población diana.
- Análisis de necesidades individuales.
- Definición de objetivos y aplicación de las estrategias socioeducativas necesarias.
- Coordinación y derivación a otros servicios especializados, si fuese necesario.

En función de los factores de riesgo identificados en cada caso, se definen los objetivos a conseguir con la intervención, que se concretan de forma genérica en modificar aquellas conductas que perjudiquen la salud; ampliando el aprendizaje de comportamientos saludables en todos los ámbitos de la vida. En caso necesario, además, se favorece el acercamiento a otros recursos; y se facilita la vinculación a ellos.

Los principales canales de procedencia en la intervención individual son:

- Centros Educativos (Departamento orientación, PTSC, T. educación)
- Captación Medio Abierto (21 distritos + PAD).
- Dispositivos de Madrid Salud (CAD y CMS).
- Tejido Asociativo Comunitario.
- Agente Tutor (Policía Municipal).
- Otros técnicos municipales.

Las áreas de trabajo con esta población se centran fundamentalmente en:

- Orientación a la reducción del riesgo.
- Mediación familiar.
- Asesoramiento para una utilización saludable del tiempo libre.
- Apoyo y seguimiento escolar.
- Educación en valores.
- Asesoramiento formativo - laboral.
- Gestión y trámites administrativos.
- Acompañamiento a recursos.
- Educación acerca del consumo.
- Educación para la salud.

###### **Intervención Grupal**

La intervención grupal, metodología utilizada fundamentalmente en el medio abierto, se basa fundamentalmente en los principios del aprendizaje social y en la influencia del grupo de iguales sobre la conducta de sus miembros.

Se pretende fundamentalmente:

- Favorecer la participación de la población de riesgo en su medio natural de socialización.
- Incrementar el aprendizaje de estrategias y de actividades que le permitan integrarse en espacios normalizados.
- Formar al grupo o a los líderes naturales del mismo como agentes preventivos.
- Facilitar y promover alternativas educativas saludables de ocio y tiempo libre.

Las principales actividades que se desarrollan en este programa pueden quedar descriptas en:

- Captación y motivación de grupos de riesgo.
- Información y asesoramiento para la modificación de hábitos no saludables.
- Actividades deportivas, culturales y lúdico-recreativas.
- Talleres educativos.
- Salidas a espacios naturales.
- Realización de actividades educativas en aula abierta.
- Coordinación con recursos y derivación a los mismos.

### **b).- Programa de Prevención con Familias de Riesgo**

Desde este programa se pretende vincular a las familias en el proceso de intervención dirigido a población de riesgo, ofreciendo asesoramiento y orientación en materia educativa y de prevención de adicciones.

Los principales objetivos del trabajo con familias de mayor vulnerabilidad son:

- Implicar a las familias en el proceso socioeducativo iniciado con el menor/joven en riesgo.
- Asesorar y orientar en materia educativa y preventiva.
- Detectar las situaciones que impiden el buen funcionamiento familiar.
- Incrementar el acercamiento y la vinculación de las familias a los recursos más adecuados.

El trabajo con las familias requiere el acercamiento de los profesionales del PAD a los diferentes distritos e incluye actividades como las siguientes:

- Asesoramiento y orientación educativa para la prevención de las adicciones desde la propia familia
- Gestión y acompañamiento a recursos.
- Derivación a los recursos más adecuados en función las necesidades detectadas.

### **c).- Programa de Prevención Selectiva en Contextos Educativos**

El programa de Prevención Selectiva en contextos educativos incluye acciones en las que el objetivo principal es la detección temprana de alumnos con problemas o

dificultades especiales, que supongan un riesgo añadido para presentar problemas de adicción. Se trata de hallar soluciones en el propio contexto escolar para evitar que los alumnos de riesgo abandonen sus estudios o sean expulsados, agravando de esta forma su situación.

El Programa de prevención selectiva está basado en la metodología del Programa “Prevenir en Madrid” en el que se realizan adaptaciones de los contenidos que son consensuados con el profesorado del centro, con el objetivo e adaptarlos a las características del grupo con el que se interviene, teniendo en cuenta el rango de edad y el perfil de riesgo de los alumnos con los que se va a trabajar.

El programa, que incluye un sistema de evaluación “pre” y “post”, desarrolla sus contenidos según tres módulos temáticos

- Desarrollo de competencias.
- Sensibilización sobre el consumo: alcohol, tabaco y cannabis.
- Ocio y tiempo libre

A estos módulos se añaden una sesión de motivación y presentación y una sesión de refuerzo, a desarrollar dos meses después de finalizado el programa.

#### **d).- Programa de Intervención en zonas de consumo activo.**

Como es bien sabido, el consumo joven de hoy está relacionado con los espacios recreativos del fin de semana y con una manera de obtener placer, que relativiza los riesgos y exalta sus ventajas. La realidad actual nos permite constatar que un sector importante de adolescentes y jóvenes desarrolla su actividad de ocio durante el fin de semana en espacios y situaciones, en las que el consumo de alcohol y de otras drogas está presente. En estos espacios, ya sean plazas y parques públicos, discotecas u otros lugares de ocio, se concentran adolescentes y jóvenes, un número importante de los cuales realiza consumos más o menos abusivos de una o varias sustancias.

Este programa pretende favorecer el acceso de estos jóvenes a servicios de información y atención, adaptados a las necesidades que plantean y partiendo de su realidad concreta. Independientemente de si el abandono del consumo es un objetivo plausible para ser planteado en estas situaciones, existen otros objetivos intermedios, no menos importantes, que tienen que ver con la capacidad de los adolescentes y jóvenes para valorar y preocuparse por su propia salud y seguridad y la de sus amigos o compañeros.

Por tanto, los principales objetivos de este tipo de actuaciones son:

- Ofrecer información veraz y objetiva sobre las diferentes sustancias de abuso, adaptada a las necesidades de los jóvenes, que están en contacto con las mismas.

- Sensibilizar sobre las conductas de riesgo, que puedan derivarse del consumo de drogas (conducción bajo los efectos del alcohol o de otras drogas, relaciones sexuales de riesgo, conductas violentas, etc.).
- Potenciar la responsabilidad personal en la toma de decisiones, que ellos mismos realizan con respecto al consumo de sustancias y sus riesgos asociados.
- Difundir los servicios y recursos, que puedan ser de utilidad.
- Derivar, en aquellos casos en los que exista una demanda, a los servicios adecuados.

Las actividades son fundamentalmente de carácter informativo, a través de la colocación de una carpa, en la cual se dispone de material informativo acerca de las diferentes sustancias, así como de otros recursos que puedan ser de interés para la población juvenil.

## **2.5. Descripción de los servicios y recursos de apoyo al tratamiento y a la reinserción.**

---

A continuación se describen los servicios y recursos que forman parte de la red de Atención Integral a las Drogodependencias de la Ciudad de Madrid y que tienen como objetivo común apoyar en distintos momentos del proceso de captación, de asistencia y de integración social de los pacientes.

Siguiendo la clasificación realizada en el apartado 1 del presente capítulo, se describen a continuación los servicios y recursos de primer y de tercer nivel, habida cuenta que los CAD y los CCAD ocuparían el segundo, si bien como en otras ocasiones, los límites entre distintos niveles han de ser interpretados con flexibilidad.

El acceso a los recursos del tercer nivel, se realiza siempre, a través de derivación desde los centros ambulatorios, con el propósito de conseguir determinados objetivos en las diversas áreas de atención, si bien en algunos casos las acciones a realizar en algunos de estos servicios se inician en los propios Centros de Atención a las Drogodependencias y se continúan y completan en estos recursos de apoyo. Se trata pues, en su mayoría, de recursos externos al nivel de atención ambulatoria.

## ■ DISPOSITIVOS DE PRIMER NIVEL

SERVICIO/RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
Unidad Móvil Municipal de Reducción del Daño “Madroño”	Ofrecer a las personas drogodependientes, que se encuentran en especial situación de exclusión social, una atención básica que prevenga el desarrollo de enfermedades asociadas a la drogodependencia y reduzca los daños y riesgos de la conducta adictiva, facilitando al mismo tiempo su captación y derivación a otros servicios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detectar personas drogodependientes en situación de exclusión social.</li> <li>• Captar a las personas con dificultades de acceso a la red y facilitar su incorporación a los diferentes programas y servicios.</li> <li>• Informar sobre programas y recursos de atención integral a las drogodependencias.</li> <li>• Motivar para el tratamiento.</li> <li>• Prestar una atención sanitaria básica.</li> <li>• Reducir los daños y riesgos asociados a las drogodependencias.</li> <li>• Prestar servicios básicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• de alimentación</li> <li>• de ropa</li> <li>• de higiene</li> </ul> </li> <li>• Facilitar el acceso a otras prestaciones y recursos públicos y comunitarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispensación de metadona</li> <li>• Atención sanitaria básica</li> <li>• Información y control de VIH/SIDA, hepatitis, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual.</li> <li>• Educación para la salud (estrategias de reducción del consumo, consumo de menor riesgo, etc.).</li> <li>• Información y asesoramiento sobre recursos sociales.</li> <li>• Acompañamiento a recursos y apoyo durante el tratamiento.</li> <li>• Intercambio de jeringuillas y distribución de preservativos, papel de aluminio, etc.</li> <li>• Prestaciones en alimentación y vestuario.</li> </ul>

