

ANEXOS

ANEXO 1

MARCO NORMATIVO

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

1. **Ámbito europeo.**

En el Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea¹ se 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 2013-2020 en materia de lucha contra la droga, señala lo siguiente:

“5. El fenómeno de la droga es una cuestión nacional e internacional que requiere ser tratada en un contexto mundial. A este respecto, la acción coordinada llevada a cabo a nivel de la UE desempeña un papel importante. La Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga proporciona un marco común y empíricamente contrastado para responder al fenómeno de la droga dentro y fuera de la UE. Al proporcionar un marco para la realización de acciones conjuntas y complementarias, la Estrategia garantiza que los recursos invertidos en este ámbito se usen de forma eficaz y eficiente, a la vez que tiene en cuenta tanto las limitaciones como las capacidades institucionales y financieras de los Estados miembros y de las instituciones de la UE.

6. La presente Estrategia tiene por finalidad contribuir a la reducción de la demanda y de la oferta de droga en la UE, así como a reducir los riesgos y perjuicios sociales y para la salud causados por la droga a través de un planteamiento estratégico que respalde y complemente las políticas nacionales, que proporcione un marco para realización de acciones conjuntas y coordinadas y que constituyan la base y el marco político para una cooperación exterior de

¹ (5-6. Estrategia europea en materia de lucha contra la droga 2012-2020)

la UE en este ámbito. Todo ello se conseguirá mediante un planteamiento integrado, equilibrado y empíricamente contrastado”.¹

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. 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 desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.*
- 4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.*
- 5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.”*

En el ámbito nacional, el referente institucional, desde su puesta en marcha en 1985, es el Plan Nacional sobre Drogas. Desde este marco, a través de las distintas estrategias nacionales impulsadas en estos años, se hace referencia a las competencias de las corporaciones locales en materia de drogodependencias, expresando que corresponde a la Administración Local, además de aquellas otras competencias que el ordenamiento jurídico les confiere, el desarrollo de las siguientes funciones:

- 1. El desarrollo de políticas específicas de prevención en materia de drogodependencias, fundamentalmente en el ámbito comunitario.*

2. *Procurar la integración social de los usuarios de drogas en base al desarrollo de planes de formación profesional y empleo.*
3. *Elaboración y puesta en marcha de medidas de limitación de la oferta y disponibilidad, fundamentalmente de drogas legales.*
4. *Ejecución de la función inspectora y de la potestad sancionadora, así como la cooperación de la policía local.*
5. *Coordinación de las intervenciones en materia de drogas a nivel local.*

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 4/2015, de 30 de marzo, 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. 16); el traslado de personas para facilitar el acceso a las mismas (art. 17); la plantación y cultivo cuando no sean constitutivos de infracción penal (art. 18) y el consumo de estas sustancias en locales de ocio o espectáculos públicos, así como la tolerancia de dicho consumo por sus responsables (art. 19).

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:

- “1. 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:*
- a) *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.*
 - b) *El otorgamiento de la licencia de apertura y, en su caso, de funcionamiento, a los establecimientos mencionados en el apartado anterior.*

c) *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.*

d) *Adoptar las medidas cautelares dirigidas a asegurar el cumplimiento de lo establecido en esta Ley.”*

2. *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.*

a) *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.*

b) *La ejecución de los programas de prevención que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio.*

c) *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.”*

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...”*.

En 2011 y hasta la actualidad, el Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid ha sido el documento vertebrador de las políticas que el Ayuntamiento de Madrid ha realizado en materia relacionada con las adicciones, tanto en la prevención como en su abordaje integral.

ANEXO 2

SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ADICCIONES EN LA CIUDAD DE MADRID

1. Introducción.

El conocimiento de los hábitos de consumo y su prevalencia son una información necesaria para determinar objetivos de salud, tanto para la prevención del inicio del consumo, como para la evolución a patrones más graves y para el tratamiento de los problemas ya establecidos en relación con ese consumo.

Como punto de referencia, contamos con el estudio de prevalencia de consumo de drogas en la ciudad de Madrid, realizado en el año 2005 con jóvenes de 12 a 24 años, y otros informes incluidos estudios previos. Ninguno de estos estudios se realizó con una metodología que permita generalizar los resultados, dado el método de muestreo.

En los últimos años contamos con diversas fuentes de información que tanto desde el propio Ayuntamiento como desde otros organismos autonómicos, nacionales o privados, nos proporcionan elementos de juicio a partir de muestreos aleatorios y muestras representativas. El principal problema de estos estudios es que su mayor complejidad y rigor genera una demora entre la realización de las encuestas poblacionales y la disponibilidad de los datos procesados, aunque siempre se utiliza la información más reciente.

En concreto, para trazar la panorámica que expondremos a continuación se han utilizado las siguientes fuentes:

- Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2005, elaborada por el propio Ayuntamiento de Madrid.
- Desde 2017 disponemos de los últimos datos publicados y desagregados referidos a la población de la Ciudad de Madrid, procedentes de las siguientes fuentes:
 - o Datos de 2013 del SIVFRENT (Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles) en sus dos vertientes: para población juvenil (SIVFRENT-J) y para población adulta (SIVFRENT-A).

Se trata de un sistema de vigilancia epidemiológica elaborado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, que se realiza mediante una encuesta anual.

- Datos de los estudios ESTUDES (2014) y EDADES (2013), realizados por el Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías (OEDT), perteneciente a la delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ambos estudios se realizan mediante encuesta a muestras representativas de la ciudadanía española.

ESTUDES 2014, publicado en 2015, se aplicó a estudiantes de entre 14 y 18 años cursando Enseñanzas Secundarias en España (3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, 1º y 2º de Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional. La muestra desagregada del total para la Ciudad de Madrid fue de 2.497 estudiantes.

EDADES 2013 es el resultado de la encuesta aplicada a personas con edades comprendidas entre 15 y 64 años. La muestra desagregada del total para la Ciudad de Madrid fue de 929 personas.

2. El consumo de drogas entre los jóvenes madrileños.

2.2.1. Consumo de tabaco.

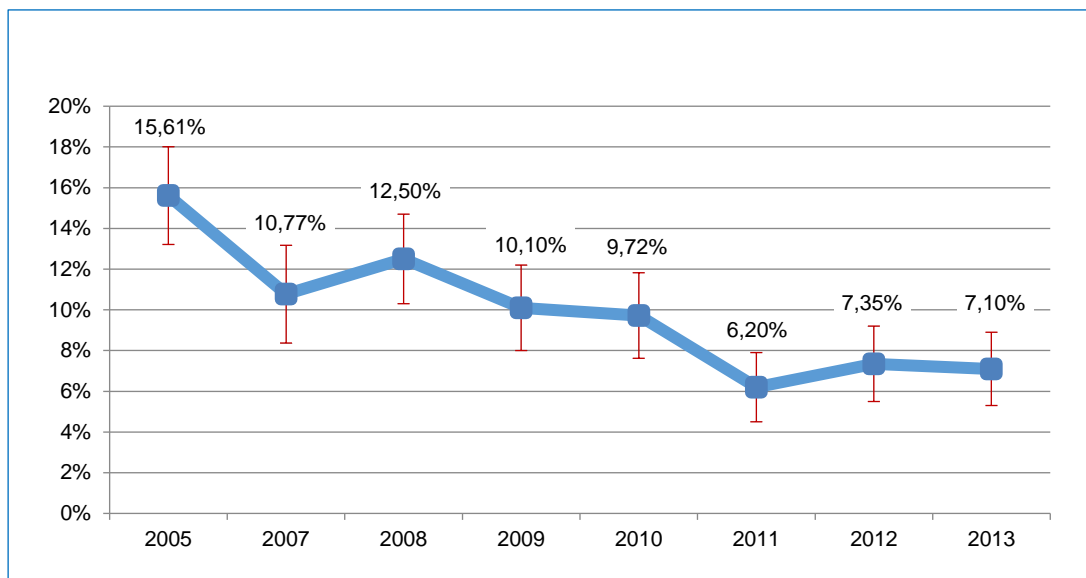
En la encuesta SIVFRENT-J 2013, (fracción de la Ciudad de Madrid) el 30% de adolescentes de 15 y 16 años refiere haber consumido tabaco alguna vez en la vida. Un 8,6%, aunque experimentaron con tabaco, lo han abandonado en la actualidad, llegando al 78% los que actualmente no fuman y casi el 15% fuma esporádicamente.

Además, es importante destacar que aumenta el porcentaje de adolescentes que mantienen un consumo de baja intensidad o de consumo no diario, de menos de 5 cigarrillos día. Estos datos coinciden en lo esencial con lo obtenido en estudios más recientes (ESTUDES 2014/2015).

El tabaco es la sustancia con prevalencias de consumo diario más elevadas en la población de adolescentes madrileños encuestada: el 7,1% refiere fumar diariamente. Sin embargo, hay que hacer constar que el porcentaje de fumadores diarios en jóvenes presenta una tendencia mantenida a la reducción. En el Gráfico 1 puede observarse que el porcentaje de jóvenes que fumaba a diario en 2005 era del 15,61%, pasando en 2010 a un 10,1%, lo que supuso un cambio significativo. Desde entonces se ha seguido observando una

tendencia a la reducción, aunque los últimos 3 años estudiados muestran una estabilización de porcentajes en torno al 7%.

Gráfico 1. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en adolescentes madrileños.



Fuente: SIVFRENT-J 2005-2013.

Cuando se estudian otras variables relacionadas con la conducta de fumar a diario, encontramos, como puede verse en la Tabla 1, que este patrón es más frecuente en las mujeres, que presentan una probabilidad de fumar a diario 2,5 veces superior a la de los varones.

Tabla 1. Prevalencia de consumo diario de tabaco. Distribución porcentual según sexo, edad y país de origen. Año 2013.

	Nº muestral	n	%	OR*	IC 95%	Valor de p	
TOTAL	799	57	7,1				
Sexo	Hombre	381	16	4,2	1		
	Mujer	418	41	9,8	2,54	(1,4 - 4,6)	0,002
Edad	15 años	398	24	6	1		
	16 años	401	33	8,2	1,48	(0,9 - 2,6)	0,16
País de Nacimiento	España	729	54	7,4	1,84	(0,6 - 6,1)	0,32
	Extranjero	70	3	4,3	1		

Fuente: SIVFRENT-J 2013 (fracción de la Ciudad de Madrid).

Otro dato a tener en cuenta es el número de cigarrillos que fuman. Si analizamos exclusivamente los que fuman a diario, el 63,2% consumen menos de 5 cigarrillos (58% en 2009) y sólo el 3,5% fuma 20 o más (11,1% en 2009).

En fumadores no diarios, el 97,5% fuman menos de 5 cigarrillos al día (89,9% en 2009) y sólo un 0,8% fuman 20 o más (0,0% en 2009).

Este posible cambio en las pautas de consumo supondría importantes modificaciones en las consecuencias a largo plazo. Carecemos de estudios que nos permitan conocer cómo se distribuye el consumo esporádico o no diario, así como de otros que exploren la persistencia de este patrón y permitan conocer si se estabiliza en el tiempo o evoluciona a patrones de habituación diaria de mayores dosis de consumo. Se requieren estudios longitudinales, que informen de estas nuevas pautas de consumo, las actividades a las que se vinculan, qué otras sustancias están ligadas a este consumo, las fluctuaciones en la dosis y otras cuestiones relacionadas.

2.2.2. Consumo de alcohol.

SIVFRENT-J 2013 (fracción de la Ciudad de Madrid) indica que un 73,7% declara haber probado el alcohol en alguna ocasión. La edad media del primer consumo se sitúa en los 13,8 años (d.t.= 1,5), sin diferencias por sexo. La frecuencia con la que beben alcohol se muestra en la Tabla 2.

SIVFRENT-J 2013 (fracción de la Ciudad de Madrid) indica que el alcohol es la sustancia con más alta prevalencia de consumo actual, el 51,4% de adolescentes refiere haber consumido alcohol en el mes previo a la encuesta, el 46,7% de los varones y el 55,6% de las mujeres.

Tabla 2. Frecuencia de consumo alcohol (en porcentaje).

	En la vida	En el último año	En el último mes
Ningún día	26,3	28,8	39,2
≤ 5 días	22,1	29,9	43,2
5 – 20 días	18,7	21,2	8,6
> 20 días	30,7	13,9	1,1
NS/NC	2,4	6,0	7,8

Fuente: SIVFRENT-J 2013 (fracción de la Ciudad de Madrid).

En relación con el consumo de alcohol los perfiles observados en adolescentes son: el 53% de la muestra se consideran abstemios, el 43% bebedores moderados y el 3,8% bebedores de riesgo.

Con relación al tipo de bebida que consumen destacan los combinados o “cubatas” (el 37% refiere tomarlos habitualmente) seguidos de las bebidas destiladas sin combinar, los populares “chupitos” (un 23%) y la cerveza que refieren tomarla un 21% de la muestra. En consumidores de alcohol es frecuente la ingesta de más de un tipo de bebida de forma habitual, declaran consumo de

solo un tipo el 17% de la muestra, de 2 tipos diferentes el 15% y en similar porcentaje (15,5%) refieren consumir 3 o más tipos de bebidas. El fin de semana, viernes, sábado y domingo, es el periodo de la semana en el que se concentra el consumo de alcohol en la población analizada.

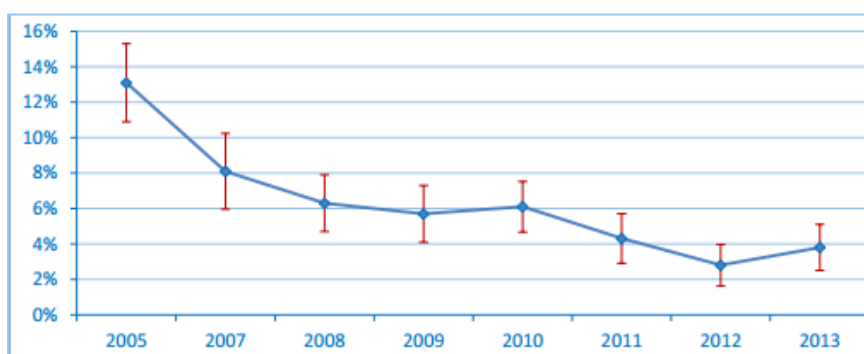
Respecto al patrón de bebedor de riesgo se observan diferencias estadísticamente significativas en relación al género siendo más elevado en las mujeres (5,7%) que en los varones (1,6%) con una probabilidad 3,8 veces superior en ellas (Tabla 3). La tendencia temporal de la proporción con patrón de consumo de riesgo favorable (Gráfico 2) bajando de manera constante y significativa desde un 13% en el primer año analizado (2005) a un 3,8% en 2013.

Tabla 3. Proporción de adolescentes con patrón de consumo de bebedor de riesgo. Distribución según sexo, edad y país de nacimiento.

		N muestral	n	%	ORa	IC 95%	Valor de p
TOTAL		800	30	3,8			
Sexo	Hombre	382	6	1,6	1		
	Mujer	418	24	5,7	3,8	(1,5 - 9,5)	0,04
Edad	15 años	399	15	3,8	1		
	16 años	401	15	3,7	1,05	(0,5 - 2,2)	0,9
País de nacimiento	España	730	27	3,7	1		
	Extranjero	70	3	4,3	1,2	(0,3 - 4,0)	0,8

Fuente: SIVFRENT-J 2013 (fracción de la Ciudad de Madrid).

Gráfico 2. Proporción de adolescentes con patrón de consumo de alcohol de bebedor de riesgo. Estimación puntual e intervalo de confianza. Años 2005-2013.



Fuente: SIVFRENT-J 2013.

En cuanto a la práctica de “*binge drinking*” (consumo en atracón, definido como la ingesta de 6 o más Unidades de Bebida Estándar UBE en una misma ocasión, entendiendo por ocasión una tarde o una noche de consumo) en el mes previo a la encuesta, también se asocia con el género: el 31% de las chicas refiere esta conducta, al menos una vez en los últimos 30 días, frente al 24% de los chicos llegando esta diferencia a ser estadísticamente significativa (OR: 1,4).

Estos patrones de ingesta abusiva puntual en el tiempo analizado (2007-2013) se mantienen estables, no mostrando una tendencia favorable (Tabla 4).

Tabla 4. Tendencia temporal de la proporción de adolescentes que refieren haber consumido 6 ó más unidades de alcohol en una misma ocasión, en el mes previo a la encuesta. Estimación puntual e intervalo de confianza.

	N muestral	%	IC 95%
2007	626	27,1	(23,6 - 30,6)
2008	888	26,7	(23,8 - 29,6)
2009	799	30,6	(27,3 - 33,9)
2010	772	29,0	(25,8 - 32,2)
2011	812	25,9	(22,9 - 28,9)
2012	759	22,5	(19,4 - 25,5)
2013	800	27,5	(24,4 - 30,6)

Fuente: SIVFRENT-J 2013 (fracción de la Ciudad de Madrid).

En relación a las intoxicaciones étlicas autorreferidas, concretamente se pregunta “te has emborrachado alguna vez en...” en el mes y en el año previo al estudio. Se observan prevalencias muy elevadas de borracheras en la población de adolescentes, el 44% dice haberse emborrachado alguna vez en el último año. Existen diferencias significativas según género: el 50% de las mujeres frente al 37% de los varones, lo que supone una probabilidad 1,8 veces mayor para ellas (Tabla 5). Lo mismo sucede cuando se estudia esta variable en el último mes (Tabla 6).

Tabla 5. Prevalencia de intoxicación ética autorreferida en los 12 meses previos. Distribución según sexo, edad y país de nacimiento.

		N muestral	n	%	ORa	IC 95%	Valor de p
TOTAL		800	352	44,0			
Sexo	Hombre	382	141	36,9	1		
	Mujer	418	211	50,5	1,8	(1,3 - 2,3)	0,0001
Edad	15 años	399	174	43,6	1		
	16 años	401	178	44,4	1,06	(0,8 - 1,4)	0,7
País de nacimiento	España	730	318	43,6	1		
	Extranjero	70	34	48,6	1,2	(0,6 - 1,8)	0,41

Fuente: SIVFRENT-J 2013 (fracción de la Ciudad de Madrid).

Tabla 6. Prevalencia de intoxicación etílica autorreferida en el mes previo.
Distribución según sexo, edad y país de nacimiento.

		N muestral	n	%	ORa	IC 95%	Valor de p
TOTAL		800	170	21,3			
Sexo	Hombre	382	62	16,2	1		
	Mujer	418	108	25,8	1,8	(1,3 - 2,6)	0,001
Edad	15 años	399	85	21,3	1		
	16 años	401	85	21,2	1,02	(0,7 - 1,4)	0,9
País de nacimiento	España	730	155	21,2	1		
	Extranjero	70	15	21,4	1,01	(0,6 - 1,8)	0,96

Fuente: SIVFRENT-J 2013 (fracción de la Ciudad de Madrid).

En resumen, se encuentra una prevalencia elevada de consumo de alcohol en la población adolescente de la Ciudad de Madrid, asociado, además, a conductas de riesgo, como el consumo en atracones, episodios de embriaguez, viajar en coches conducidos por personas bajo los efectos del alcohol, etc. Si, como se considera habitualmente, cualquier consumo de alcohol en adolescentes debe considerarse un consumo de riesgo, los datos disponibles informan de una situación que requiere de la intervención conjunta de los poderes públicos.

2.2.3. Consumo de cannabis.

Entre las sustancias de comercio ilegal consumidas por adolescentes destaca el cannabis, siendo la droga de comercio ilegal más consumida por todos los grupos de edad y por ambos sexos en nuestro país y los de nuestro entorno.

Según la encuesta SIVFRENT-J 2013 (fracción de la Ciudad de Madrid) dos de cada diez madrileños/as de la población encuestada de 15 y 16 años (22,1%) ha consumido cannabis alguna vez en la vida, más de uno de cada diez refiere consumo reciente (12,2% en el último año) y el 8% refiere consumo actual, en el último mes.

Según los datos obtenidos de ESTUDES 2014 (fracción de la Ciudad de Madrid), un 27,1% de la muestra ha consumido cannabis en algún momento de la vida, un 22,7% lo ha hecho en el último año y un 13,6% en el último mes. No hay diferencias significativas por sexo en el consumo a lo largo de la vida, pero sí en el consumo en el último año, más frecuente en varones (23,0 – 27,8 %) que en mujeres (17,6 – 22,2 %). Lo mismo sucede en el consumo en el último mes (13,9 – 18,1 % en varones, 9,3 – 12,9 % en mujeres). Los únicos datos con los que es posible comparar estos resultados son los recogidos en la Encuesta de Consumo realizada por Madrid Salud en 2005; en ella, el 40,0% de jóvenes en

el rango de edad más parecido a ESTUDES 2014, en la franja de 15-17 años, había probado ya el cannabis en alguna ocasión. Con las precauciones que imponen las limitaciones metodológicas, parece probable que ha descendido, cuando menos, el consumo ocasional, entre la población adolescente de Madrid.

La edad media de inicio en el consumo de cannabis es de 14,8 años (d.t.= 1,4), sin que exista diferencia significativa entre varones y mujeres (15,4 años en la Encuesta de 2005).

Respecto a la forma de consumo de la sustancia, el 42,7% consume el cannabis en forma de marihuana, el 20,2% en forma de hachís y el 37,1% en ambos formatos. El 85,4% de la población entrevistada consume esta sustancia mezclada con tabaco.

Para valorar el riesgo de abuso se administró la versión española de la Escala CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*), que consiste en 6 preguntas que buscan identificar patrones o conductas de riesgo asociadas al consumo de cannabis en el último año. Se consideran consumidores/as no problemáticos los que presentan una puntuación de 0-1 puntos, consumidores/as de bajo riesgo los que presentan de 2-3 puntos y consumidores/as problemáticos los de 4 o más puntos. Según ello, se comprobó que un 69,2% tenía un patrón considerado no problemático, un 14,8% tenía un patrón de riesgo y el 16% restante se podían considerar como consumidores/as problemáticos.

El 1,2% de la población entrevistada declara haber comenzado, en el último año, un tratamiento para dejar de consumir cannabis.

2.2.4. Consumo de cocaína.

En la muestra encuestada en ESTUDES 2014 (fracción de la Ciudad de Madrid), un 1,5% de la muestra declara haber probado en alguna ocasión la cocaína en polvo, porcentaje idéntico para hombres y mujeres. El dato es similar al encontrado en la encuesta SIVFRENT-J (1,76%). La edad del primer consumo se sitúa entre los 12 y los 17 años con una edad media de 15,1 años (d.t.= 1,3), sin diferencias por sexos. El consumo es esporádico (no más de 3 veces en la vida) en el 1% y sólo el 0,5% lo ha consumido con mayor frecuencia. No hay diferencias significativas por sexo. El 1,2% de la población encuestada afirma haber consumido en alguna ocasión, en el último año, y el 0,5%, en el último mes; sin diferencias por sexo.

Un 2,1% de la muestra declara haber probado la cocaína base en alguna ocasión en su vida. La edad de inicio en el consumo se sitúa entre los 11 y los 17 años con una edad media del primer consumo de 15,1 años (d.t.= 1,5). El consumo parece más frecuente entre los hombres (2,3%) que entre las mujeres (1,8%), aunque las diferencias no alcanzan la significación estadística. El

porcentaje de sujetos que ha consumido base de cocaína en el último año es del 1,7% y en el último mes del 0,8%.

2.2.5. Fármacos tranquilizantes (hipnosedantes).

Según ESTUDES 2014 (fracción de la Ciudad de Madrid), el 16,1% de estudiantes madrileños encuestados de 14 a 18 años refiere haber consumido hipnosedantes alguna vez en la vida, un 10,3% en el último año y un 5,9% en el último mes. Aproximadamente la mitad lo hace sin prescripción médica: el 8% los han consumido alguna vez en la vida, el 5,2% en el último año y el 2,8% en el último mes.

En la Tabla 7 se muestra la frecuencia con la que se han consumido fármacos tranquilizantes. Las mujeres declaran un consumo significativamente más frecuente que el de los varones, tanto a lo largo de la vida como en el año y mes previos. La edad media de inicio en el consumo de tranquilizantes es de 14,2 (d.t.= 2,2) para las mujeres y de 13,9 años (d.t.= 2,4) para los varones, con un rango de 6 a 18 años. También es más frecuente en las mujeres el consumo de estos medicamentos sin prescripción médica (Tabla 8). La edad media a la que se inicia el consumo de tranquilizantes no prescritos es de 13,8 años en los hombres (d.t.= 2,6) y de 14,4 años en las mujeres (d.t.= 1,8), lo que no representa diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 7. Frecuencia de consumo de fármacos tranquilizantes.

	En la Vida		Último Año		Último Mes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nunca	87,6	77,9	91,7	84,7	94,4	90,2
5 días o menos	7,1	13,7	4,3	9,6	2,6	6,0
6 a 19 días	1,8	4,1	1,0	2,9	0,4	1,4
20-39 días	0,7	1,1	0,2	0,7	0,5	0,9
40 días o más	1,1	2,7	0,7	1,2	-	-
NS/NC	1,6	0,6	2,0	0,9	2,1	1,6

Fuente: ESTUDES 2014 (fracción de la Ciudad de Madrid).

Tabla 8. Frecuencia de consumo de fármacos tranquilizantes sin prescripción médica.

	En la Vida		Último Año		Último Mes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nunca	94,3	88,4	96,4	91,7	97,6	95,0
5 días o menos	3,7	8,4	2,2	6,1	1,4	3,7
6 a 19 días	0,5	2,0	0,4	1,3	0,1	0,3
20-39 días	0,5	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1
40 días o más	0,3	0,5	0,1	0,1	-	-
NS/NC	0,7	0,4	0,8	0,6	0,8	1,0

Fuente: ESTUDES 2014 (fracción de la Ciudad de Madrid).

2.2.6. Nuevas adicciones.

Uno de los ámbitos que han generado una especial atención en los últimos años es el de las nuevas adicciones sin sustancias o también denominadas adicciones comportamentales. No hay un acuerdo en el mundo científico para asumir el concepto de “adicción” referido a este tipo de conductas, pero si es ampliamente conocido que comparten infinidad de características con las ya conocidas adicciones con sustancias. Por ello, es necesario continuar la investigación sobre este tipo de conductas, el potencial abuso y el posible carácter adictivo que presentan.