SERVICIO/RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
Centro de Atención Básica Sociosanitaria para Drogodependientes (C.A.B.)	Extender la asistencia y una atención socio-sanitaria básica a la población drogodependiente que se encuentra alejada de los recursos normalizados y reducir los daños asociados a las drogodependencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acercar la red integral de atención a las drogodependencias al colectivo de población consumidora de la Ciudad de Madrid, ofreciéndoles los distintos programas de intervención adaptados a sus especiales características.</li> <li>• Prevenir y paliar una serie de consecuencias negativas que frecuentemente aparecen asociadas al consumo de drogas.</li> <li>• Proporcionar información, orientación y material gráfico de apoyo, acerca de los recursos de la red asistencial y en relación al consumo de drogas.</li> <li>• Propiciar y apoyar el ingreso de los afectados en los dispositivos asistenciales.</li> <li>• Mejorar la utilización que los pacientes hacen de los mismos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de alimentación básica</li> <li>• Intercambio personalizado de jeringuillas y distribución de material de consumo estéril (papel de aluminio, etc.)</li> <li>• Educación sanitaria individualizada orientada a la reducción de daños y riesgos.</li> <li>• Vacunación.</li> <li>• Detección precoz de patologías orgánicas asociadas al consumo</li> <li>• Cuidados sanitarios básicos</li> <li>• Información sobre recursos</li> <li>• Acompañamientos y apoyo en gestiones de tipo socio-sanitario y trámites administrativos.</li> <li>• Gestión de accesos a los centros ambulatorios de atención a las drogodependencias.</li> </ul>

SERVICIO/RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
Centro y programa de atención a ciudadanos extranjeros con problemas de abuso o dependencia del alcohol y/o de otras drogas.	Acercar a la red integral de atención a las drogodependencias al colectivo de población inmigrante de la Ciudad de Madrid, ofertándoles los distintos servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social que se ofertan en los centros de la red y realizando tareas de mediación entre este colectivo y los Centros de Atención a las Drogodependencias, de modo que se facilite la adaptación de la oferta terapéutica a las especiales características y necesidades de esta población.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer la situación de los inmigrantes con problemas de drogodependencias en la Ciudad de Madrid, sus características y necesidades.</li> <li>• Mejorar la captación de este colectivo estableciendo vías de acceso cercanas a los mismos</li> <li>• Ofrecer tratamientos adecuados a las necesidades de esta población.</li> <li>• Interactuar con los recursos de apoyo al tratamiento y a la reinserción para que cubran las necesidades de este colectivo.</li> <li>• Hacer propuestas acerca de nuevos recursos o servicios que resulten necesarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompañamiento individualizado y seguimiento de los casos a lo largo de todo el proceso de intervención.</li> <li>• Información y ayuda en la tramitación de documentos.</li> <li>• Apoyo lingüístico y de servicios de traducción.</li> <li>• Mediación entre la Red Integral de Atención a las Drogodependencias y otros servicios de atención a inmigrantes.</li> <li>• Asesoramiento y apoyo a los profesionales de la Red de Atención Integral a las Drogodependencias respecto de las características y necesidades de este colectivo.</li> </ul>

## ■ DISPOSITIVOS DE TERCER NIVEL

SERVICIO/RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
Unidad hospitalaria de desintoxicación de alcohol.	Desintoxicación hospitalaria y estabilización de los pacientes con dependencia alcohólica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desintoxicación de la dependencia alcohólica.</li> <li>• Mejorar la capacidad de autocontrol.</li> <li>• Promover la adquisición de hábitos saludables y pautas de autocuidados.</li> <li>• Favorecer la motivación para la continuidad del tratamiento de modo ambulatorio.</li> <li>• Facilitar el desarrollo de pautas adecuadas de relación.</li> <li>• Promover la ocupación racional del tiempo libre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización de varones y mujeres para la desintoxicación de la pendencia alcohólica. (Tiempo de estancia aproximada de 15 días)</li> <li>• Abordaje terapéutico integral</li> <li>• Dispensación de metadona o de otros fármacos según indicación.</li> </ul>

SERVICIO/RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
Centros de día	Proporcionar a la población drogodependiente que presenta un importante deterioro socio-sanitario, un espacio donde cubrir las necesidades básicas de relación, alimentación, abrigo, higiene y crear expectativas de mejora de la situación personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar a esta población un espacio cálido y cómodo donde poder descansar.</li> <li>• Proporcionar servicios de alimentación (almuerzo y comida).</li> <li>• Fomentar la toma de conciencia sobre las diferentes problemáticas individuales y generar dinámicas de cambio a través de la ocupación del tiempo libre y desarrollo de actividades.</li> <li>• Promover espacios y tiempos de socialización que eviten un progresivo aislamiento social, a través de la realización de actividades normalizadas (lectura de prensa, visionado de telediarios y otros programas de televisión, etc.).</li> <li>• Mejorar los hábitos de higiene y autocuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socio-sanitarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comedor</li> <li>• Duchas</li> <li>• Lavandería</li> <li>• Ropero</li> </ul> </li> <li>• Formativos, educativos y de ocio: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Talleres de Manualidades</li> <li>• Taller de Ofimática</li> <li>• Vídeo - fórum</li> <li>• Salidas y Excursiones</li> <li>• Conferencias</li> </ul> </li> </ul>

SERVICIO/RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
Comunidades Terapéuticas	Proporcionar a la población drogodependiente, que carece del adecuado soporte familiar y social para realizar un tratamiento ambulatorio, una opción de tratamiento en régimen de internado, que contemple la posibilidad de desintoxicación, deshabituación y adquisición de pautas adecuadas de conducta, capaces de facilitar posteriormente su proceso rehabilitador y de integración social en régimen ambulatorio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar un espacio terapéutico residencial que facilite la desintoxicación, la deshabituación y el incremento de la capacidad de autocontrol.</li> <li>• Lograr la adquisición y consolidación de pautas adecuadas de conducta y la prevención de recaídas</li> <li>• Incorporar hábitos de salud y de autocuidados.</li> <li>• Desarrollar pautas adecuadas de relación.</li> <li>• Favorecer los vínculos y las relaciones familiares satisfactorias.</li> <li>• Fomentar la ocupación racional del tiempo libre.</li> <li>• Posibilitar el proceso de maduración personal.</li> <li>• Incrementar la adherencia al tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alojamiento y manutención.</li> <li>• Programas específicos e individualizados de tratamiento de adicciones.</li> <li>• Desintoxicación.</li> <li>• Dispensación de metadona u otros fármacos.</li> <li>• Intervención psicoterapéutica individual y grupal.</li> <li>• Intervención socioeducativa a través de actividades y talleres formativos y de ocio</li> </ul>

SERVICIO/RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
Unidad hospitalaria de Patología Dual.	Valoración, tratamiento y estabilización de patologías psiquiátricas asociadas a las drogodependencias, en régimen de ingreso hospitalario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico psicopatológico.</li> <li>• Abordaje terapéutico integral tanto de la drogodependencia como de la psicopatología concomitante.</li> <li>• Mejorar la capacidad de autocontrol.</li> <li>• Promover la adquisición de hábitos saludables y pautas de autocuidados.</li> <li>• Mejorar las habilidades sociales y el desarrollo de pautas adecuadas de relación.</li> <li>• Favorecer la motivación y adaptación de sus actitudes y conductas para la continuidad del tratamiento ambulatorio.</li> <li>• Promover la ocupación racional del tiempo libre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento hospitalario de patologías psiquiátricas y de drogodependencias para varones y mujeres. (Tiempo de estancia mínimo de 3 semanas y máximo de 3 meses).</li> <li>• Intervención psicoterapéutica</li> <li>• Programas individualizados de atención.</li> <li>• Desintoxicación de sustancias psicoactivas.</li> <li>• Dispensación de metadona y/o de otros fármacos según indicación.</li> </ul>

SERVICIO/RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
Recursos convivenciales de apoyo al tratamiento y a la reinserción Recursos de apoyo al Tratamiento Recursos de apoyo a la reinserción Recursos de autogestión Recursos de apoyo a la reinserción para pacientes con Patología Dual.	Proporcionar a la población drogodependiente que carece de un adecuado soporte familiar o social un espacio físico de convivencia que favorezca la estabilización, la adhesión del paciente al tratamiento y el proceso de rehabilitación y reinserción social, mediante un adecuado apoyo psico-social en estrecha coordinación con los Centros de Atención a las Drogodependencias y la adecuación de los diferentes dispositivos convivenciales a las fases o etapas del proceso rehabilitador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer el desarrollo de hábitos de convivencia con otras personas y la asunción de las responsabilidades de la vida diaria.</li> <li>• Fomentar la adquisición o mejora de los hábitos de salud, higiene, alimentación y las pautas de autocuidados.</li> <li>• Promover el incremento de la capacidad de autocontrol y la implicación en el proceso terapéutico.</li> <li>• Potenciar la normalización de las relaciones familiares y sociales.</li> <li>• Apoyar las iniciativas educativas y formativo ocupacionales, que resulten adecuadas al momento de su proceso rehabilitador.</li> <li>• Motivar para la incorporación en actividades de ocio y tiempo libre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alojamiento.</li> <li>• Manutención.</li> <li>• Programa de intervención socio-educativa que cubre las áreas de           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convivencia</li> <li>• Relaciones familiares y sociales</li> <li>• Salud, higiene y autocuidados</li> <li>• Formativo-ocupacional</li> <li>• De ocio y tiempo libre</li> <li>• De desarrollo personal.</li> <li>• Apoyo a la integración laboral</li> </ul> </li> <li>• Intervenciones psicoterapéuticas en el área psicopatológica para los pacientes con patología dual.</li> </ul>