Un estudio muy reciente, aún no publicado, realizado por Madrid Salud en colaboración con la Universidad Camilo José Cela de Madrid, ha reclutado una muestra representativa de 2.341 jóvenes escolarizados en 4º curso de la E.S.O. de 32 centros educativos de la ciudad, estratificando la muestra según nivel de desarrollo de los barrios y titularidad del centro educativo: público, concertado y privado. Se ha estudiado el uso de Internet, teléfono móvil, videojuegos, mensajería instantánea y redes sociales. Los resultados apuntan a una elevada prevalencia de consumo de riesgo y consumo problemático de todas estas tecnologías de la información y la comunicación (TIC). El uso de riesgo de Internet es del 68,0% de la población encuestada y el consumo abiertamente problemático supera el 36%. En la Tabla 10 se muestran los valores obtenidos para cada TIC. El hallazgo principal es que cuanto más problemático es el consumo más probable es la presencia de síntomas relacionados con la salud mental, y que podrían justificarse por la afectación de la corteza prefrontal, zona cerebral encargada de la gestión del comportamiento: en los varones hay más problemas asociados a síntomas disejecutivos, mientras que en las mujeres predominan problemas en el control de las emociones.

Tabla 10. Clasificación de la muestra según tipo de uso de las TIC.

	Total (IC95%)	
	Uso de riesgo	Uso problemático
Internet	68.0 (65.5-70.5)	36.5 (33.9-39.1)

Total (IC95%)		
	Uso de riesgo	Uso problemático
Móvil	57.3 (54.7-58.9)	28.9 (26.5-31.3)
Videojuegos	40.4 (37.8-43.0)	18.2 (16.1-20.3)
Mensajería instantánea	43.5 (40.9-46.1)	22.5 (20.3-24.7)
Redes sociales	39.1 (36.5-41.7)	19.9 (17.8-22.0)

Fuente: Datos actualmente no publicados.

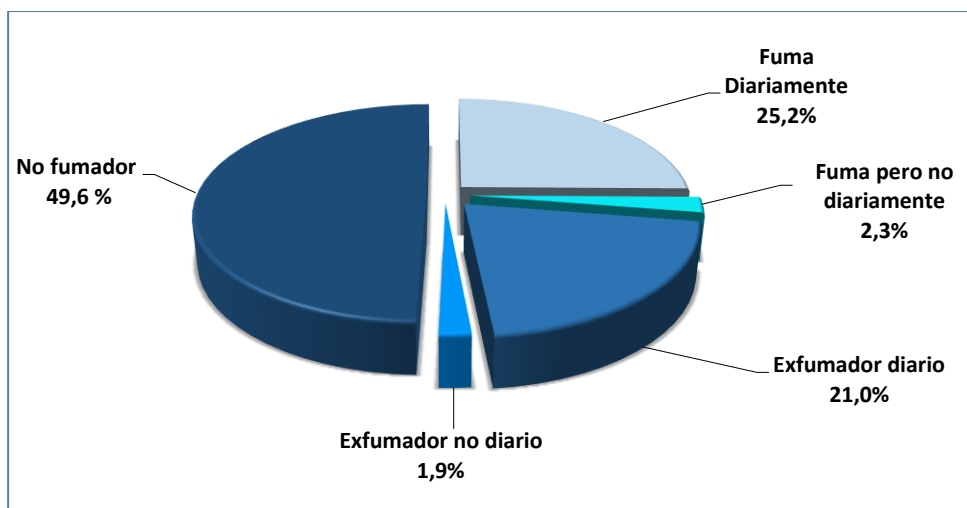
Estos datos alertan de problemas que pueden evolucionar a formas más graves de comportamiento, acompañarse de problemas de salud mental y eventualmente conformarse como conductas adictivas. Dada la temprana edad de la población encuestada y las elevadas prevalencias de uso problemático encontrado, estos datos sugieren la necesidad de desarrollar firmes políticas de prevención y de atención a quienes ya tienen establecidos patrones problemáticos de comportamiento.

2.3. El consumo de drogas en la población general.

2.3.1. Tabaco.

En relación al consumo de tabaco, los datos obtenidos en la encuesta SIVFRENT-A 13 (fracción de la Ciudad de Madrid), el 27,5% era fumador/a en el momento de la entrevista y el 50,4% afirmó haber fumado más de 100 cigarrillos en su vida. El 25,2% fuma diariamente, siendo esta proporción similar para ambos sexos. La mayor proporción de población fumadora diaria del total de la muestra, se encuentra en el grupo de mayor edad (28,0%). (Gráfico 3)

Gráfico 3. Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco.
Población de 18-64 años. Ciudad de Madrid, 2013.



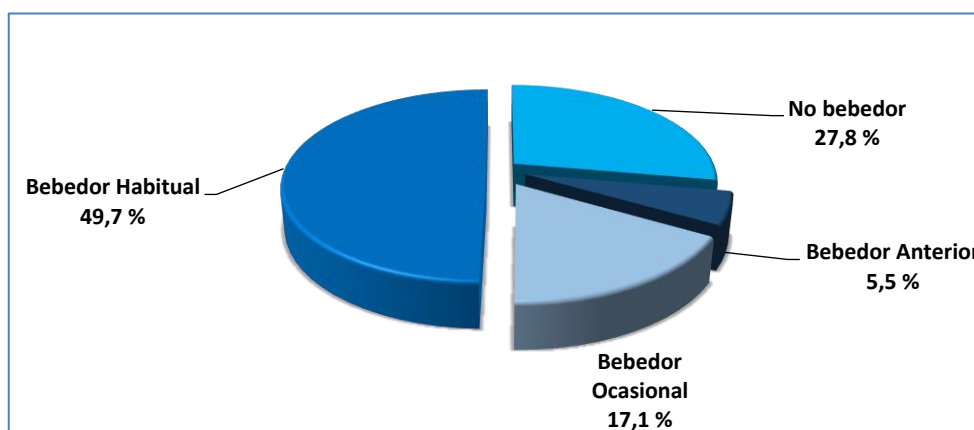
Fuente: SIVFRENT-A 13 (fracción de la ciudad de Madrid).

2.3.2. Alcohol.

En cuanto al consumo de alcohol, los datos de EDADES 2013 (fracción de la Ciudad de Madrid) muestran que el 96,3% de la población entrevistada declara haber tomado alguna vez algún tipo de bebida alcohólica. El primer consumo se produjo como media a los 16,8 años, aunque el rango abarca desde los 8 hasta los 40 años. Los hombres tuvieron su primer consumo significativamente antes que las mujeres: ellos a los 16,0 y ellas a los 17,5.

Para conocer los patrones de consumo de alcohol, la encuesta SIVFRENT-A 13 (fracción de la Ciudad de Madrid), en función de la respuesta a la pregunta: “*Pensando en los últimos treinta días, ¿qué frecuencia de las que le voy a leer describe mejor su consumo de bebidas que contienen alcohol en este periodo?*”, clasifica a las personas en las siguientes categorías: no bebedor, bebedor ocasional (menos de un día a la semana) o bebedor habitual (al menos 1 vez a la semana). De esta manera, la población encuestada pudo ser clasificada en las categorías reflejadas en la siguiente figura.

Gráfico 4. Tipos de relación con la bebida



Fuente: SIVFRENT-A 13 (fracción de la ciudad de Madrid).

De entre quienes declaraban ser no bebedores, el 16,5% (IC95%= 12,4 – 20,6) lo había sido en momentos anteriores, mientras que el 83,5% (IC95%= 79,4 – 87,6) no había bebido nunca. De entre quienes habían pasado a ser no bebedores, el 28,8% lo habían hecho en los últimos 3 meses, un 19,2% llevaba entre uno y dos años sin beber, un 15,4% entre 2 y 5 años, y un 30,8% restante llevaba abstemio más de 5 años.

En la Tabla 12 se muestran estos resultados según sexo y grupo de edad. Se observa que mientras las mujeres son más frecuentemente abstemias, los varones son bebedores habituales en una proporción significativamente mayor.

Tabla 12. Tipo de bebedores según sexo y grupo de edad.

	18 - 29 AÑOS		30 - 44 AÑOS		45 - 64 AÑOS	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
No bebedor	24,5 (16,2 - 32,8)	28,7 (19,9 - 37,5)	17,8 (12,3 - 23,4)	37,2 (30,3 - 44,1)	14,5 * (9,2 - 19,7)	41,0 * (34,1 - 47,9)
Bebedor anterior	4,9 (0,7 - 9,1)	4,0 (0,2 - 7,8)	6,5 (2,9 - 10,0)	6,4 (2,9 - 9,9)	5,8 (2,3 - 9,3)	4,6 (1,7 - 7,6)
Bebedor ocasional	20,6 (12,8 - 28,4)	27,7 (19,0 - 36,5)	21,6 (15,7 - 27,6)	20, (14,5 - 26,0)	10,4 (5,9 - 15,0)	8,2 (4,4 - 12,1)
Bebedor habitual	50,0 (40,3 - 59,7)	39,6 (30,1 - 49,1)	54,1 (46,9 - 61,2)	36,2 (29,3 - 43,0)	69,4 * (62,5 - 72,6)	46,2 * (39,2 - 53,2)

Fuente: SIVFRENT-A 13 (fracción de la ciudad de Madrid)

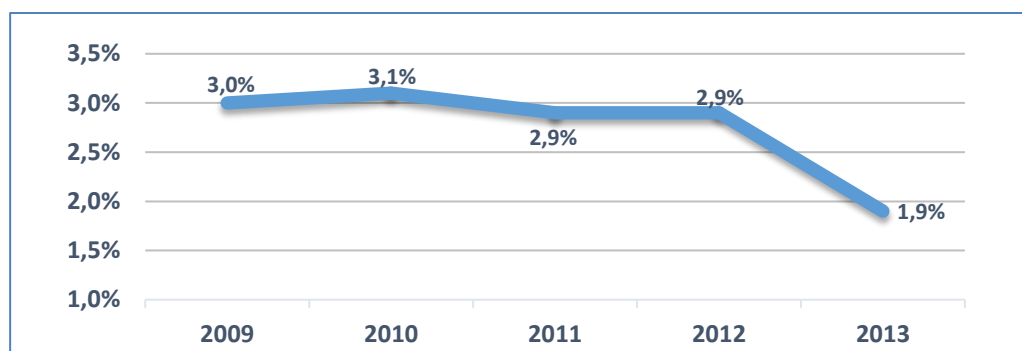
* Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Entre paréntesis, Intervalo de confianza del 95%.

Además se pregunta el patrón de bebida habitual: tipo de bebida, número de unidades diarias y días de la semana en que se produce el consumo. La

cantidad total de alcohol consumido, por término medio al día, se calcula a partir de la frecuencia de consumo y la cantidad consumida, de diversas bebidas alcohólicas, durante la última semana. Así pudo clasificarse a la muestra en bebedores moderados (de 1 a 39 gr/día en los hombres y de 1 a 23 gr/día en las mujeres), bebedores de riesgo (consumo diario de ≥ 40 g/día en varones y ≥ 24 g/día en mujeres) y no bebedores.

La mayor parte de quienes beben habitualmente lo hace según un patrón de moderación. En bebedores de riesgo hay diferencias significativas por sexo: es más frecuente entre hombres, el 3,5% (1,8-5,2), que entre las mujeres, 0,4% (0-1,0). El porcentaje de la población encuestada madrileña que puede ser considerada *bebedores de riesgo* es del 1,9%, cifra significativamente inferior a la registrada en años pasados, en los que se mantenía prácticamente estable con porcentajes cercanos al 3%, habrá que comprobar si esta tendencia se mantiene en el tiempo. (Gráfico 4)

Gráfico 4. Porcentaje de bebedores de riesgo sobre el total de población encuestada.



Fuente: SIVFRENT-A (fracción de la ciudad de Madrid)

Atendiendo a EDADES 2013 (fracción de la Ciudad de Madrid), en la Tabla 13 se muestra la frecuencia de días en los que se ha bebido alcohol y el número de episodios de embriaguez experimentado.

Tabla 13. Número de días que se consume alcohol y borracheras experimentadas en el último año.

	Número de días que tomó una o más bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses			Número de veces que se ha emborrachado en los últimos 12 meses			
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	
Entre 1-3 días	3,8	7,1	5,5	Entre 1-3	15,3	9,4	12,3
Entre 4-9 días	3,5	7,1	5,4	Entre 4-9	8,6	4,0	6,2
Entre 10-19 días	5,8	11,3	8,6	Entre 10-19	4,2	1,3	2,7
Entre 20-29 días	9,5	10,3	9,9	Entre 20-29	2,2	0,8	1,5

	Número de días que tomó una o más bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses			Número de veces que se ha emborrachado en los últimos 12 meses			
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	
Entre 30-150 días	44,8	36,0	40,3	30 o más	2,7	0,4	1,5
Más 150 días	18,0	8,8	13,2				
No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses	10,9	15,3	13,1	No me he emborrachado en los últimos 12 meses	37,7	33,7	35,6
Nunca he tomado bebidas alcohólicas	3,8	3,6	3,7	Nunca me he emborrachado	13,3	30,8	22,3
No contesta	-	0,6	0,3	No contesta	1,3	0,8	1,1

Fuente: EDADES 2013 (fracción de la ciudad de Madrid).

En cuanto al consumo en el último mes, el porcentaje de mujeres que no han bebido en el último mes (30,3%; IC95%= 26,2 – 34,4) es significativamente mayor que el de los hombres (16,4%; IC95%= 13,0 – 19,8). Por el contrario, es mayor el número de hombres que se han emborrachado alguna vez en el mes anterior (14,9%; IC95%= 11,6 – 18,2) que el de mujeres (6,7%; IC95%= 4,5 – 8,9).

En la Tabla 14 se muestran las consecuencias del consumo abusivo de alcohol, según el cuestionario AUDIT. La corrección habitual de esta prueba sugiere que el 7,1% de los hombres (9 o más puntos) y el 8,2% de las mujeres de la muestra (6 o más puntos) pueden tener un consumo problemático de alcohol.

Si nos basamos en el test AUDIT, cumplimentado por el 81,9% de la muestra, la prevalencia del consumo de riesgo de alcohol en el último año (puntuación ≥ 8), ha sido del 6,7%; presentando un 0,4% una posible dependencia (puntuación ≥ 20). El consumo de riesgo es superior en varones que en mujeres (10,9% vs 2,7%) y en los grupos de edad más jóvenes (8,1% en 15-34 años) frente al 5,3% en el tramo de 35-65 años.

La ingesta de 6 o más copas en un solo día, en los 30 días previos a la encuesta, con una frecuencia de 2 o 3 veces a la semana fue referida por el 10,4% de la muestra (14,6% en hombres y 6,3% de las mujeres).

Tabla 14. Problemas relacionados con el consumo de alcohol: cuestionario AUDIT.

Con qué frecuencia, en el último año...	Nunca	Menos de una vez/mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	No en los últimos 12 meses	NS/NC
Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas	1,9	23,3	31,6	17,5	8,1	16,9	0,6
Se tomó 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día	52,0	15,3	6,0	8,6	0,5	16,9	0,6
Ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado	75,5	5,4	1,3	0,3	-	16,9	0,6
No pudo atender sus obligaciones porque había bebido	79,7	2,3	0,2	0,1	-	16,9	0,9
Ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior	79,2	1,6	0,9	0,3	0,2	16,9	0,9
Ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido	78,4	3,0	0,8	0,1	0,1	16,9	0,8
No ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo	77,4	3,8	0,9	0,1	0,2	16,9	0,8
	No	Sí, pero no en el último año	Sí, en el último año				
Usted, o alguna otra persona, ha resultado herida porque usted había bebido	81,1	0,8	0,4			16,9	0,9
Algún familiar, amigo o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de alcohol, o le ha sugerido que deje de beber	80,9	0,5	0,9			16,9	0,8
	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 9	≥ 10		
Cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente cuando bebe	55,7	20,9	4,3	1,3	0,2	16,9	0,8

Fuente: EDADES 2013 (fracción de la ciudad de Madrid)

2.3.3. Tranquilizantes.

Según EDADES 2013 (fracción de la Ciudad de Madrid) un 18,8% de la muestra declara haber consumido tranquilizantes en algún momento de su vida, un 9,9% lo ha hecho en el último año, un 5,8% en el último mes y un 3,7% a diario en ese último mes. En todos los casos, el consumo es significativamente mayor en las mujeres encuestadas (Tabla 15).

Tabla 15. Consumo de tranquilizantes según sexo.

	Hombres	Mujeres	Sig.
	% (IC95%)		
Alguna vez	14,4 (11,2 - 17,6)	23,0 (19,2 - 26,8)	p< 0,05
Último año	5,8 (3,6 - 8,0)	13,8 (10,7 - 16,9)	p< 0,05
Último mes	2,7 (1,2 - 4,2)	8,8 (6,3 - 11,3)	p< 0,05
Diario en el último mes	1,1 (0 - 2,5)	6,1 (3,9 - 8,3)	p< 0,05
NS/NC	0,2	0,7	

Fuente: EDADES 2013 (fracción de la ciudad de Madrid).

Un 2,8% de la muestra declara haber consumido alguna vez tranquilizantes sin receta, un 1,0% en el último año y un 0,5% en el último mes. No hay diferencias por sexo en este caso.

2.3.4. Cannabis.

Según EDADES 2013 (fracción de la Ciudad de Madrid) un 35,1% de la muestra declara haber consumido cannabis en algún momento de su vida, siendo más frecuente el consumo entre los hombres (42,4%; IC95%= 37,8 - 47,0) que entre las mujeres (28,2%; IC95%= 24,2 - 32,2). La edad media del primer consumo fue 18,0 años (d.t.= 4,2), sin diferencias significativas por sexo. En la Tabla 16 se muestra la cantidad de días en los que se ha consumido.

Tabla 16. Días de consumo de cannabis.

Último año	%	Último mes	%
Entre 1-3 días	1,7	Entre 1-3 días	2,3
Entre 4-9 días	1,0	Entre 4-9 días	2,6
Entre 10-19 días	1,5	Entre 10-19 días	1,8
Entre 20-29 días	,8	Entre 20-29 días	1,4
Entre 30-150 días	4,0	30 días	2,3
Más 150 días	3,4	No en los últimos 30 días	24,8
No en los últimos 12 meses	22,3		
Nunca ha consumido Cannabis	64,9		
No contesta	,4		

Fuente: EDADES 2013 (fracción de la ciudad de Madrid).

Una parte de la muestra cumplimentó el *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST), escala de cribado de consumo problemático de cannabis, validada en castellano. Esta escala proporciona puntuaciones entre 0 y 24 (6 ítems, que se corrigen entre 0 y 4 cada uno). Los puntos de corte para CAST referidos en el estudio de validación fueron 9 para dependencia (DSM-IV) y 7 para adicción moderada (DSM-V). Utilizando estos puntos de corte, un 63,0% de la población encuestada consumidora mantendría un patrón no problemático de consumo, un 11% una adicción moderada y un 25,4% una dependencia severa. Un 0,1% de

la muestra había iniciado algún tratamiento para abandonar el consumo de cannabis.

2.3.4. Cocaína.

Según EDADES 2013 (fracción de la Ciudad de Madrid) un 11,9% de la muestra declara haber consumido cocaína en polvo alguna vez en la vida. El consumo es significativamente más frecuente entre los hombres (17,7%; IC95%= 14,2 – 21,2) que entre las mujeres encuestadas (6,5%; IC95%= 4,3 – 8,7) (Tabla 17).

Sólo un 1,2% por ciento de la muestra ha consumido base de cocaína, pero en ningún caso en el último año. La edad media del primer consumo de cocaína es a los 21,9 años en la población encuestada.

Tabla 17. Consumo de cocaína.

	Hombres	Mujeres	Total
Ha consumido alguna vez en la vida	17,7	6,5	11,9
Nº días último año			
Entre 1-3 días	0,9	0,2	0,5
Entre 4-9 días	0,4	0,4	0,4
Entre 10-19 días	0,7	0,4	0,5
Entre 20-29 días	0,7	0,0	0,3
Entre 30-150 días	0,4	0,2	0,3
Más 150 días	0,0	0,0	0,0
No en el último año	14,6	5,2	9,8
Nunca ha consumido	82,3	93,5	88,1
No contesta	-	-	-
Nº días último mes			
Entre 1-3 días	0,7	0,2	0,4
Entre 4-9 días	1,6	0,4	1,0
Entre 10-19 días	0,2	0,2	0,2
Entre 20-29 días	0,0	0,0	0,0
30 días	0,0	0,0	0,0
No en el último mes	15,3	5,6	10,3

Fuente: EDADES 2013 (fracción de la ciudad de Madrid).

2.3.6. Otras drogas.

En la Tabla 18 se muestra la frecuencia de consumo de otras drogas (EDADES 2013: fracción de la Ciudad de Madrid). En la población encuestada en todas las sustancias, el consumo es mayor en varones y en los más jóvenes.

Tabla 18. Frecuencia de consumo de otras drogas.

	Alguna vez en la vida	En el último año	En el último mes
Éxtasis	6,8	2,2	0,4
Anfetaminas	3,4	0,9	0,4
Alucinógenos	4,2	0,5	0,1
Heroína	1,3	0,3	0,1
Inhalables volátiles	1,0	0,3	0,9
Ketamina	0,9	0,1	0,1
GHB	0,8	0,1	0,1
Spice	1,6	0,4	0,3
Piperazinas	0,1	0,0	0,1
Mefedrona	0,2	0,1	0,1
Nexus	0,6	0,3	0,2
Metanfetamina	0,3	0,1	0,1
Setas mágicas	2,5	0,2	0,0
Research chemicals	0,1	0,0	0,0
Legal highs	0,1	0,0	0,0
Salvia	1,2	0,2	0,0
Esteroides anabolizantes	0,2	0,6	0,0
Otras	0,1	0,0	0,0

Fuente: EDADES 2013 (fracción de la ciudad de Madrid).

2.3.7. Complicaciones y problemas por consumo de drogas.

Según EDADES 2013 (fracción de la Ciudad de Madrid) un 0,8% de la muestra ha consumido en alguna ocasión drogas inyectadas (0,1% en el último año y 0,1% en el último mes). Un 0,1% de la muestra ha compartido jeringuillas u otro material de inyección.

Por último, en relación con el policonsumo, el 45,2% de la población encuestada había consumido más de una sustancia en el último año. Sólo el 10,8% no había consumido ninguna. El alcohol está presente en el 96,8% de los policonsumos y el tabaco en el 91,4%.

Respecto a la aparición de complicaciones asociadas al consumo, un 0,3% de la población encuestada ha sido atendido alguna vez por infecciones u otros problemas de salud relacionados con el consumo de drogas, ilegales solas o combinadas con alcohol o medicamentos, durante el último año, Nadie declaró haber tenido que recibir atención por sobredosis o intoxicación por drogas

ilegales, o por drogas combinadas con alcohol o medicamentos, borrachera o intoxicación por alcohol sin combinar con drogas ilegales o medicamentos.

La frecuencia de otros problemas relacionados con el consumo de drogas se muestra en la Tabla 19.

Tabla 19. Frecuencia de otros problemas relacionados con el consumo de drogas.

	Sí
Accidentes laborales	0,2
Accidentes de tráfico	0,5
Otros problemas de salud física	1,3
Problemas psicológicos o psiquiátricos	1,4
Conflictos familiares	2,3
Disputas o conflictos con amigos, compañeros o vecinos	1,1
Conflictos laborales	0,8
Disminución del rendimiento laboral	0,9
Disminución del rendimiento académico	0,8
Dificultades económicas	1,3
Conflictos con la policía o la ley	1,1
Relaciones sexuales que en otras circunstancias no hubiera mantenido	0,6
Relaciones sexuales sin protección	1,1
Otros problemas	0,3
Nunca he tenido problemas de este tipo	86,9
Nunca he consumido alcohol u otras drogas	1,5
No contesta	7,5

Fuente: EDADES 2013 (fracción de la ciudad de Madrid).

Un 1,1 % de la población entrevistada ha iniciado algún tratamiento por consumo de drogas a lo largo de su vida. Un 0,2% lo ha hecho en el último año. Un 0,2% lo ha hecho por tabaco y un 0,1% por heroína y cocaína.

2.3.8. Datos técnicos de las Encuestas utilizadas.

- SIVFRENT-J

Características técnicas. Población objeto de estudio: Población escolarizada en el 4º curso de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.) de la Comunidad de Madrid. Se realiza un muestreo de conglomerados bietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. Las unidades de primera etapa están formadas por los centros escolares y las de segunda etapa, por las aulas. Los criterios de estratificación son: la zona geográfica (Madrid y resto de municipios) y la titularidad de los centros escolares (públicos y concertados/privados). La asignación muestral en cada estrato es proporcional al número de alumnos de 15 y 16 años matriculados. Como fuente de

datos para la selección muestral se utiliza el censo de centros escolares de la Consejería de Educación. La selección de las unidades de primera etapa (centros escolares) se realiza con probabilidad proporcional al número de alumnos de 15 y 16 años matriculados en dichas unidades. La selección de las unidades de segunda etapa es constante, muestreando dos aulas por centro escolar. La técnica de entrevista se basa en un cuestionario autoadministrado en aula, cuya duración media de cumplimentación es de 45 minutos. El tamaño muestral fue de 2.115 entrevistas distribuidas en 89 aulas de 45 centros escolares. Las entrevistas se realizaron durante los meses de Abril y Mayo de 2013. Para el análisis de los hábitos de salud de adolescentes de la ciudad de Madrid se utiliza la fracción de la muestra correspondiente a la ciudad y a las edades de 15 y 16 años cuyo tamaño es de 800, con un error muestral del 3,6%, para un nivel de confianza del 95% y $p = q$, en el supuesto de muestreo aleatorio simple. Se han excluido, como en la monitorización de años anteriores, al alumnado de 17 ó más años, ya que no son representativos del conjunto de jóvenes de estas edades escolarizados en la Comunidad o en la ciudad de Madrid, sino que corresponden a aquellos estudiantes que, por diferentes circunstancias, han repetido uno o más cursos.