SERVICIO/RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
Programa de integración social a través del ocio	Promover la utilización del ocio, como un instrumento normalizador y facilitador de la integración social, mediante el diseño de estrategias orientadas a desarrollar las habilidades personales, sociales y culturales, y a facilitar el crecimiento personal, el aprendizaje, la cultura y la socialización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las necesidades en relación con el ocio de las personas atendidas en los Centros de la Red</li> <li>• Incrementar la motivación, la preparación y la formación de los usuarios para la utilización y gestión de un ocio creativo.</li> <li>• Desarrollar la dimensión social del ocio mediante el fomento de actividades de carácter participativo y de relación, en ambientes normalizados del entorno comunitario más próximo y alejados del entorno habitual de consumo.</li> <li>• Garantizar el conocimiento y la utilización de los medios y recursos disponibles, especialmente los del entorno más cercano (polideportivos, espacios culturales, etc.)</li> <li>• Propiciar la vivencia de la ciudad de Madrid como una ciudad abierta y saludable incentivando la participación activa en la vida cultural y social de la ciudad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración y diagnóstico, individual y grupal, sobre las necesidades y potencialidades de los usuarios en el desarrollo de un ocio creativo.</li> <li>• Promoción de alternativas de ocio gratificantes adaptadas a las necesidades individuales</li> <li>• Orientación y apoyo para la gestión de un ocio enriquecedor</li> <li>• Formación grupal en educación para el ocio a través del desarrollo de un "Taller de Ocio" compuesto por cinco unidades temáticas teórico-prácticas, a desarrollar en los centros de atención de la red.</li> </ul>

SERVICIO/RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
Servicio de Orientación Laboral	Ofrecer a la población drogodependiente atendida en los centros de la red, en las que existe indicación para ello, un servicio de orientación y asesoramiento en temas de formación, capacitación laboral y empleo, como medio para facilitar su incorporación al mundo laboral, favorecer una integración laboral estable y de calidad, propiciando paralelamente la colaboración e implicación del mundo empresarial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poner a disposición de la población drogodependiente recursos formativos y de capacitación laboral adecuados a sus necesidades</li> <li>• Ofrecer una orientación y un seguimiento individualizado del proceso de integración laboral.</li> <li>• Incrementar la accesibilidad al empleo por cuenta ajena y al autoempleo de esta población.</li> <li>• Impulsar la creación de convenios con otras Áreas Municipales y con otras Instituciones, en orden a facilitar los procesos de integración socio-laboral de los drogodependientes, prestando especial atención al empleo protegido.</li> <li>• Implementar, de modo transversal, medidas que tengan en cuenta la perspectiva de género, orientadas a facilitar el proceso de integración sociolaboral de las mujeres drogodependientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio integral de: orientación, asesoría, formación, intermediación y acompañamiento en materia de integración laboral.</li> <li>• Realiza itinerarios orientados hacia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La formación</li> <li>• El empleo por cuenta ajena</li> <li>• El autoempleo</li> <li>• La mejora y mantenimiento del empleo</li> <li>• El empleo protegido</li> </ul> </li> <li>• Presta especial atención a las personas y colectivos con mayores dificultades o en mayor riesgo de exclusión.</li> </ul>

SERVICIO/RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
Talleres prelaborales de capacitación.	Facilitar a los usuarios de la red que lo precisen, una formación y capacitación profesional que mejore sus niveles de empleabilidad y propicie una adecuada inserción laboral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar a los usuarios de la red que lo precisen una formación útil en su proceso de inserción laboral.</li> <li>• Incrementar el nivel de empleabilidad de los pacientes de la red.</li> <li>• Favorecer la adherencia al tratamiento y la evolución positiva en el mismo, a través del logro de una imagen más positiva y activa de los pacientes y una mayor implicación en su proceso rehabilitador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación en carpintería y ebanistería.</li> <li>• Formación en electricidad.</li> <li>• Formación en mecánica de motos.</li> </ul>

SERVICIO/RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
Servicio de Asesoramiento a Jueces e Información al Detenido (SAJIAD)	Favorecer la plena integración social de los drogodependientes con problemas judiciales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar y orientar a los drogodependientes implicados en diligencias judiciales por la comisión de delitos relacionados con su dependencia a las drogas.</li> <li>• Informar y asesorar a las familias de los drogodependientes detenidos.</li> <li>• Asesorar técnicamente, de forma no vinculante, a los jueces sobre las circunstancias socio-personales de los detenidos drogodependientes.</li> <li>• Facilitar el acceso de estas personas a los centros de tratamiento mediante la coordinación con los mismos.</li> <li>• Ofrecer canales de mediación entre la Administración de Justicia y la Red Integral de Atención a las Drogodependencias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación y asesoramiento a los drogodependientes con diligencias judiciales, y a sus familias.</li> <li>• Asesoría en materia de adicciones a jueces, fiscales y forenses.</li> <li>• Emisión de informes técnicos y periciales.</li> <li>• Coordinación y conexión con recursos asistenciales generales y/o servicios específicos en drogodependencias (incluye capacidad de control analítico y de mantenimiento de programas de sustitutivos opiáceos, durante la estancia en dependencias judiciales).</li> <li>• Colaboración en el control de la abstinencia al consumo de drogas de las personas que se encuentran en libertad provisional, libertad condicional o en situación de remisión condicional de pena.</li> </ul>

SERVICIO/RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
Programa de Mediación Comunitaria	Disminuir la conflictividad que en ocasiones provoca la apertura de centros dirigidos a población drogodependiente y/o la presencia de drogodependientes reunidos en zonas determinadas de la ciudad, disminuir las actitudes de rechazo y favorecer la integración social de estas personas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer las necesidades que los dispositivos de atención a las drogodependencias de la red municipal presenten en materia de integración socio-comunitaria en su entorno.</li> <li>• Brindar un servicio de mediación comunitaria en aquellas zonas donde se detecten focos de conflictividad en el entorno de los dispositivos de atención.</li> <li>• Reducir el número de drogodependientes y usuarios que permanecen de forma prolongada en el entorno de los dispositivos de atención o en lugares significativos de uso público, suscitando el descontento vecinal.</li> <li>• Lograr el acceso y una mejor participación de los usuarios en el proceso de tratamiento y en las actividades programadas desde los centros de atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacto fluido con el tejido asociativo de las zonas de posible conflicto y actuaciones de mediación cuando resulta necesario.</li> <li>• Educación de calle en zonas seleccionadas.</li> <li>• Intervenciones individuales con usuarios, acompañamientos, etc.</li> <li>• Coordinación con todos los dispositivos de atención de la red, así como con otros servicios y recursos comunitarios (sanitarios, de servicios sociales, etc.).</li> <li>• Programación de actividades en función de las necesidades detectadas en la población atendida, en coordinación con los Centros de Atención a las Drogodependencias o con otros recursos comunitarios.</li> </ul>

SERVICIO/RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
Programa de apoyo al movimiento asociativo	Promocionar y fomentar la colaboración de la iniciativa social en acciones de interés para el desarrollo de la política sociosanitaria del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer la participación de la iniciativa social mediante la convocatoria anual de subvenciones para proyectos que basados en la evidencia y con especial interés sociosanitario, estén destinados a favorecer la prevención, el tratamiento y la integración y normalización social de las personas con problemas de adicciones.</li> <li>• Favorecer la coordinación de los dispositivos de la red municipal con las entidades que desarrollan proyectos en el ámbito de las adicciones, potenciando el efecto de las actuaciones en red.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subvención de Proyectos de intervención en materia de adicciones.</li> <li>• Difusión de los proyectos y actividades, para promover su utilización</li> <li>• Seguimiento del desarrollo de los programas subvencionados.</li> <li>• Apoyo en las tareas de coordinación entre entidades subvencionadas y otras instituciones que operan en el ámbito de las adicciones.</li> </ul>

SERVICIO/RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
Programa “Salud e Integración”	Favorecer la integración social del drogodependiente mediante la adquisición de hábitos saludables y mediante la oferta de prestaciones básicas de salud que mejoren la imagen de los mismos y palien las secuelas físicas producidas por la adicción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer la adquisición y mantenimiento de prácticas saludables evitando prácticas de riesgo.</li> <li>• Incrementar la motivación por la propia salud y mejorar los hábitos de salud y autocuidados.</li> <li>• Facilitar los tratamientos médicos necesarios para mejorar la salud de los pacientes y la imagen física de los mismos.</li> <li>• Incrementar la seguridad personal y autoestima, como medio para favorecer su plena integración social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de un programa de educación para la salud en los Centros de Atención a las Drogodependencias tanto en formato individual como grupal.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento odontológico.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de secuelas dermatológicas.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de patologías metabólicas.</li> </ul>

## **ANEXO 3**

### **PARTICIPACIÓN EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE ADICCIONES**

Se recogen en este apartado una serie de documentos que han constituido el cuerpo de trabajo sobre el que se ha ido elaborando, primero el borrador, y, posteriormente, el propio Plan de Adicciones para la Ciudad de Madrid.

Toda la documentación que aquí presentamos, avala la amplísima participación lograda en este largo pero fructífero periodo de elaboración del Plan, participación que supone, sin duda, uno de los principales valores del mismo y la garantía del consenso necesario, tanto para su posterior desarrollo, como para lograr ofrecer unos servicios de calidad en materia de Adicciones a los ciudadanos de Madrid.

Los hitos más importantes, en los que se ha sustentado esta participación han sido los siguientes:

- Consulta a expertos por método DELPHI, a través de la cual un total de 27 expertos, de los 40 consultados, han colaborado con sus aportaciones a la elaboración del borrador del presente Plan (ver apartado 3.2. de este anexo).
- Creación de un “Comité de redacción del Plan de Adicciones”, en el que han venido participando un total de 26 miembros, que han coordinado y seguido el proceso de elaboración del documento.
- Celebración, en mayo de 2008, de una jornada de trabajo que, bajo el título “Hacia un nuevo Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid”, reunió a más de 200 personas, pertenecientes a más de 40 organizaciones sociales e instituciones (ver apartado 3.3. de este anexo).
- Celebración, en noviembre de 2008, de una jornada interna de debate sobre los contenidos del borrador del Plan de Adicciones, en la que participaron 112 técnicos de los diferentes centros y servicios del Instituto de Adicciones y del Departamento de Evaluación y Calidad de Madrid Salud (ver apartado 3.4. de este anexo).
- Celebración, en junio de 2009, de una Jornada de presentación y debate sobre el borrador del Plan de Adicciones, con la participación del Gerente de Madrid Salud, el Director General del Instituto de Adicciones y el Comité redactor del Plan.
- Presentación del borrador del Plan de Adicciones a otros expertos y personas de reconocido prestigio en el ámbito de las adicciones, para recabar sus aportaciones al documento.