- ESTUDES

Características técnicas. Población objeto de estudio: estudiantes de 14-18 años que cursan Enseñanzas Secundarias en Madrid (3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, 1º y 2º de Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional). La muestra se ha calculado sobre la población matriculada en centros educativos con 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), 1º y 2º de Bachillerato y 1º y 2º de Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional. Quedan excluidos los alumnos de 14 años que cursan Educación Primaria, aquellos de 18 años que están matriculados en estudios universitarios, los estudiantes de 14-18 años que no asistieron a clase el día y hora en el que se cumplimentó la encuesta (ausentes), los estudiantes de Enseñanzas de Régimen General incluidos en Programas de Garantía Social y a distancia, y los estudiantes de Enseñanzas de Régimen Nocturno y de Enseñanzas de Régimen Especial. Se ha realizado muestreo por conglomerados bietápico: en una primera etapa se selecciona el colegio dentro del estrato a representar (titularidad y tipo de enseñanza), en segunda etapa se seleccionan dos aulas aleatorias de entre la enseñanza secundaria a muestrear, y posteriormente se aplica el cuestionario a

todos los alumnos de la clase seleccionada. La selección de los centros educativos se ha realizado a partir de listados de las Consejerías de Educación. Para seleccionar los mismos, se estratificó previamente el marco muestral según comunidad autónoma (17 estratos, más dos estratos correspondientes a Ceuta y Melilla) y titularidad jurídica (dos estratos: centro educativos públicos y privados). Todos los centros educativos de cada estrato tienen la misma probabilidad de estar en la muestra independientemente de su tamaño. La selección de aulas se ha hecho con probabilidad igual entre el conjunto de aulas del centro educativo, seleccionando dos aulas en cada centro educativo. El 87% de los centros seleccionados participaron en la encuesta, el 13% de los centros seleccionados fueron sustituidos principalmente por negativas a la colaboración o por una presencia elevada de alumnos/as mayores de 18 años. El 85% del alumnado participaron en el estudio, el porcentaje de alumnos ausentes en el momento de la cumplimentación del cuestionario fue del 15%. No se han registrado incidencias relevantes en cuanto a la colaboración por parte de directores, jefes de estudio, docentes o alumnos. Fracción de la ciudad de Madrid. De la muestra de la Comunidad de Madrid (n= 4.404) se ha extraído la fracción muestral correspondiente a la ciudad de Madrid. La muestra final ha sido de 2.497 estudiantes de 108 aulas de 54 centros educativos. Se calcula que la muestra obtenida sería representativa de la población de la ciudad, con un error muestral del 2%, para un nivel de confianza del 95%

- EDADES

Características técnicas. Población objeto del estudio: personas con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años empadronados en la ciudad de Madrid. De la muestra de la Comunidad de Madrid (n= 1.930) se ha extraído la fracción muestral correspondiente a la ciudad de Madrid (n= 929). Según el Padrón Municipal de Habitantes de enero de 2013, la población de Madrid comprendida entre esas edades es de 2.144.159 personas. La muestra obtenida sería representativa con un error muestral del 3,2%, para un nivel de confianza del 95%. Muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución. Las unidades de primera etapa son las secciones censales. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares (hogares). En la tercera etapa, se seleccionó un individuo dentro de cada hogar. El método de recogida de la información fue mediante un cuestionario con entrevista personal en el domicilio. El entrevistador permanece presente durante todo el proceso

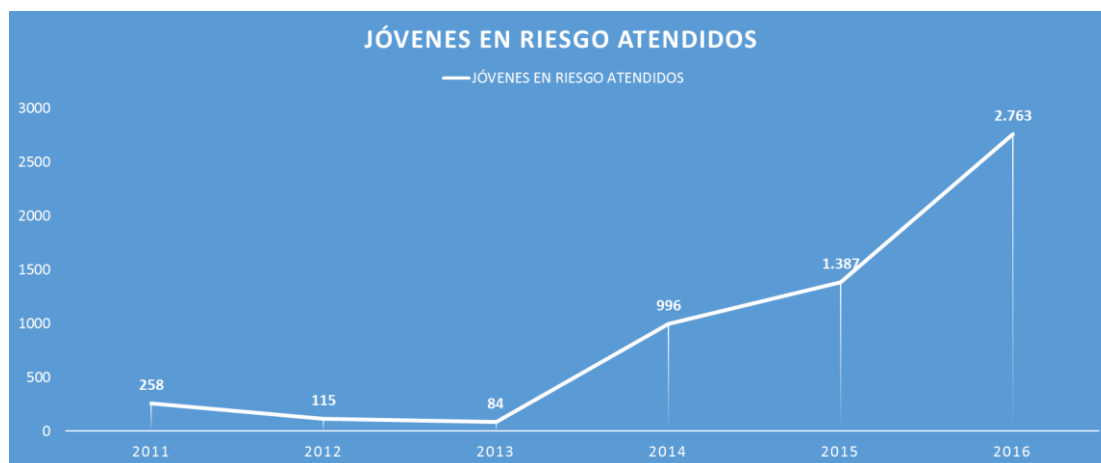
y recoge el cuestionario una vez finalizado. El periodo de recogida de información ha sido del 2 de noviembre de 2013 al 8 de abril de 2014.

En el enlace que se muestra a continuación se pueden descargar los estudios de análisis exhaustivo de las tres encuestas anteriores en la fracción correspondiente a la ciudad de Madrid, y la comparación de los datos obtenidos con los de la Comunidad de Madrid y los de España:

2.4. Datos de la Red de Atención Integral del Instituto de Adicciones.

2.4.1. Perfiles de la población atendida de adolescentes y jóvenes de hasta 24 años

Entre 2011 y 2016 la intervención individual con adolescentes y jóvenes en riesgo ha experimentado un crecimiento importante al haber potenciado la difusión de los servicios, la captación proactiva y la coordinación con otros recursos y con el tejido social.



Según los datos de la memoria de Madrid Salud, en 2016 se atendieron en la Red del Instituto de Adicciones a 3.222 adolescentes y/o jóvenes menores de hasta 24 años, de los cuales 459 tenían diagnóstico de abuso o dependencia a alguna sustancia psicoactiva.

En relación con la intervención en riesgo, se observa un aumento del número de mujeres atendidas, alcanzando casi el 25% de las intervenciones realizadas.

El grupo mayoritario de edad atendido es el comprendido entre 15 y 18 años y el 95% convive con su familia de origen. En cuanto a la nacionalidad, es española en tres de cada cuatro personas que se atendieron (78% nacionalidad española).

Aumenta el número de adolescentes y jóvenes atendidos que cursan estudios, cifra que pasa del 80% en 2014 al 93% en 2016.

En relación con el consumo, el 12% de las personas adolescentes y jóvenes atendidas no presentaba consumo de sustancias en el momento de la demanda, siendo la situación de riesgo la que motivó la intervención. El consumo incipiente era el motivo de atención en el 35% de la población atendida.

Entre las personas hasta 24 años atendidas que referían consumos de sustancias, el cannabis sigue siendo la sustancia más consumida en el 87,4% de los casos. De estas personas, el 67,5% tiene un consumo habitual y/o diario. La segunda droga más consumida entre la población joven que recibe atención en la Red del instituto de Adicciones es el alcohol (10,4%).

2.4.2. Perfiles de la población adulta atendida. Tratamiento integral.

En 2016, el número de personas que recibió tratamiento por problemas de abuso o dependencia a sustancias en la Red del Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid fue de 8.493 pacientes. En relación a su distribución por sexo, el 78% fueron varones y el 22% fueron mujeres, mostrando una tendencia muy lenta pero progresiva hacia la incorporación de mujeres, ganando tres puntos en porcentaje desde el año 2009.

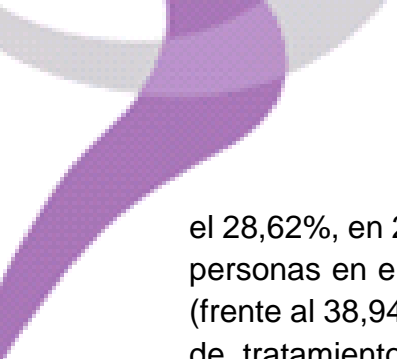
La media de edad de los varones atendidos en 2016 fue de 46,55 años, y la de las mujeres de 48,30 años, observándose un progresivo envejecimiento de la población desde los 41,5 años en los hombres atendidos en 2009 y 43,5 años para las mujeres atendidas ese mismo año.

En cuanto a la nacionalidad, el 83,88% de las personas en tratamiento era de nacionalidad española. Según los datos del Padrón del Ayuntamiento de Madrid, el 1 de enero de 2017 residían en Madrid 3.191.117 personas, de las cuales 2.794.152 eran españolas, lo que supone un 87,56%.

En relación con la situación laboral, el 34,56% de varones y el 32,13% de mujeres estaban en paro (porcentaje en relación con la población activa atendida).

En cuanto a su núcleo de convivencia, el grupo más numeroso es aquél que convive con la familia de origen (31,76%), seguido del que convive con familia propia (30,68%). El 15,81% vive solo o sola y el 8,90% vive en instituciones.

Atendiendo a la droga principal que motiva el inicio del tratamiento, es destacable que en la Red de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid el alcohol ha ido consolidándose como la droga que genera más demanda: si en 2009 era



el 28,62%, en 2016 fue del 35,8% del total de pacientes de la red. Un 30,47% de personas en el inicio de tratamiento consumen opiáceos como droga principal (frente al 38,94% del 2009) y en el 19,23% la droga principal que motivó el inicio de tratamiento fue la cocaína (23,65% en 2009). En cuanto al cannabis la demanda en el 2009 era del 5,67% y en el 2016 del 11,68%.

Continúa incrementándose el porcentaje de nuevas demandas con adicción al alcohol y al cannabis como drogas principales de abuso, mientras que a la heroína continúa disminuyendo.

En cuanto al número de pacientes en tratamiento con metadona en el año 2009 era de 3.139, esta cifra ha ido disminuyendo progresivamente de tal forma que en el año 2016 se han tratado 2.155 pacientes con este fármaco.

ANEXO 3

ESTRUCTURA DEL INSTITUTO DE ADICCIONES DE LA CIUDAD DE MADRID

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”.

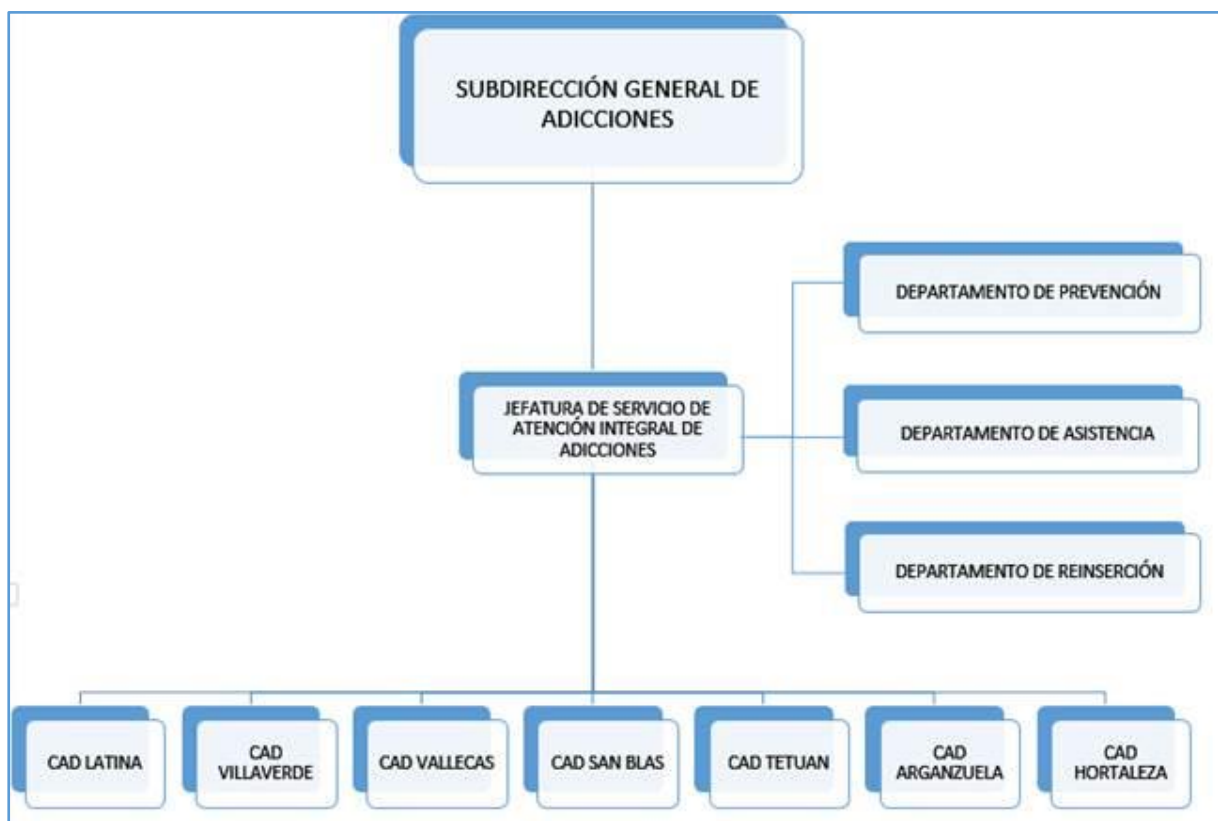
La actual estructura administrativa de Madrid Salud comprende tres Subdirecciones Generales que dan cobertura a todo el Organismo Autónomo (S.G de Recursos Humanos, S.G. de Contratación y Régimen Patrimonial y S.G. de Gestión Económico Administrativa), tres que dan servicios a la ciudadanía (S.G. de Prevención y Promoción de la Salud, S.G. de Salud Pública y S.G. de Adicciones) y la S.G. de Prevención de Riesgos Laborales (PRL) en el ámbito municipal (Ayuntamiento y Organismos Autónomos). Además, Madrid Salud



cuenta con un Departamento de Evaluación y Calidad y una Unidad Técnica de Comunicación, que dan cobertura a todo el Organismo.