### **3.1 Expertos Colaboradores.**

---

#### **Miembros del Comité de Redacción del Plan de Adicciones**

- Francisco de Asís Babín Vich ..... Director General. Instituto de Adicciones
- Rafael López de Carrión García ..... D.G. Instituto de Adicciones
- Jesús Bengoechea Bartolomé ..... D.G. Instituto de Adicciones
- Mª Nieves Herrero Yuste ..... S.G. Coordinación Programas de Adicciones
- José Luis Matía González ..... S.G. Coordinación Programas de Adicciones
- Carlos Mora Rodríguez ..... S.G. Coordinación Programas de Adicciones
- Laura Raciatti Isola ..... Dpto. de Reinserción. Madrid Salud
- Sol de Ena de la Cuesta ..... Dpto. de Reinserción. Madrid Salud
- Ángela Prieto Madrazo ..... Dpto. de Reinserción. Madrid Salud
- Beatriz Mesías Pérez ..... Dpto. de Asistencia. Madrid Salud
- Elena Martín Maganto ..... Dpto. de Asistencia. Madrid Salud
- Ana Ordóñez Franco ..... Dpto. de Prevención. Madrid Salud
- Juan Rodríguez López ..... Dpto. de Prevención. Madrid Salud
- Ruth Olmos Espinosa ..... CAD de Latina. Madrid Salud
- Nieves Lahuerta Galán ..... CAD de Villaverde. Madrid Salud
- Carmen Bartolomé Gil ..... CAD de Vallecas. Madrid Salud
- Carmen Puerta García ..... CAD de San Blas. Madrid Salud
- Manuel Berdullas Temes ..... CAD de Tetúan. Madrid Salud
- María Pérez López ..... CAD de Arganzuela. Madrid Salud
- Pilar Colis Hernández ..... CAD de Hortaleza. Madrid Salud
- Teresa Hernández López ..... Dpto. de Evaluación y Calidad. Madrid Salud
- Mª Teresa Pérez Álvarez ..... Dpto. de Evaluación y Calidad. Madrid Salud
- Miguel Ángel Cuenca Abad ..... Unidad Técnica de Comunicación. Madrid Salud
- Javier Fernández Ruiz ..... Policía Municipal
- Rocío Martínez Higueras ..... Cruz Roja Española
- Ana Santa Mata ..... Cruz Roja Española

#### **Colaboradores del Estudio Delphi**

- Ángel Jiménez Fuensalida ..... Gerente. Ática. Servicios de Salud
- Domingo Comas Arnau ..... Presidente Fundación Atenea Grupo GID
- Elena Ramón Cercas ..... Responsable de drogodependencias. Federación Española Municipios y Provincias (FEMP)
- Fernando Chacón Fuentes ..... Decano Colegio Oficial Psicólogos. Madrid (COPM)
- Francisco Bueno Cañigral ..... Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias. Ayuntamiento de Valencia.
- Francisco González Herranz ..... Unión General de Trabajadores (UGT)
- Ignacio Calderón Balanzategui ..... Director General Fundación Ayuda contra la Drogadicción (FAD)
- Ignacio Murgui Parra ..... Presidente Federación Regional Asociaciones de Vecinos de Madrid (FRAVM).

- Jesús Mora de la Cruz.....Coordinador General de Seguridad. Ayuntamiento de Madrid
- José Alfredo de Juan Urien Grupo Municipal Izquierda Unida. Ayuntamiento de Madrid (IU).
- José María Somoza Fernández.....Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF)
- José Nuño Riesgo .....D.G. de Calidad y Atención al Ciudadano. Ayuntamiento de Madrid.
- Luciano Poyato Roca .....Presidente. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD)
- Mª Ángeles Jiménez Arranz .....Presidenta. Federación Madrileña Asociaciones Asistencia al Drogodependiente y a su Familia (FERMAD).
- Mª José Díaz Aguado.....Catedrática Psicología Educación. Universidad Complutense de Madrid (UCM)
- Mª José García López .....Presidenta Asociación Profesional Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad de Madrid (APTOMD)
- Manuel Galán Díez.....Vocal del Consejo Rector de Madrid Salud. Grupo Municipal de Partido Popular. Ayuntamiento de Madrid (PP).
- Manuel Molina Muñoz .....Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid
- Marcelo Rodríguez Blanco .....PHM. Director. Proyecto Hombre. Madrid (PH)
- Néstor Szerman Bolotner .....Presidente. Asociación Española Estudio e Investigación de la Patología Dual (AEIPD).
- Pedro Domingo Bejarano Soleto .....Presidente. Colegio Oficial Enfermería. Madrid (COEM).
- Pilar Dávila del Cerro.....Coordinadora General del Área delegada Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid
- Rita Boue Franco .....Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CCOO).
- Sebastián Mora Rosado .....Dpto. de Comunicación de CÁRITAS. Madrid.
- Teófilo Buendía Girón.....Presidente Asociación La Koma Madrid
- Carmen Sánchez Carazo .....Grupo Municipal Socialista
- Joan Guix i Oliver .....Agencia de Salud Pública de Barcelona.

### Revisores finales

- Domingo Comas Arnau .....Fundación ATENEA. Grupo GID
- Eusebio Megías Valenzuela .....Fundación Ayuda Drogadicción (FAD)
- Francisco Bueno Cañigal .....Ayuntamiento de Valencia
- Ignacio Calderón Balanzategui.....Fundación Ayuda Drogadicción (FAD)
- Joaquín Pérez Gil Delgado .....Cruz Roja Española
- Luciano Poyato Roca .....UNAD
- MªJosé Díaz Aguado .....Universidad Complutense Madrid
- Marcelo Rodríguez Blanco .....Proyecto Hombre
- Miguel Pérez-Lozano Gallego .....Fundación ATENEA Grupo GID
- Néstor Szerman Bologner .....Sociedad Española de Patología Dual
- Teófilo Buendía Girón .....Asociación La Koma Madrid

### **3.2. Estudio Delphi. Conclusiones.**

---

A continuación se resumen las conclusiones del Estudio Delphi sobre la opinión de los expertos acerca del escenario de los problemas de las adicciones previsibles en el medio plazo en la ciudad de Madrid.

#### *Sustancias químicas:*

Según las opiniones expresadas por los expertos podemos decir:

- Con respecto al **TABACO**:
  - Su consumo disminuirá ligeramente.
  - Su potencialidad para generar demanda de tratamiento y la percepción social del riesgo aumentarán ligeramente.
  - La imagen social de sus consumidores será más negativa (Consenso del 100%).
- Con respecto al **ALCOHOL**:
  - Su consumo y la imagen social de sus consumidores se mantendrá.
  - Su potencialidad para generar demanda de tratamiento y la percepción social del riesgo aumentará ligeramente.
  -
- Con respecto a los **TRANQUILIZANTES**:
  - Su consumo aumentará ligeramente (Consenso del 100%).
  - Su potencialidad para generar demanda de tratamiento, la percepción social del riesgo se mantendrán como hasta ahora.
  - La imagen social de sus consumidores se mantendrá como hasta ahora (Consenso del 100%).
- Con respecto a la **COCAÍNA**:
  - Su consumo y la potencialidad para generar demanda de tratamiento aumentarán ligeramente.
  - La percepción social del riesgo aumentará ligeramente (Consenso del 100%).
  - La imagen social de sus consumidores será más negativa.
- Con respecto a la **HEROÍNA**:
  - Su consumo, la potencialidad para generar demanda de tratamiento, la percepción social del riesgo y la imagen social de los consumidores se mantendrán.

- Con respecto al **CANNABIS**:
  - Su consumo aumentará ligeramente.
  - La potencialidad para generar demanda de tratamiento aumentará ligeramente (Consenso del 100%).
  - La percepción social del riesgo y la imagen social del consumidor con respecto se mantendrán.
- Con respecto a las **ANFETAMINAS**:
  - Su consumo, la percepción social del riesgo y la imagen social de los consumidores se mantendrán.
  - Su potencialidad para generar demanda de tratamiento se mantendrá (Consenso del 100%).
- Con respecto a las **DROGAS DE SÍNTESIS**:
  - Su consumo, la percepción social del riesgo y la imagen social de los consumidores se mantendrán.
  - Su potencialidad para generar demanda de tratamiento se mantendrá (Consenso del 100%).
- Con respecto a las **SUSTANCIAS VOLÁTILES**:
  - Su consumo, la potencialidad para generar demanda de tratamiento, la percepción social del riesgo y la imagen social de los consumidores se mantendrán.
- Con respecto a los **ALUCINÓGENOS**:
  - Su consumo disminuirá ligeramente.
  - Su potencialidad para generar demanda de tratamiento, la percepción social del riesgo así como la imagen social de los consumidores se mantendrá.
- Con respecto a los **ANTIDEPRESIVOS**:
  - Su consumo aumentará en los próximos años (del 2007 al 2015)
  - La percepción del riesgo se mantendrá.

#### *Adicciones sociales:*

Según las opiniones expresadas por los expertos podemos decir:

- Con respecto a la **LUDOPATÍA**:

- Su frecuencia de aparición aumentará ligeramente (100% de consenso).
  - Su potencialidad para generar demanda de tratamiento aumentará (100% de consenso).
- Con respecto a la adicción al **SEXO**:
    - Su frecuencia de aparición aumentará ligeramente.
    - Su potencialidad para generar demanda de tratamiento se mantendrá (100% de consenso).
  - Con respecto a la adicción a las **RELACIONES**:
    - Su frecuencia de aparición se mantendrá.
    - Su potencialidad para generar demanda de tratamiento se mantendrá (100% de consenso).
  - Con respecto a la adicción al **TRABAJO**:
    - Su frecuencia de aparición se mantendrá.
    - Su potencialidad para generar demanda de tratamiento se mantendrá (100% de consenso).
  - Con respecto a la adicción a las **COMPRAS**:
    - Su frecuencia de aparición y su potencialidad para generar demanda de tratamiento aumentarán.
  - Con respecto a la adicción a la **COMIDA**:
    - Su frecuencia de aparición y su potencialidad para generar demanda de tratamiento aumentarán.
  - Con respecto a la adicción a las **NUEVAS TECNOLOGÍAS**:
    - Su frecuencia de aparición y su potencialidad para generar demanda de tratamiento aumentará.

Por otra parte según la opinión de los expertos no existe una adecuación de las redes de atención a las drogodependencias para atender las adicciones sociales. (Consenso igual al 80%)

### **3.3. Talleres de la Jornada “Hacia un nuevo Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid. Resultados y conclusiones.**

---

Para la identificación de conclusiones de todos los talleres se han tenido en cuenta por un lado las opiniones más repetidas y por otro aquellas opiniones que sin haberse repetido han contado con un apoyo generalizado por el resto de participantes en el momento de su exposición:

### **Conclusiones del Taller “Adicciones sociales”**

#### **¿Se trata de una problemática real o de un sobrediagnóstico?**

Las adicciones sociales son una problemática real, de hecho, están acudiendo a los centros pacientes que presentan alguna adicción social (adicción al sexo, al juego, a las nuevas tecnologías, etc.) Algunas de estas adicciones son temporales y en otros casos se cronifican.

#### **¿Quién debería tratarlas?**

Este tipo de adicciones deberían de ser tratadas por todos los centros de atención que componen la red del Instituto de Adicciones, inclusive los CAD.

#### **¿Cuál debería ser la oferta u ofertas prioritarias en este campo por parte del Instituto de Adicciones? ¿La prevención? ¿La orientación y asesoramiento familiar? ¿Los tratamientos? ¿La formación? ¿La evaluación e investigación?**

Todas estas intervenciones son necesarias, pero quizás las prioritarias son la prevención y la formación a los profesionales de la red para hacer frente a este nuevo desafío.

Es prioritario definir el umbral a partir del cual se considera problemático el uso de las nuevas tecnologías, las compras, los juegos, etc.

#### **¿A qué sectores de edad deberían dirigirse las actuaciones o programas del Instituto de Adicciones?**

La prevención está indicada en edades lo más tempranas posibles. Los educadores del Servicio de Prevención de Adicciones (PAD - Departamento de Prevención) indican que se interviene desde primaria, en el ámbito educativo con distintos programas y modalidades.

Se propone que se deben establecer grupos de trabajo adecuados a las características que presenten los pacientes, teniendo muy en cuenta su edad.

#### **¿Son los CAD los lugares adecuados para atender las adicciones sociales?**

A criterio de la gran mayoría, este tipo de adicciones deberían ser tratadas en los CAD, ya que sus profesionales están suficientemente cualificados para abordarlas, pero con las siguientes matizaciones:

- Sería adecuado cambiar el nombre a los centros para dar cobertura a este tipo de adicciones (el actual nombre está asociado más a las drogodependencias y por ello no llega a gente con problemas a adicciones sociales). Esta idea no es compartida por todos los participantes ya que cambiar el nombre a los CAD puede tener una parte negativa al tener una trayectoria y nombre reconocidos.
- Es necesario establecer grupos terapéuticos diferentes y adecuados a las características que presenten los pacientes.
- Es fundamental diseñar actuaciones que faciliten el acceso al CAD a las personas que padecen adicciones de este tipo. Es importante contar con los mediadores sociales, otras instituciones y recursos.
- Una minoría opina que no es adecuado el CAD, pues mezclar estos usuarios con los que tienen problemas de adicción a sustancias químicas, que en un gran porcentaje se encuentran en situación de exclusión social, puede producir rechazo en personas con problemas de adicciones sociales que están más integradas.

### **¿Qué adicciones sociales serían prioritarias a la hora de intervenir desde el Instituto de Adicciones?**

Todos los presentes comparten que las adicciones a las nuevas tecnologías, al juego, al sexo, a la comida, el culto al cuerpo serían prioritarias para intervenir desde el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. Se da un mayor peso al tratamiento en ludopatía por ser la adicción que más demanda presenta y estar incluida en el DSM IV.

### **La intervención en ludopatía ¿desde donde? ¿Con qué recursos?**

Es necesario contar con más recursos, ya que actualmente existe una unidad de ludopatía en el Hospital Ramón y Cajal pero cada día se presentan más en nuestros centros.

Resaltan la importancia de coordinarse con otros recursos y áreas del ayuntamiento de la ciudad de Madrid tales como: Atención primaria de Salud, Servicios de Salud Mental, Área de Familia y Servicios Sociales, así como ONGS que intervienen en adicciones, para ofrecer un tratamiento integral y no duplicar las intervenciones.

### **Otras cuestiones**

Es muy importante poner en marcha mecanismos para la formación de profesionales en el tratamiento de las adicciones sociales, especialmente en ludopatía, y tener en cuenta el problema generacional al que se enfrentan los técnicos de los centros con la rápida evolución de las nuevas tecnologías.

## **Conclusiones del Taller “Intervención con colectivos específicos”**

Se han abordado los temas relacionados con la mujer y la drogodependencia, los adolescentes y jóvenes y la población inmigrante.

### **La mujer y la drogodependencia**

El número de mujeres que llega a los distintos centros es mucho menor que en el caso de los hombres.

Existen distintos perfiles de mujeres que consumen sustancias psicoactivas, el que llega mayoritariamente a nuestros centros es el de mujeres que tienen una adicción consolidada.

Las características que presentan estas mujeres son las siguientes:

- Provienen de situaciones de desestructuración largas.
- Suelen mantener una codependencia con sus parejas o con otras personas, lo que complica su permanencia en el tratamiento.
- Se encuentran avergonzadas por su adicción y deterioro.
- Muchas de ellas, viven con miedo debido a problemas de violencia de género o por situaciones límites que sufren en la calle, al ser mucho más vulnerables que los hombres.
- En los casos que se consigue incorporarlas a acciones de inserción laboral, se obtienen mejores resultados que en el caso de los hombres.
- El sentirse responsables de sus familias, constituye una importante motivación para el cambio en ellas.

Es difícil que accedan directamente a los centros especializados las mujeres con consumos problemáticos de alcohol o de alcohol y cocaína, que tienen una vida normalizada, salvo cuando se encuentren en una situación crítica, pero entonces acuden antes al médico de Atención Primaria.

Deben plantearse estrategias de captación dirigidas a mujeres teniendo en cuenta lo siguiente:

- A los hijos y utilizar así organizaciones como las AMPA o los Servicios Sociales.
- Espacios a los que acuden: Centros de Atención Primaria, parroquias, etc.
- A las redes y recursos que trabajan con mujeres prostitutas

- Algunas mujeres se encuentran en situación de exclusión social por lo que hay que trabajar en la calle para captarlas. A estas mujeres les cuesta más mantenerse en el tratamiento por la codependencia emocional que sufren.

#### Respecto a la intervención con las mujeres

- Hay que trabajar con ellas desde la cercanía, pero ayudándolas a que asuman sus responsabilidades.
- Es necesario trabajar en red, utilizando los recursos generalistas existentes.
- En los casos más desestructurados, hay que plantearse procesos largos pero planteando objetivos concretos y realistas a corto plazo.
- Las mujeres extranjeras con consumos problemáticos, presentan una mayor vulnerabilidad porque, además de los problemas que tienen que afrontar por su género, tienen una red de apoyo social precaria. Si se las apoyara cuando lo necesitan, probablemente manejarían de otra forma su estrés.

#### Adolescentes y jóvenes

Las posibles causas que propician el consumo de drogas en jóvenes y adolescentes son:

- Permisividad de los padres.
- Falta de tiempo de los padres.
- Normalización en la sociedad del consumo de ciertas drogas como es el caso del alcohol o del cannabis.
- Oferta elevada de sustancias y fácil accesibilidad a las mismas.
- Mensajes contradictorios a nivel social: por un lado se pide que los padres pongan límites y, por otro, los mensajes de ciertos medios de comunicación y el horario permitido de los locales promueve el consumo entre los adolescentes.
- Sensación de invulnerabilidad ante las drogas por parte de los jóvenes y disminución de la sensación de riesgo que perciben.

En cuanto a la intervención con jóvenes y adolescentes.

- Es importante que participen los padres.
- Un aspecto fundamental a tener en cuenta son los valores y el proyecto de vida de los jóvenes y adolescentes.
- Mayoritariamente se valora que sería mejor atender a los menores de 18 años en centros distintos de aquellos en los que se trata a los adultos.
- Es necesaria la especialización de los profesionales.

- Uno de los instrumentos que se muestra especialmente eficaz en la integración social de los jóvenes en situación de riesgo, son los talleres de formación laboral adaptados a su perfil.

## Población inmigrante

Dentro de este colectivo, los jóvenes son los más vulnerables, debido a que están manejándose constantemente con códigos culturales distintos y, a menudo, contradictorios, no han madurado y reciben mensajes permisivos respecto al consumo de drogas por parte del entorno social.