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 organizará según el siguiente organigrama (actualmente se ha cursado la solicitud del cambio de estructura y el proceso administrativo correspondiente para ejecución):



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 Subdirección - Servicios - Departamentos.
- Espacios Interdepartamentales.

- Espacios de coordinación entre los diferentes “Servicios Centrales” (Subdirección, Servicios, Departamentos) y los Centros de Atención a las Adicciones (CAD y CCCAD).
- 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.

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, tal como están recogidos en el Catálogo de Centros y Servicios de Madrid Salud.

1) Centros (MS)

(M) = Atención a todo el municipio

Adicciones	
Centros Atención a las Adicciones (CAD) (CCAD)	10 centros ambulatorios: 7 CAD y 3 centros concertados de atención a las Adicciones (CCAD). Desde sus equipos e instalaciones se presta una atención personalizada individual y/o grupal, en régimen ambulatorio, a aquellas personas que presentan riesgo o trastornos relacionados con el consumo de sustancias u otras adicciones.

Centro de Atención Básica Sociosanitaria (M)	<p>Centro abierto de 21:00 a 8:00 horas, todos los días de la semana los 365 días del año, con objeto de acercar a la Red Municipal de Atención a las Adicciones el colectivo de población consumidora especialmente vulnerable. Informa, propicia y apoya el ingreso de los afectados en los dispositivos asistenciales. Además ofrece alimentación básica, reducción de daños y riesgos, intervenciones sanitarias básicas, acompañamiento, etc.</p>
---	--

2) Servicios de Madrid Salud

(M) =Atención a todo el municipio

Adicciones	
Recursos de Apoyo al Tratamiento y a la Reinserción (M)	<p>Comunidades terapéuticas. Pisos de apoyo al tratamiento y reinserción. Unidad Hospitalaria de Desintoxicación de Alcohol, Centro de Patología Dual.</p> <p>Centros de día, Servicio de Orientación Laboral. Talleres de capacitación laboral y empleo; Servicio de Asesoramiento a Jueces e información al detenido drogodependiente (SAJIAD); otros recursos de apoyo a la Integración Social: Tratamiento odontológico, Servicio de mediación comunitaria, etc.</p>

Adicciones	
Servicio de Prevención de Adicciones para Familias (M)	Servicio de Prevención atendido por profesionales expertos/expertas en adicciones y en intervención familiar. Ofrece orientación on-line, telefónica y presencial sobre este problema.
Unidad Móvil de Reducción del Daño “Madroño” (M)	Es un dispositivo móvil para personas drogodependientes que no han acudido a la red de centros asistenciales. Tiene capacidad para realizar una intervención sociosanitaria básica en el interior del vehículo y en medio abierto. Permite atender en proximidad, vincular e informar, y facilita suplementos nutricionales básicos. Se coordina con los dispositivos y recursos de la Red Municipal de Atención a Adicciones y con otras redes y entidades relacionadas
Programa ISTMO de atención a población inmigrante (M)	Equipo especializado que facilita a la población inmigrante con problemas de abuso de alcohol y otras drogas, el acceso y la buena utilización de los programas y servicios ofertados desde la Red Municipal de Atención a las Adicciones, realizando un seguimiento a lo largo de todo el proceso de intervención

4. Descripción de los servicios y recursos de apoyo al tratamiento integral.

A continuación se describen los servicios y recursos que forman parte de la red de Atención Integral a las Adicciones de la Ciudad de Madrid y que tienen como objetivo común apoyar en distintos momentos del proceso de captación proactiva, de asistencia y de integración social de los pacientes, tanto si son adolescentes y jóvenes como si son mayores de 24 años. Se describen 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 Adicciones 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
<p>Unidad Móvil Municipal de Reducción del Daño “Madroño”</p>	<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar personas drogodependientes en situación de exclusión social. • Captar a las personas con dificultades de acceso a la red y facilitar su incorporación a los diferentes programas y servicios. • Informar sobre programas y recursos de atención integral a las adicciones. • Motivar para el tratamiento. • Prestar una atención sanitaria básica. • Reducir los daños y riesgos asociados a las drogodependencias. • Prestar servicios básicos: <ul style="list-style-type: none"> • de alimentación • de ropa • de higiene • Facilitar el acceso a otras prestaciones y recursos públicos y comunitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensación de metadona. • Atención sanitaria básica. • Información y control de VIH/SIDA, hepatitis, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual. • Educación para la salud (estrategias de reducción del consumo, consumo de menor riesgo, etc.). • Información y asesoramiento sobre recursos sociales. • Acompañamiento a recursos y apoyo durante el tratamiento. • Intercambio de jeringuillas y distribución de preservativos, papel de aluminio, etc. • Prestaciones en alimentación y vestuario. • Atención psiquiátrica de bajo umbral.

SERVICIO/ RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
<p>Centro de Atención Básica Socio sanitaria para Drogodependientes (C.A.B.)</p>	<p>Extender la asistencia y una atención socio-sanitaria básica a la población adicta que se encuentra alejada de los recursos normalizados y reducir los daños asociados a las adicciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acercar la red integral de atención a las adicciones al colectivo de población consumidora de la Ciudad de Madrid, ofreciéndoles los distintos programas de intervención adaptados a sus especiales características. • Prevenir y paliar una serie de consecuencias negativas que frecuentemente aparecen asociadas al consumo de drogas. • Proporcionar información, orientación y material gráfico de apoyo, acerca de los recursos de la red asistencial y en relación al consumo de drogas. • Propiciar y apoyar el ingreso de los afectados en los dispositivos asistenciales. • Mejorar la utilización que los pacientes hacen de los mismos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de alimentación básica • Intercambio personalizado de jeringuillas y distribución de material de consumo estéril (papel de aluminio, etc.). • Educación sanitaria individualizada orientada a la reducción de daños y riesgos. • Vacunación. • Detección precoz de patologías orgánicas asociadas al consumo. • Cuidados sanitarios básicos. • Información sobre recursos. • Acompañamientos y apoyo en gestiones de tipo socio-sanitario y trámites administrativos. • Gestión de accesos a los Centros de Atención a las Adicciones.

SERVICIO/ RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
<p>Servicio de intervención en drogodependencias con la población inmigrante en la ciudad de Madrid.</p>	<p>Acercar a la red de atención a las adicciones al colectivo de población inmigrante de la Ciudad de Madrid, ofertándoles los distintos servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social con los que cuentan los centros de la red y realizando tareas de mediación entre este colectivo y los Centros de Atención a las Adicciones, de modo que se facilite la adaptación de la oferta terapéutica a las especiales características y necesidades de esta población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la situación de las personas inmigrante con problemas de adicciones en la Ciudad de Madrid, sus características y necesidades. • Mejorar la captación de este colectivo estableciendo vías de acceso cercanas a los mismos. • Ofrecer tratamientos adecuados a las necesidades de esta población. • Interactuar con los recursos de apoyo al tratamiento y a la reinserción para que cubran las necesidades de este colectivo. • Hacer propuestas acerca de nuevos recursos o servicios que resulten necesarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento individualizado y seguimiento de los casos a lo largo de todo el proceso de intervención. • Información y ayuda en la tramitación de documentos. • Apoyo lingüístico y de servicios de traducción. • Mediación entre la Red de Atención a las Adicciones y otros servicios de atención a inmigrantes. • Asesoramiento y apoyo a los profesionales de la Red de Atención respecto de las características y necesidades de este colectivo.

SERVICIO/ RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
<p>Programa de Mediación Comunitaria</p>	<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer las necesidades que los dispositivos de atención a las adicciones de la red municipal presenten en materia de integración socio-comunitaria en su entorno. • Brindar un servicio de mediación comunitaria en aquellas zonas donde se detecten focos de conflictividad en el entorno de los dispositivos de atención. • Reducir el número de drogodependientes que permanecen de forma prolongada en el entorno de los dispositivos de atención o en lugares significativos de uso público, suscitando el descontento vecinal. • Lograr el acceso y una mejor participación de usuarios/as en el proceso de tratamiento y en las actividades programadas desde los centros de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto fluido con el tejido asociativo de las zonas de posible conflicto y actuaciones de mediación cuando resulta necesario. • Educación de calle en zonas seleccionadas. • Intervenciones individuales con usuarios/as, acompañamientos, etc. • Coordinación con todos los dispositivos de atención de la red, así como con otros servicios y recursos comunitarios (sanitarios, de servicios sociales, etc.). • Programación de actividades en función de las necesidades detectadas en la población atendida, en coordinación con los Centros de Atención a las Adicciones o con otros recursos comunitarios.

▪ **DISPOSITIVOS DE TERCER NIVEL**

SERVICIO/ RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
<p>Unidad hospitalaria de desintoxicación de alcohol.</p>	<p>Desintoxicación hospitalaria y estabilización de pacientes con dependencia alcohólica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desintoxicación de la dependencia alcohólica. • Mejorar la capacidad de autocontrol. • Promover la adquisición de hábitos saludables y pautas de autocuidados. • Favorecer la motivación para la continuidad del tratamiento de modo ambulatorio. • Facilitar el desarrollo de pautas adecuadas de relación. • Promover la ocupación racional del tiempo libre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización de pacientes para la desintoxicación de la dependencia alcohólica (tiempo de estancia aproximada de 15 días). • Abordaje terapéutico integral. • Dispensación de metadona o de otros fármacos según indicación.

SERVICIO/ RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
<p>Centros de día</p>	<p>Proporcionar a la población adicta 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a esta población un espacio cálido y cómodo donde poder descansar. • Proporcionar servicios de alimentación (almuerzo y comida). • 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. • 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.). • Mejorar los hábitos de higiene y autocuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socio-sanitarios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Comedor ○ Duchas ○ Lavandería ○ Ropero • Formativos, educativos y de ocio: <ul style="list-style-type: none"> ○ Talleres de Manualidades ○ Taller de Ofimática ○ Vídeo - fórum ○ Salidas y Excursiones ○ Conferencias

SERVICIO/ RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
<p>Recurso convivencial terapéutico para jóvenes y adolescentes menores de 25 años</p>	<p>Garantizar un espacio físico de convivencia a la población menor de 25 años con problemas de adicción que carecen de un adecuado soporte familiar o social, que favorezca la estabilización, la adherencia del paciente al tratamiento y su incorporación social.</p> <p>Facilitar, mediante actuaciones de carácter socioeducativo la estabilización, la adherencia al tratamiento, y el proceso de incorporación social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo la desintoxicación de aquellas personas que lo precisen en colaboración con los CAD y CCAD. • Realizar un programa personalizado de deshabituación con cada paciente. • Posibilitar la adquisición de hábitos higiénicos y de autocuidados. • Establecer pautas adecuadas de relación con los miembros del recurso. • Establecer pautas para una ocupación racional del tiempo libre. • Reestructurar las relaciones familiares a través de intervenciones conjuntas del CAD o CCAD de referencia y el recurso. • Promover las iniciativas educativas y formativas para la obtención de títulos oficiales del sistema educativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alojamiento. • Manutención. • Programa de intervención educativa y terapéutica que cubre las áreas de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Convivencia ○ Terapias grupales y ocupacionales. ○ Psicoterapias individuales. ○ Grupos de salud, higiene y autocuidados ○ Talleres y actividades deportivas, lúdicas y culturales. ○ Talleres y actividades formativas para la obtención de títulos oficiales del sistema educativo.

SERVICIO/ RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
<p>Comunidades Terapéuticas:</p> <p>Comunidad Terapéutica para pacientes con Patología Dual</p> <p>Comunidad Terapéutica para pacientes crónicos y/o con deterioro cognitivo</p>	<p>Proporcionar a la población adicta, 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 de incorporación social en régimen ambulatorio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar un espacio terapéutico residencial que facilite la desintoxicación, la deshabituación y el incremento de la capacidad de autocontrol. • Lograr la adquisición y consolidación de pautas adecuadas de conducta y la prevención de recaídas. • Incorporar hábitos de salud y de autocuidados. • Desarrollar pautas adecuadas de relación. • Favorecer los vínculos y las relaciones familiares satisfactorias. • Fomentar la ocupación racional del tiempo libre. • Posibilitar el proceso de maduración personal. • Incrementar la adherencia al tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alojamiento y manutención. • Programas específicos e individualizados de tratamiento de adicciones. • Desintoxicación. • Dispensación de metadona u otros fármacos. • Intervención psicoterapéutica individual y grupal. • Intervención socioeducativa a través de actividades y talleres formativos y de ocio.