Los padres de estos jóvenes deberían recibir asesoramiento para comprender la situación a la que se enfrentan sus hijos.

Existen pautas culturales de consumo, por las que la población inmigrante no considera que tenga problemas.

Sería conveniente realizar campañas y poner en marcha iniciativas para atraer a los inmigrantes a los centros de atención de la red, intentando paliar el miedo que sienten cuando se encuentra en situación irregular.

Se debería tener en cuenta, a la hora de diseñar campañas y realizar tratamientos, al colectivo de inmigrantes con el que se está trabajando, dado que cada uno presenta una serie de peculiaridades culturales, idiomáticas, etc.

Debe hacerse especial hincapié en el colectivo de niños inmigrantes que vienen solos a España con la misión de ayudar a sus familias.

## Conclusiones del Taller “La Comunicación en Adicciones”

La complejidad creciente de la sociedad y el aumento de la información disponible, hace necesaria una mejora de la comunicación, principalmente actuando en los siguientes puntos:

- Hay que hacer un mejor estudio del destinatario del mensaje, definiendo lo más exhaustivamente posible sus características.
- Hay que ofrecer una asistencia profesional a los emisores más influyentes.
- Los padres han de saber ofrecer criterios bien definidos a sus hijos a la hora de enfrentarse a las drogas u otras adicciones. No deben dejar que esa labor sea ejercida en exclusiva por otros entes sociales (escuela, televisión, etc.).
- Los medios audiovisuales han de ser capaces de transmitir la realidad de las adicciones con objetividad.

La comunicación desde los centros de asistencia, como emisores que son, también debe mejorar:

- Adecuando el nombre y las instalaciones de los mismos a la compleja y heterogénea realidad asistencial.
- Sería muy recomendable que se “profesionalizara” la figura del comunicador en las instituciones y centros implicados en la lucha contra las adicciones.
- Favoreciendo encuentros entre las diversas instituciones implicadas que tengan la finalidad de aunar criterios de actuación, lo que redunda a su vez en una imagen positiva de cara a la sociedad.

### **Conclusiones del Taller “La Coordinación Institucional”**

Existe duplicidad de actuaciones en materia de adicciones entre la Comunidad de Madrid y el Ayuntamiento y debe ser lo principal a la hora de coordinar.

Debe haber una gran coordinación entre redes de salud mental y redes de adicciones por su gran relación. En este sentido el Ayuntamiento de Madrid es un ejemplo a seguir.

Los distintos foros que se creen se tienen que adaptar constantemente a la realidad existente para poder ser útiles.

Las ONG son fundamentales para una correcta coordinación ya que tienen mucha experiencia y conocen los problemas de primera mano por lo que se debe contar especialmente con ellas.

Las subvenciones a ONG son necesarias, pero deberían llegar a tiempo ya que se inicia el periodo anual sin saber con que dinero se cuenta.

En cuanto a las licitaciones públicas del Ayuntamiento de Madrid, ponen en desventaja a las ONG a la hora de valorar la propuesta económica, ya que afecta directamente el IVA en esta valoración.

Igualmente debería haber cláusulas que impidan las grandes bajadas a las empresas privadas empeorando la calidad del servicio e incluir cláusulas sociales en las licitaciones.

Tiene que haber una mayor profesionalización de las ONG y asociaciones para poder dar un servicio de calidad.

La formación continua debe partir de las Universidades.

Se deben buscar soluciones para evaluar la calidad de los servicios como el modelo EFQM, Sistemas de Calidad, etc., midiendo satisfacción y expectativas, preguntando a los “clientes”, usuarios y administración.

## **Conclusiones del Taller “La Intervención con Familias”**

Debe de existir mayor coordinación entre redes de salud mental y redes de adicciones.

Se debe potenciar la imagen y ofrecer más información sobre los CAD mediante campañas de publicidad. También fue unánime la opinión de que es necesario cambiar el nombre a estos centros. Se considera necesario hacer hincapié en la difusión de los centros en general y en la difusión de la intervención familiar en particular.

Para mantener la implicación de las familias es conveniente llevar a cabo tratamientos, tanto a los individuos como a sus familias, juntos y separados, con diferentes profesionales. Las familias agradecen ser el centro de la intervención, independientemente del tratamiento que se lleve a cabo con el paciente, ellos reclaman un espacio propio que es importante tener en cuenta.

Respecto a los cambios de perfil existentes en la sociedad se debe actuar de manera rápida, cercana y con disponibilidad de recursos. Para ello se cree que una buena opción es el fomento de diferentes talleres monográficos para captar la atención de los padres. Talleres especializados y abiertos (grupos de apoyo, de información, de terapia...). Para el caso de familias monoparentales se sugirió ofertar habilidades educativas para padres, madres, etc.

Se reclama y apoya reiteradamente la opción de fomentar educadores de calle, al igual que se piden más profesionales de la salud como médicos o psicólogos para trabajar en distintos centros.

Es necesario entender el proceso de la familia como proceso de cambio diseñando “trajes a medida” en función de las características familiares, preguntándoles cuáles son sus necesidades.

Es necesaria una coordinación fluida con los equipos de menores y familias y con los equipos de servicios sociales, especialmente para los casos de familias inmigrantes.

Cada vez hay más resistencia por parte de los pacientes a que las familias intervengan en los tratamientos.

## **Conclusiones del Taller “La Red del Futuro”**

Surge un debate en torno a la imagen de los CAD. Se comenta que la imagen actual es disuasoria para los perfiles con un mayor grado de normalización, lo que crea dificultades para la captación de un determinado tipo de pacientes. Se comenta también que las salas de espera, en horarios de dispensación de metadona, hacen que algunas personas no quieran entrar. Se apunta que esa imagen de los centros

la comparten también las personas que trabajan en drogodependencias y que es necesario modificar la propia percepción.

Se plantean posibles soluciones, como:

- El cambio de nombre de los Centros.
- Acotar espacios y horarios diferentes. Pedir ayuda a expertos en diseño.
- Realizar campañas de difusión de los centros que resulten atractivas.
- Mejorar la coordinación con las redes de S. Sociales y de Atención Primaria de Salud.
- No hacer compartimentos estancos entre prevención selectiva e indicada.
- Recuperar la imagen de los CAD como líderes comunitarios de Atención a las Drogodependencias.
- Dignificar la imagen del consumidor de drogas, mejorar su imagen social y no la imagen de los CAD.

Es necesario mejorar la captación de los pacientes, para ello se propone:

- Realizar campañas veraces y delicadas, capaces de llegar a los nuevos grupos emergentes (trabajadores, inmigrantes, etc.) y dar a conocer los sistemas y recursos que se disponen.
- Dar una nueva imagen del CAD (como centros de prevención y promoción de las salud), incluso llegar a cambiar el nombre, o mejorar la imagen social del propio consumidor/usuario dignificándola.
- Hacer la difusión también a los colegios profesionales.

Hay que optimizar los CAD. Redefinir las funciones y prioridades de los mismos y de la red de Adicciones, no dejar de hacer lo que tenemos que hacer para hacer lo que no nos corresponde. Concretar los límites y las prioridades.

Dentro de esta optimización se señala la reorganización de algunos CAD liberándolos de los pacientes de Metadona, pasándolos a Atención Primaria, derivando a los CAD a aquellos que realmente quieren ayuda y tratamiento para dar una intervención de tipo bio-psico-social.

Centralización/estandarización de datos para minimizar los tiempos en gestiones administrativas y poder aumentar los tiempos en los diagnósticos.

Mejorar la coordinación con el resto de redes/instituciones, mejorando el manejo y el conocimiento en la Red de Atención Primaria, Urgencias, etc. Para ello debe definirse:

- La propia red y sus límites, para prestar una asistencia integradora.
- Los pacientes, recordando que son responsabilidad de todos, cada uno desde su especialidad.

- Los profesionales, delimitando sus responsabilidades actualmente desdibujadas, para ver hasta donde debe abordar cada uno.

Frente a patologías duales, es necesario intervenciones duales, dando respuesta social y sanitaria a través de la coordinación entre las distintas instituciones mediante programas integrales inter-redes. La opinión de alguno de los asistentes es que los CAD deben contar con psiquiatra. Otros opinan que el problema no es el psiquiatra sino la falta de recursos para estas personas y que cada red debe asumir la responsabilidad que le compete en el tema de patología dual. Necesidad de programas integrales e inter-redes.

Igualmente en el tema de patología dual se plantea entre otras cosas el problema que se genera por la agresividad de algunos pacientes.

Es importante tener en cuenta el tema de la exclusión social. En muchos casos la problemática de la drogodependencia es solo una parte de un problema más global de exclusión social, que necesita un abordaje también global.

### Conclusiones del Taller “La intervención con pacientes crónicos. ¿Hasta dónde?”

No existe unificación de criterios a la hora de definir la cronicidad, sus límites e indicadores.

Respecto a los recursos, antes de plantearse una ampliación de los mismos, es necesario realizar una autocritica de los ya existentes. Analizar la ineficiencia de los recursos que actualmente se están aplicando.

El análisis de los recursos implica tipo, cantidad y forma de aplicación de los mismos, a fin de evitar la tan cuestionada cronicidad de los pacientes por parte de la red.

Como área de mejora, es necesario fomentar la red social y la motivación a los pacientes, no tanto la red asistencial ya existente.

La motivación de los trabajadores es un factor a tener en cuenta, pero para mejorar la eficacia es necesario una coordinación de los mismos. Coordinación no solo a nivel de técnicos sino entre las distintas asociaciones e instituciones, consiguiendo así una implicación de todos los agentes que intervienen en el sistema.

Como una de las formas de coordinación entre los distintos agentes y de implicación de los mismos se plantea fomentar los mecanismos de intercambio de información.

### Conclusiones del Taller “Estrategias de Prevención: Presente y Futuro”

**Primer planteamiento: Cambio de estrategia. La prevención. ¿Debe ser específica para las adicciones?**

Hay un consenso en que la prevención debe ser integral, entendida como un planteamiento que abarque y trabaje con estrategias adaptadas a cada período evolutivo y que permitan una intervención transversal.

Necesidad de creación de un mapa de riesgos como herramienta preventiva práctica. Necesidad de un mapa de recursos disponible y actualizado.

La prevención en la sociedad de consumo. Influencia del sector empresarial. La necesidad de integrar una nueva conciencia social como parte de una sociedad que educa globalmente.

Necesidad de trabajar en red. Es incuestionable que se necesita una mayor de coordinación entre todas las entidades que trabajan la prevención, para lograr unificar criterios, optimizar los recursos y aumentar la eficacia preventiva a través de una prevención basada en la evidencia.

Prevención en adolescentes: Actualizar y flexibilizar las formas de acceder a ellos. La necesidad de recursos específicos para jóvenes que se posicionen como elementos de interés general para ellos, no sólo desde el concepto de adicciones, sino como centros en los que encuentren respuesta a sus problemas y dudas.

Convertir a los responsables técnicos de prevención en coordinadores de cada distrito, por un lado como manera de optimizar las intervenciones y, por otro, como figura de referencia accesible y cercana para el adolescente de la zona.

## **Segundo planteamiento: ¿Cómo acotar el riesgo? ¿Cuáles son los factores de riesgo?**

Es necesaria una unificación de criterios para acotar el riesgo y permitir un trabajo conjunto por parte de los trabajadores de la prevención en los distintos ámbitos.

Faltan herramientas operativas que permitan dicha unificación, tanto desde la elaboración de itinerarios de intervención unificados, como desde la posibilidad de evaluar la eficacia de los mismos. Desde la UCM se está trabajando con una herramienta holandesa que permite auto-chequear la actuación preventiva.

Cada vez se evidencia más la necesidad de realizar un diagnóstico previo antes de aplicar un programa, sobre todo en determinados colectivos. Para lograr llevar a cabo esta medida, es indispensable aumentar y homologar la formación en prevención de los equipos que trabajan en ella.

Aprovechando los sistemas de calidad en las empresas, se propone la idea de introducir programas preventivos en el ámbito laboral.

Hay que evaluar y acotar los factores de riesgo, teniendo en cuenta los distintos factores que afectan a las etapas evolutivas y de crecimiento de las personas.

Faltan herramientas que permitan el paso del ámbito teórico de la identificación de los riesgos a la aplicación práctica de los programas preventivos

## **Tercer planteamiento: ¿Qué dicen los padres? Nuevas estrategias para llegar a las familias.**

La intervención de los padres comienza desde el primer momento, desde la etapa de socialización primaria y debe ser entendida como un continuo, como un modelo de educación para la vida y la gestión del riesgo.

Los programas preventivos deben aplicarse en edades tempranas, para favorecer su eficacia antes de que aparezcan los problemas en etapas adolescentes. Por ello debemos hacer conscientes a los padres de su importancia como agentes preventivos, no sólo como responsables de rectificar conductas inadecuadas una vez que ya han aparecido. La prevención eficaz es la que evita la aparición de estas conductas.

Para la identificación de conclusiones se han tenido en cuenta por un lado las opiniones más repetidas y por otro aquellas opiniones que sin haberse repetido han contado con un apoyo generalizado por el resto de participantes en el momento de su exposición:

### **Conclusiones del Taller “El tabaco como problema de salud: responsabilidades compartidas”**

Existe una clara falta de comunicación entre los distintos dispositivos que componen la red de atención, impidiendo el intercambio de información y dificultando el asesoramiento a los pacientes.

Asimismo, se evidencia la falta de una coordinación central que defina cuál debe ser el papel de cada uno de los centros en la atención frente al tabaquismo. Este tema fue recurrente a lo largo de todo el taller. Se optaba por una coordinación a nivel institucional y no persona a persona.

El colectivo de profesionales considera que el problema del tabaquismo debe ser, atendido igual que el resto de las adicciones, en cualquier centro de atención de la red, pero, para ello, creen que debe cambiar la imagen que de los CAD tienen los ciudadanos. Sin embargo, coinciden en que se le da poca importancia a esta adicción en comparación con el resto, tanto por parte de los profesionales como de los propios pacientes.

Hay una necesidad de incrementar la formación y los recursos humanos dedicados a este tema. El personal del Instituto de Adicciones se queja de la falta de formación específica sobre el tema, y desde el Instituto de Salud Pública, de la ausencia de una mayor profundización, ya que aunque tienen formación y un protocolo de actuación, echan en falta la formación continuada.

Desde los CAD el tratamiento es casi exclusivamente sanitario y, por ende, farmacológico, con ausencia de otros profesionales por falta de tiempo y formación. Desde los CMS los equipos están formados por el personal disponible, que

generalmente es sanitario, aunque todos apuestan por la intervención interdisciplinar.

Los CMS carecían de formación y recursos para atender a usuarios con problemas psiquiátricos que, cada vez más, se acercaban a sus dispositivos para dejar de fumar. Propusieron que estos usuarios se derivaran a recursos especializados aunque desde Salud Mental no daban respuestas adecuadas.

El colectivo de profesionales considera que, para hacer frente de forma eficaz al problema del tabaquismo, deben adaptarse los programas a algunos colectivos, especialmente jóvenes.

La prevención es la intervención más eficaz a criterio de todos los profesionales. Apuestan por programas de prevención específicos en tabaco y los CMS asumen la posibilidad de abordarlos, ya que actualmente desde los CAD no se trabajaba en prevención. Al nombrar la figura del técnico de prevención algunos participantes comentan que, estos, quizás deberían especializarse en abordar la prevención de sustancias más problemáticas.

### **3.4. Jornada de debate interna sobre los contenidos del nuevo Plan de Adiciones.**

---

Se han agrupado las conclusiones de los grupos de trabajo en los apartados de:

- Prevención
- Atención Integral
- Adicciones Sociales
- Garantía de Calidad

#### **Prevención**

#### **Intervención con adolescentes y jóvenes**

#### **Grupo 3**

Se considera que el educador no es el profesional más adecuado para valorar la gravedad de los consumos problemáticos y en ese sentido orientar la derivación.

La opinión del grupo se divide en dos tendencias: por una parte los que piensan que debería existir un centro específico para la atención y tratamiento de menores y jóvenes y por otra los que plantean que la atención de jóvenes con abuso se debería realizar en los C.M.S y la de aquellos jóvenes que presentan una adicción en los CAD y CCAD.

## **Grupo 4**

Se considera necesario romper barrera entre prevención y asistencia y crear servicios puente que faciliten la captación y el acceso de los casos, así como el movimiento de ida y vuelta de los mismos

Los profesionales de los CAD están preparados para intervenir tanto en prevención como en atención de adolescentes y jóvenes.

## **Grupo 5**

Se considera como actividad de Prevención Indicada la acción preventiva dirigida a los hijos de los pacientes.

Necesidad de intensificar contactos con Asociaciones que se dirigen a población con necesidades específicas tales como homosexuales o inmigrantes.

## **Atención Integral**

- **Captación**

### **Grupo 1**

Adolescentes y jóvenes: Sensación de que no llegan las derivaciones desde los CMS. Adaptar los horarios a la atención.

Necesidad de mejorar la coordinación con los técnicos de prevención del distrito.

Necesidad de mejorar la información sobre las actuaciones de prevención. (Recogido también en coordinación)

## **Grupo 4**

Aumentar la captación tanto de menores como de mayores, rentabilizando servicios como el SAJIAD y Mediación Penal.

Difusión y divulgación de la red y de los centros de tratamiento mediante folletos, haciéndolos llegar donde proceda para que se conozcan los servicios y así aumentar la captación.

- **Programa Personalizado de Intervención (PPI)**

### **Grupo 1**

Se destaca la importancia de trabajar desde la transversalidad para determinados colectivos, pero siempre considerando el PPI, que contempla en cada caso las diferentes peculiaridades del sujeto. Un PPI bien estructurado debe tener elementos para dar respuesta a ese sujeto de diferente condición y colectivo (diferente género, edad, etnia, etc.).

### **Grupo 2**

De acuerdo con la denominación de Programa Personalizado de Intervención pero no gustan las siglas.

### **Grupo 3**

Necesidad de definir, de forma consensuada, el alta terapéutica como concepto general o individualizado. Sobre este tema se generó un debate sobre si debería haber un concepto único y general para todos los pacientes o mas bien el alta terapéutica está en función de los logros que se pretenden en el programa individualizado de tratamiento.

Se necesitarían fijar indicadores de efectividad o éxito de las actuaciones específicas dentro de los tratamientos.

### **Grupo 4**

No trabajar con los pacientes por programas de sustancias sino en función de su programa personalizado de intervención y de su evolución.

### **Grupo 5**

Necesidad de mejorar la evaluación de los pacientes.

- **Especificidad Mujeres**

Destacaron la especificidad de las intervenciones con mujeres y la necesidad de crear espacios en el tratamiento que posibiliten la concienciación de las mujeres de otras problemáticas que les están afectando e interfiriendo en su tratamiento, como malos tratos, cargas familiares no compartidas, etc.

- **Cronicidad del paciente**

### **Grupo 1**

Se interrogan acerca de cual es la respuesta social a la cronicidad. Los pacientes crónicos reinciden en su adicción no sólo por su drogodependencia, también porque la red no facilita la respuesta a sus necesidades sociales.