SERVICIO/ RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
<p>Unidad hospitalaria de Patología Dual. (Centro de Patología Dual)</p>	<p>Valoración, tratamiento y estabilización de patologías psiquiátricas asociadas a las adicciones en régimen de ingreso hospitalario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico psicopatológico. • Abordaje terapéutico integral tanto de la adicción como de la psicopatología concomitante. • Mejorar la capacidad de autocontrol. • Promover la adquisición de hábitos saludables y pautas de autocuidados. • Mejorar las habilidades sociales y el desarrollo de pautas adecuadas de relación. • Favorecer la motivación y adaptación de sus actitudes y conductas para la continuidad del tratamiento ambulatorio. • Promover la ocupación racional del tiempo libre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento hospitalario de patologías psiquiátricas y de adicciones (tiempo de estancia mínimo de 3 semanas y máximo de 3 meses). • Intervención psicoterapéutica. • Programas individualizados de atención. • Desintoxicación de sustancias psicoactivas. • Dispensación de metadona y/o de otros fármacos según indicación.

SERVICIO/ RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
<p>Centro de día de Patología Dual</p>	<p>Valoración, tratamiento y estabilización de patologías psiquiátricas asociadas a las adicciones, en régimen de Hospital de Día.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico psicopatológico. • Abordaje terapéutico integral tanto de la adicción como de la psicopatología concomitante. • Mejorar la capacidad de autocontrol. • Promover la adquisición de hábitos saludables y pautas de autocuidados. • Mejorar las habilidades sociales y el desarrollo de pautas adecuadas de relación. • Favorecer la motivación y adaptación de sus actitudes y conductas para la continuidad del tratamiento ambulatorio. • Promover la ocupación racional del tiempo libre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento en régimen de hospital de día de adicciones y de patologías psiquiátricas (tiempo de estancia mínimo de 3 semanas y máximo de 3 meses). • Intervención psicoterapéutica. • Programas individualizados de atención. • Dispensación de metadona y/o de otros fármacos según indicación.

SERVICIO/ RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
<p>Recursos convivenciales de apoyo al tratamiento y a la reinserción</p> <ul style="list-style-type: none"> • RR de apoyo al Tratamiento • RR de apoyo a la reinserción • RR de autogestión • RR de apoyo a la reinserción para pacientes con Patología Dual. • RR de apoyo al tratamiento para personas sin hogar. 	<p>Proporcionar a la población adicta que carece de un adecuado soporte familiar o social un espacio físico de convivencia que favorezca la estabilización, la adhesión 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 Adicciones y la adecuación de los diferentes dispositivos convivenciales a las fases o etapas del proceso rehabilitador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer el desarrollo de hábitos de convivencia con otras personas y la asunción de las responsabilidades de la vida diaria. • Fomentar la adquisición o mejora de los hábitos de salud, higiene, alimentación y las pautas de autocuidados. • Promover el incremento de la capacidad de autocontrol y la implicación en el proceso terapéutico. • Potenciar la normalización de las relaciones familiares y sociales. • Apoyar las iniciativas educativas y formativo ocupacionales, que resulten adecuadas al momento de su proceso rehabilitador. • Motivar para la incorporación en actividades de ocio y tiempo libre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alojamiento. • Manutención. • Programa de intervención socio-educativa que cubre las áreas de: <ul style="list-style-type: none"> • Convivencia. • Relaciones familiares y sociales. • Salud, higiene y autocuidados. • Formativo-ocupacional. • De ocio y tiempo libre. • De desarrollo personal. • Apoyo a la integración laboral • Intervenciones psicoterapéuticas en el área psicopatológica para los pacientes con patología dual.

SERVICIO/ RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
Unidad de Farmacia	<p>Adquisición, preparación, custodia y distribución de la solución oral de clorhidrato de metadona y aproximar la dispensación al lugar de residencia o trabajo de las personas atendidas, facilitando horarios más amplios que permitan dispensar a personas con dificultades de recogida en los centros de la red en razón del tiempo o del espacio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar y suministrar la Solución de Clorhidrato de Metadona a los distintos dispositivos. • Provisión, depósito y transporte a los centros de comprimidos de Clorhidrato de Metadona. • Supervisar la dispensación mediante visitas a los centros. • Velar por el cumplimiento de la legislación en materia de estupefacientes. • Custodiar y almacenar estupefacientes (y, si fuese necesario, cualquier medicación que se requiera). • Informar de temas relacionados con los medicamentos a los equipos profesionales que lo necesiten así como a las y los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensación de metadona a pacientes que se encuentran en fases avanzadas de tratamiento (fases 2 y 3). • Petición del fármaco a la Agencia Española del medicamento y recepción del mismo. • Elaboración, almacenamiento y etiquetado de la solución de clorhidrato de metadona. • Distribución del fármaco a los diferentes dispositivos de dispensación. • Supervisión de los dispositivos de dispensación y de los diferentes aparatos que intervienen en la dispensación de metadona. • Realización de controles de calidad de metadona. • Formación específica para las y los Técnicas/os de Laboratorio.

SERVICIO/ RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
Servicio de Orientación Laboral	<p>Ofrecer a la población adicta atendida en los centros de la red que así lo precise, un servicio de orientación y asesoramiento en temas de formación, capacitación laboral y empleo, con el fin de facilitar una integración laboral estable y de calidad con la colaboración e implicación de los organismos de gestión de empleo y del ámbito empresarial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poner a disposición de la población atendida en la Red recursos formativos y de capacitación laboral adecuados a sus necesidades. • Ofrecer una orientación y un seguimiento individualizado del proceso de integración laboral. • Incrementar la accesibilidad al empleo por cuenta ajena y al autoempleo. • Facilitar la integración laboral a personas con muy baja empleabilidad. • Impulsar la creación de convenios con otras Áreas Municipales y con otras Instituciones, en orden a facilitar los procesos de integración socio-laboral de las personas en tratamiento, prestando especial atención al empleo protegido. • Implementar, de modo transversal, medidas que tengan en cuenta la perspectiva de género, orientadas a facilitar el proceso de integración sociolaboral de las mujeres atendidas en la red. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio integral de: orientación, asesoría, formación, intermediación y acompañamiento en materia de integración laboral. • Realiza itinerarios orientados hacia: <ul style="list-style-type: none"> ○ La formación. ○ El empleo por cuenta ajena. ○ El autoempleo. ○ La mejora y mantenimiento del empleo. ○ El empleo protegido. • Presta especial atención a las personas y colectivos con mayores dificultades o en mayor riesgo de exclusión.

SERVICIO/ RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
<p>Servicio de Orientación Laboral para adolescentes y jóvenes</p>	<p>Ofrecer a adolescentes y jóvenes que presenten conductas de riesgo o que presentan alguna dimensión de la conducta adictiva, atendidos en los recursos de la red y que así lo precisen, un servicio de orientación y asesoramiento en temas de formación, capacitación laboral y empleo, con el fin de facilitar una integración laboral estable y de calidad, con la colaboración e implicación de los organismos de gestión de empleo y del sector empresarial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poner a disposición de adolescentes y jóvenes recursos formativos y de capacitación laboral adecuados a sus necesidades. • Ofrecer una orientación y un seguimiento individualizado del proceso de integración laboral. • Incrementar la accesibilidad al empleo por cuenta ajena y al autoempleo. • Facilitar la integración laboral a adolescentes y jóvenes con baja empleabilidad. • Impulsar la creación de convenios con otras Áreas Municipales y con otras Instituciones, en orden a facilitar los procesos de integración socio-laboral de adolescentes y jóvenes, prestando especial atención al empleo protegido. • Implementar, de modo transversal, medidas que tengan en cuenta la perspectiva de género, orientadas a facilitar el proceso de integración sociolaboral de las mujeres adolescentes y jóvenes atendidas en la red. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio integral de: orientación, asesoría, formación, intermediación y acompañamiento en materia de integración laboral. • Realiza itinerarios orientados hacia: <ul style="list-style-type: none"> • La formación. • El empleo por cuenta ajena. • El autoempleo. • La mejora y mantenimiento del empleo. • El empleo protegido. • Presta especial atención a las personas y colectivos con mayores dificultades o en mayor riesgo de exclusión.

SERVICIO/ RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
Talleres prelaborales de capacitación.	Facilitar a las personas en tratamiento 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"> • Proporcionar a los usuarios/as de la red que lo precisen una formación útil para su inserción laboral. • Incrementar el nivel de empleabilidad de las personas atendidas en la red. • Favorecer la adherencia al tratamiento y la evolución positiva en el mismo, a través del logro de una imagen más positiva y activa de las personas en tratamiento y una mayor implicación en su proceso rehabilitador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formación en carpintería y ebanistería. • Formación en peluquería. • Formación en costura.

SERVICIO/ RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
Talleres prelaborales de capacitación para adolescentes y jóvenes	Facilitar a adolescentes y jóvenes 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"> • Motivar capacidades y fortalezas para incrementar su empleabilidad. • Incrementar habilidades sociales y de comunicación para la búsqueda de empleo. • Favorecer y reforzar los cambios que reviertan y normalicen el desarrollo personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formación en electricidad. • Formación en mecánica de motos. • Formación en hostelería.

SERVICIO/ RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
<p>Servicio de Atención a Jueces e Información al Detenido SAJIAD</p>	<p>Favorecer la plena integración social de las personas con adicciones con problemas judiciales.</p> <p>Favorecer la plena integración social de jóvenes en riesgo o con problemas de adicción y con problemas judiciales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informar y orientar a drogodependientes implicados en diligencias judiciales por la comisión de delitos relacionados con su dependencia a las drogas. • Informar y asesorar a las familias de drogodependientes detenidos. • Asesorar técnicamente, de forma no vinculante, a los jueces sobre las circunstancias socio-personales de estas personas. • Facilitar el acceso de estas personas a los centros de tratamiento mediante la coordinación con los mismos. • Ofrecer canales de mediación entre la Administración de Justicia y la Red de Atención a las Adicciones. • Facilitar la elaboración y dispensación de metadona a las personas detenidas, en libertad condicional o provisional, o en remisión de pena, que así lo precisen. • Agilizar la captación y derivación de jóvenes de entre 18 y 24 años detenidos en los calabozos de los Juzgados de Guardia de Madrid. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación y asesoramiento a los drogodependientes con diligencias judiciales, y a sus familias. • Asesoría en materia de adicciones a jueces, fiscales y forenses. • Emisión de informes técnicos y periciales. • 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). • 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.

SERVICIO/ RECURSO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SERVICIOS QUE PRESTA
<p>Programa de apoyo al movimiento asociativo</p>	<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la participación de la iniciativa social mediante la convocatoria anual de subvenciones para proyectos que basados en la evidencia y con especial interés socio-sanitario, estén destinados a favorecer la prevención, el tratamiento y la integración y normalización social de las personas con problemas de adicciones. • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Subvención de Proyectos de intervención en materia de adicciones. • Difusión de los proyectos y actividades, para promover su utilización. • Seguimiento del desarrollo de los programas subvencionados. • Apoyo en las tareas de coordinación entre entidades subvencionadas y otras instituciones que operan en el ámbito de las adicciones.

ANEXO 4

PARTICIPACIÓN EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE ADICCIONES

2. Introducción.

En la actualización del Plan de Adicciones para el periodo 2017 – 2021 se ha tenido en cuenta la necesaria participación de las instituciones y de la sociedad civil, dando continuidad a una línea que continúa siendo una de las principales señas de identidad del Instituto de Adicciones.

Para garantizar la participación tanto de la plantilla del propio Instituto de Adicciones como de instituciones, organizaciones sociales, personas de especial relevancia y/o expertas en adicciones y las/los usuarias/os de los servicios, se han realizado una serie de acciones con carácter previo a la nueva redacción del Plan. El objetivo de todo este proceso participativo ha sido valorar la situación actual de las adicciones y los posibles cambios a futuro, detectar los aspectos estratégicos clave sobre adicciones que sirvan como marco de referencia para el diseño del nuevo Plan y describir a nivel general los elementos a mantener, potenciar o modificar.

Así, las acciones que se han llevado a cabo son las siguientes:

- Encuesta on-line a la plantilla del Instituto de Adicciones acerca de los principales ámbitos de actuación del Plan. En la misma han participado 89 personas de los CAD y de los Departamentos Centrales.
- Análisis DAFO en tres Centros de Atención a las Drogodependencias (dos CAD y un CCAD) seleccionados al azar. Se han realizado preguntas abiertas a toda la plantilla de los centros seleccionados basadas en las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades en su trabajo, teniendo en cuenta los objetivos de prevención, asistencia y reinserción.
- Entrevistas en profundidad a informantes clave: Se ha entrevistado a 12 personas relevantes, tanto por sus conocimientos en materia de adicciones como por su experiencia o por la circunstancia de ocupar puestos que les permiten tener una panorámica amplia sobre las adicciones o conocer la percepción de los ciudadanos y ciudadanas sobre el tema.

- Realización de dos grupos de discusión con usuarios/as de los CAD. Se han realizado en los CAD de Hortaleza y de Arganzuela y, a través de los mismos se ha logrado conocer su opinión, demandas y expectativas acerca del Plan de Adicciones y de los servicios que oferta.
- Grupos triangulares. Se han realizado dos, uno con representantes sindicales de Madrid salud y otro con expertos/as de sociedades científicas.