## **Grupo 2**

Necesidad de generar salidas de la Red para pacientes que han conseguido sus objetivos.

Necesidad de generar recursos para pacientes crónicos en cuanto al curso de la adicción (adicción como enfermedad crónica).

## **Grupo 3**

Se ve la necesidad de realizar, en coordinación con la Red de Salud Mental y la de Servicios Sociales, un protocolo para organizar la “salida” del Instituto de Adicciones de aquellos pacientes que han finalizado su tratamiento por drogodependencia, pero que mantienen graves carencias psicosociales y/o patología psiquiátrica asociada y van a necesitar por tanto, posiblemente de manera indefinida, el apoyo de estas redes.

En la actualidad estos pacientes permanecen, en muchas ocasiones, en el Instituto sin tener ya realmente un problema de adicción, por no existir un procedimiento de derivación definitiva a estas redes.

- **Integración Social**

## **Grupo 1**

Las iniciativas del IA deben estimular al usuario en su “toma de nuevos intereses e iniciativas” y después, una vez creada la necesidad, dirigir al usuario hacia la utilización de recursos normalizados.

Es necesario avanzar en normalizar a los usuarios utilizando los recursos. Hay que normalizar los recursos para que el usuario se incorpore a la sociedad y no sólo a la red.

- **Integración laboral**

## **Grupo 5**

Revisar la eficacia del Servicio de Orientación de Empleo (SOL) con respecto a la meta de conseguir un 30 % de empleos entre los usuarios de su servicio.

- **Recursos de apoyo de la red**

## **Grupo 2**

Importancia de aunar criterios para la flexibilidad y adaptación de los mismos a las nuevas problemáticas y patologías.

### **Grupo 5**

Faltan recursos nuevos y normalizados para crónicos y colectivos con necesidades especiales, tanto en el seguimiento, como al alta de los pacientes.

- **Tabaquismo**

### **Grupo 2**

El grupo pregunta si se va a atender tabaquismo sin asociación a otras adicciones. Apunta que aún así es necesario protocolizar la atención.

### **Adicciones Sociales**

- **Papel de los CAD**

### **Grupo 1**

Se plantea si la actual imagen de los CAD sería la adecuada para recibir este tipo de perfiles. Sería necesario ajustar los recursos a este nuevo perfil y se ve necesario la formación a los profesionales en el ámbito de las adicciones sociales.

### **Grupo 2**

Tres posturas:

- Priorizar la investigación
- Que estas adicciones se puedan atender en los centros
- Crear centro específico

El grupo se divide entre las tres opciones. Se destaca que sería importante para el enriquecimiento profesional de los técnicos de los CAD atender estas adicciones pero siempre que disminuya la carga de trabajo, se proporcione formación específica y existan horarios más específicos para la atención de estas adicciones.

- **Protocolizar actuaciones**

Se ve la necesidad de realizar un protocolo de actuación en adicciones sociales, antes que la demanda llegue a los Centros de Tratamiento. De igual modo, se solicita formación de los equipos en estas nuevas adicciones.

### **Garantía de Calidad**

- **Nuevo Plan de Adicciones**

### **Grupo 2**

Consenso del grupo en cuanto a la necesidad de establecer un nuevo Plan de Adicciones para:

- Facilitar la adaptación a los nuevos consumos
- Homogeneizar la intervención en todos los centros
- Escribir lo que se estaba haciendo

Se considera importante que, en las acciones, se indique quien y como se van a llevar a cabo.

- **Formación**

### **Grupo 3**

El grupo solicita que se planifiquen y doten los recursos (humanos) y de formación, necesarios para llegar a las metas que se propone el Plan de Adicciones. (Recogida también en ampliación de personal).

Del discurso de los participantes se desprende que no se asocian los grupos de mejora para la realización de protocolos como parte de la formación de los equipos en las nuevas intervenciones. Se demandan nuevos protocolos, y cursos de formación en nuevas adicciones, en tabaquismo, etc.

### **Grupo 5**

Para aumentar la calidad: Retomar la Formación específica y el intercambio entre profesionales.

- **Coordinación externa**

### **Grupo 1**

Se destaca la importancia de la coordinación organizativa con otros recursos, especialmente de las distintas estructuras municipales. Una coordinación reglada mediante acuerdos formales que tienen que depender del apartado del Sistema de Calidad.

El nuevo Plan presenta, como apuesta, el establecer coordinaciones interáreas:

- Más estables
- Protocolizadas
- Facilitadas

Esta situación debe cambiar no sólo en orden a la coordinación de recursos, sino a

evitar la duplicación de recursos.

Necesidad de mejorar la coordinación establecida que obligue a que cada uno asuma su parte de responsabilidad: Servicios Sociales, Salud Mental, Atención primaria, recursos de ocio, etc.

## **Grupo 2**

Siguiendo el modelo del protocolo de colaboración con Samur Social es importante que (la coordinación) sea institucional.

Un vez que esté el protocolo se deben establecer los procesos de actuación y coordinación durante el proceso de tratamiento incluyendo las especificidades de los distritos.

Las coordinaciones prioritarias son: Salud Mental y SERMAS. Más prioritaria con Salud Mental.

Se deben tener en cuenta a la hora de establecer protocolos de coordinación experiencias de buenas prácticas existentes en algunos centros con algunos distritos que están dando buenos resultados. Esto conseguirá que los protocolos de coordinación sean fáciles de aplicar en los centros.

## **Grupo 3**

Clarificar la finalidad de los Centros de Tratamiento, en el sentido de “acotar” hasta donde llega un tratamiento de adicciones en cuanto a recursos, ayudas, intervenciones y actuaciones, tanto al paciente y su familia, como a otras redes de intervención. Esta propuesta iría en la línea antes mencionada de coordinación con otras redes que atendieran aquellas necesidades que exceden un tratamiento en adicciones.

## **Grupo 4**

Importancia en la coordinación de la existencia de una Comisión Permanente que haga de “paraguas” para la coordinación en niveles más básicos. Se ve necesario que existan acuerdos de coordinación Inter-servicios y que se avance en protocolizar las actuaciones conjuntas.

Tener en cuenta la coordinación con los servicios de todas las redes desde el inicio del tratamiento de los usuarios y no solo desde el final, como ahora.

Desarrollar protocolos de coordinación externos.

Coordinación con redes generalistas, para dar salida a los pacientes hacia otras redes. Es fundamental:

- Corresponsabilidad de las redes.
- Facilitar la salida de los usuarios.

- Rentabilizar los recursos especializados
- **Coordinación interna**

#### **Grupo 1**

Mejorar la coordinación con los técnicos de prevención del distrito.  
Mejorar la información sobre las actuaciones de prevención.

#### **Grupo 3**

Se ve necesaria una mayor coordinación con Prevención en el ámbito de los jóvenes para facilitar el tratamiento precoz en los casos que se precise.

#### **Grupo 5**

Mejora de la Coordinación interna de los equipos.

- **Procesos y protocolos**

#### **Grupo 4**

Continuar avanzando en la definición de procesos, subprocesos y protocolos internos para mejorar y unificar las intervenciones.

#### **Grupo 5**

Elaboración de un protocolo sobre confidencialidad de los datos de los pacientes, sobre todo en lo referido a las comunicaciones telefónicas.

- **Incremento personal**

#### **Grupo 3**

Solicitan que se planifiquen y doten los recursos humanos (y de formación) necesarios, para llegar a las metas que se propone el Plan de Adicciones.

#### **Grupo 5**

No cesan de aumentar tanto la demanda como las metas: Se deberían aumentar los RRHH o ajustar las metas a los existentes.

- **Comunicación e imagen**

#### **Grupo 1**

Incorporar un lema que identifique el Plan que permita reflexionar y pivotar sobre él objetivos estratégicos y acciones. Crear una “idea clave”.

Elaborar un plan de comunicación del Plan de Adicciones con el objetivo de que este plan trascienda, “que queremos contar y a quién”, para conseguir un objetivo claro: conseguir que nos vean tal y como queremos que nos vean.

Multiculturalidad: Derribar barreras idiomáticas (soportes en diferentes idiomas).

Potenciar la WEB: para reforzar objetivos de captación.

Artículos/Comunicaciones de funcionarios municipales, para incorporarlos al servidor de Madrid Salud:

- Noticias
- Temas
- Ponencias y comunicaciones

#### **Grupo 2**

Difusión Instituto de Adicciones: necesidad de optimizar la imagen y la difusión de los programas al ciudadano.

#### **Grupo 4**

Cambiar el nombre a los CAD como estrategia para mejorar su imagen. Propuestas:

- UCA.- Unidad de Conductas Adictivas
- UTA.- Unidad de Trastornos Adictivos
- CAD.- Centro de Atención a las Dependencias, Centro de Adicciones

#### **Grupo 5**

Para apoyar la normalización de los centros de atención se propone cambiar el nombre de los centros y publicitarnos en Internet, en los medios de información gratuitos, en la TV.

- **Cuidado del personal**

#### **Grupo 1**

¿Qué calidad se da al cuidado del trabajador? ¿Quién cuida a los cuidadores?

Se considera necesario establecer un sistema de supervisión, como forma de cuidar al personal.

## **Grupo 2**

Incorporar a los conceptos expuestos lo que ya reflejan algunos estudios europeos acerca de la relación existente entre la calidad ofertada en los servicios y la satisfacción de los usuarios, con la calidad de vida de los profesionales que atienden estos servicios. Faltan acciones de mejora para los profesionales.

- **Seguridad de los Centros**

## **Grupo 5**

Se debe incrementar la seguridad en los centros tanto para los profesionales como para el resto de los pacientes mediante:

- Formación adecuada de los profesionales, y en especial de los vigilantes.
- Adecuar el perfil de los vigilantes que se envían a nuestros centros.