A través de todas estas acciones se ha podido extraer una rica información de gran utilidad para orientar y actualizar el Plan, a la vez que permitió identificar aquellos temas que requieren de un debate específico y de mayor profundidad. Estos temas han sido finalmente tratados mediante la celebración de una Jornada Taller, en la que han participado, junto a profesionales del Instituto de Adicciones, representantes de otras áreas y servicios municipales y de otras instituciones, entidades ciudadanas, asociaciones de afectados, asociaciones de profesionales y empresas colaboradoras.

3. Conclusiones de la Encuesta on-line y el análisis DAFO con la plantilla.

En relación con el trabajo hecho con la plantilla del Instituto de Adicciones, tanto a través de la encuesta como de los tres análisis DAFO realizados en tres centros, la intervención comunitaria y la Coordinación aparecen como una de las necesidades y a la vez señas de identidad más importantes del Instituto de Adicciones.

Se hace evidente la necesidad de trabajar con los recursos del distrito (recursos sociales, sanitarios, educativos, entidades, tejido asociativo) y con otras instituciones como la Comunidad de Madrid, áreas del Ayuntamiento, etc. La necesidad de establecer protocolos de coordinación quedó reflejada en estas encuestas y así ha quedado recogida en esta actualización del Plan de adicciones.

Por otro lado, el trabajo con adolescentes y jóvenes de forma integral, la perspectiva de género y la implementación de programas que atiendan a las necesidades diferenciadas y específicas de las mujeres y el trabajo con colectivos especialmente vulnerables como las personas sin hogar fueron propuestas muy valoradas por la plantilla profesional que también han sido recogidas en este Plan, que sigue poniendo en valor también el trabajo interdisciplinar apostando por la valoración de todas las áreas profesionales implicadas en el tratamiento integral.

La plantilla, para terminar, resalta como fortalezas del Instituto de Adicciones la experiencia profesional que han desarrollado desde el punto de vista teórico y práctico, con equipos empáticos y motivados, la atención integral, el trabajo interdisciplinar y la red de recursos existente.

Porcentaje de NPS de mayor a menor puntuación/priorización

Propuestas	Detractores 0-6	Pasivos 7-8	Promotores 9-10	NPS
18.2 Coordinación con los Recursos Sanitarios del Distrito (Atención Primaria y Salud Mental).	5,6	18,0	76,4	70,8
18.1 Coordinación con Servicios Sociales Generales de Distrito.	4,5	28,1	67,4	62,9
17.1 Coordinación con Servicios Sociales y SAMUR Social.	7,9	21,3	70,8	62,9
8.1 Colectivo específico Adolescentes y jóvenes.	10,2	17,0	72,7	62,5
8.2 Colectivo específico mujeres en especial situación de vulnerabilidad.	11,2	18,0	70,8	59,6
8.5 Colectivo personas drogodependientes sin hogar.	7,9	27,0	65,2	57,3
10.1 Elaboración de un procedimiento de intervención conjunta con otras áreas implicadas del Ayuntamiento de Madrid para la prevención y detección del maltrato intrafamiliar.	6,7	31,5	60,7	53,9
11.1 Integración de la figura del Educador/a Social en todos los tipos de intervenciones con adolescentes y jóvenes.	11,4	23,9	64,8	53,4
16.9 Intervención grupal con Familias con hijos/as adolescentes con consumos de riesgo, abuso o dependencia.	11,4	23,9	64,8	53,4
19.1 Valoración inicial por todas las áreas (sanitaria, psicológica, social y ocupacional).	11,5	24,1	64,4	52,9
11.3 Dotar a los CADs de profesionales con dedicación específica y exclusiva para la intervención (prevención y atención integral) con adolescentes y jóvenes y sus familias.	12,4	22,5	65,2	52,8
18.3 Coordinación con Recursos Educativos del Distrito.	9,0	29,2	61,8	52,8
17.4 Coordinación con Organizaciones sociales que trabajan en drogodependencias.	9,0	30,3	60,7	51,7
16.2 Intervención grupal con Adolescentes y jóvenes con consumos de riesgo.	12,4	24,7	62,9	50,6

4. Conclusiones de las entrevistas a Informadores claves y expertos/as.

El trabajo de análisis cualitativo con personas ajenas a Madrid Salud consistió en lo siguiente:

- 12 entrevistas en profundidad a informantes clave, pertenecientes a distintos ámbitos administrativos y técnicos relacionados con las Adicciones.
- 2 Grupos triangulares: Uno con representantes sindicales de Madrid Salud y otro con expertos de sociedades científicas.

Las conclusiones se pueden agrupar en torno a tres ámbitos generales:

- **PREVENCIÓN:** Las entidades locales son los organismos más potentes en la labor de prevención, que debe mantener esa doble vertiente de mantener la prevención más universal e inespecífica dirigida a toda la población pero asumir la prevención “dirigida” enfocada a la población de riesgo, con programas más individualizados y que permita una detección precoz, contando para ello con recursos sociales próximos y los entornos naturales

de la población adolescente y joven. La sensibilización y el discurso contra la banalización aparecen en este análisis como medidas relevantes también. También la necesidad de abordar la prevención con perspectiva de género es algo destacable en estas entrevistas.

- **TRATAMIENTO:** Aun reconociendo la buena cobertura de los programas asistenciales, las personas expertas consultadas ponen el acento en temas ya recogidos en este plan: la perspectiva de género, las adicciones comportamentales, la diversificación e individualización de los programas y la coordinación. El trabajo con colectivos específicos como personas crónicas o con patología dual y los programas de reducción de daños son también destacados por su relevancia tanto en las entrevistas a las personas expertas como en nuestro Plan de Adicciones.
- **REINSERCIÓN:** La prioridad central de la reinserción, según las personas consultadas, es y debe ser la normalización, utilizando para ello no sólo recursos especializados sino también recursos “normalizados” de la sociedad. La coordinación y la individualización vuelven a ser estrategias claves, así como la importancia de priorizar la acción comunitaria, intervención pegada al territorio utilizando recursos del contexto natural y de las entidades de la zona.
- Por último, las personas expertas hacen hincapié en la posición privilegiada del municipio, en este caso el Ayuntamiento de Madrid, por su cercanía a la ciudadanía, siendo además el Instituto de Adicciones referente en la atención integral a personas con adicciones.

5. Conclusiones de los grupos de usuarios/as.

Un aspecto innovador e indispensable para la redacción de este Plan ha sido contar con la opinión de las personas a las que nos dirigimos: los usuarios/as de los Centros de Atención a las Adicciones. Se realizaron dos grupos de discusión de los que salieron las siguientes ideas clave:

- Manifiestan satisfacción por contar con un recurso específico que les atiende en sus necesidades, con personal especializado y que cuenta con programas integrales para tratar su adicción.
- Expresan la importancia de los tratamientos individualizados, según sus problemas y necesidades concretas. Vuelve a aparecer la idea de no abordar sólo la sustancia o la adicción, sino a la persona que consume o tiene esa conducta.

- Se manifiesta de manera potente la necesidad de contar con más apoyos en su reinserción, no sólo los ya que ofrece la Red, sino los recursos más normalizados y el apoyo social necesario para evitar la marginación y conseguir una integración social plena.

6. Conclusiones de la Jornada-Taller para la Revisión y Actualización del Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid.

Celebrada en el Salón de actos del Centro Cultural Fernando de los Ríos y en el CAD de Latina (C/ Camarena, 10) el 23 de noviembre de 2016, los talleres planteados versaban sobre los siguientes temas:

- Taller 1. La integración social en adicciones; nuevas propuestas.
- Taller 2. La intervención con adolescentes y jóvenes; principales retos.
- Taller 3. La intervención con personas con bajo potencial de cambio, que requieren de tratamientos prolongados. La intervención en reducción de daños.
- Taller 4. La intervención con mujeres; Perspectiva de género en adicciones.
- Taller 5. La intervención comunitaria en adicciones.
- Taller 6. La intervención con familias.
- Taller 7. La intervención con el colectivo de personas con diversidad funcional.

Recogemos las principales conclusiones en el cuadro adjunto:

TALLER	ACCIÓN DE MEJORA
1. Integración social en adicciones.	Crear protocolos de coordinación eficaces con instituciones normalizadas de otras áreas del Ayuntamiento y de otras entidades.
	Promover el tejido asociativo dando voz a entidades y usuarios/as.

TALLER	ACCIÓN DE MEJORA
	Mejoras en el sistema unificado para el registro de adicciones (SUPRA) que reflejen los indicadores y que nos permitan evaluar las intervenciones en integración social.
1. Adolescentes jóvenes.	<p>Ampliar los recursos necesarios para promover el cambio cultural relacionado con la prevención, potenciar la formación de profesionales y mediadores, detectando agentes clave, en la comunidad.</p> <p>Crear nuevos espacios comunitarios donde, por un lado, los distintos protagonistas tengan voz y sean promotores del cambio y, por otro lado, para que se generen alternativas de actuación.</p> <p>Trabajar en red, que sea diversificada y con estaciones intermedias, que coordine y aglutine todos los recursos, con un itinerario que dé una respuesta integral.</p>
3. Pacientes con tratamientos prolongados. Reducción de daños.	<p>Crear espacios de debate para cambiar el modelo y la metodología de intervención.</p> <p>Reforzar los recursos humanos y económicos dedicados a esta población.</p> <p>Potenciar la coordinación con todos los agentes implicados.</p>
4. Mujeres.	<p>Incorporar la perspectiva de género en todos los ámbitos de actuación del Plan.</p> <p>Poner en marcha un plan de comunicación para facilitar la incorporación de la perspectiva de género.</p> <p>Poner en marcha acciones para la prevención y detección de violencia de género.</p>
5. Intervención comunitaria.	<p>Incorporar en el Plan de Adicciones una línea estratégica comunitaria transversal a todas las acciones.</p> <p>Participar activamente desde cada CAD en los espacios de participación con la ciudadanía en distritos y barrios.</p> <p>Crear la figura referente por CAD que lidere el trabajo comunitario.</p>
6. Familias.	<p>Implantación de grupos multifamiliares.</p> <p>Incrementar la formación en la variedad de las nuevas modalidades y perfiles familiares y fomentar las líneas de sinergias positivas inter-CAD.</p> <p>Acercamiento al entorno del paciente.</p>

TALLER	ACCIÓN DE MEJORA
7. Diversidad funcional.	Formación bidireccional con entidades especialmente implicadas.
	Elaboración de una guía de contactos y colaboración con los recursos más directamente implicados.
	Mejorar la accesibilidad comprensiva y amigable de los recursos externos que colaboran con el Instituto de Adicciones, como los recursos convivenciales.



ANEXO 5

GLOSARIO

ACE	Aulas de Compensación Educativa
AENOR.....	Asociación Española de Normalización y Certificación
AMPA	Asociación de Madres y Padres de Alumnos
APEAS	Estudio 2008 – Seguridad de los pacientes en la Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.
CAB	Centro de Atención Básica Sociosanitaria
CAD.....	Centro de Atención a las adicciones. Ayto. Madrid
CAF+500	Common Assessment Framework
CAST Escala	Cannabis Abuse Screening Test
CCAD	Centro Concertado de Atención a las Adicciones
CEPA.....	Centros de Educación de Personas Adultas
CICAD	Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas
CMI	Cuadro de Mando Integral
CMS	Centro Madrid Salud. Ayto. Madrid
CSB	Centro de Salud Bucodental. Ayto. Madrid
CT.....	Comunidades Terapéuticas
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EA.....	Efecto Adverso
EAJ.....	Equipo multidisciplinar para adolescentes y jóvenes
EFQM.....	European Foundation for Quality Management
EMCDDA.....	European Monitoring Center for Drugs and Drug Adiction
DAFO	Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades
FAD	Fundación de Ayuda contra la Drogadicción
FAD	Fundación Aredis Donabedian
FEANTSA.....	European Federation of National Organisations Working with the Homeless
FEMP	Federación Española de Municipios y Provincias
FERMAD	Federación de Asociaciones para la Asistencia al Drogodependiente y sus Familias
FTA.....	Foro Técnico de las Adicciones de la Ciudad de Madrid. Ayto.Madrid

FPB	Formación Profesional Básica
GHB.....	Gamma-hidroxitirato (éxtasis líquido)
ISTMO.....	Programa Atención Población Inmigrante. Ayto. Madrid
MADROÑO.....	Unidad Móvil Reducción del Daño. Ayto. Madrid
MDMA	Éxtasis
MOOC	Cursos Gratis Online Masivos
MS	Organismos Autónomo Madrid Salud. Ayto. Madrid
OED.....	Observatorio Español sobre la Droga
OEDT	Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías
OMS	Organización Mundial de la Salud
PACM.....	Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016. Ayto. Madrid
PAD.....	Servicio de Prevención Adicciones. Ayto. Madrid
PMCD.....	Plan Municipal contra la Droga 1988-1998. Ayto. Madrid
PND.....	Plan Nacional sobre Drogas
PPI.....	Plan Personalizado de Intervención
SAJIAD.....	Servicio de Asesoramiento a Jueces e Información al detenido drogodependiente
SEPD.....	Sociedad Española de Patología Dual
SIVFRENTJ.....	Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en los Jóvenes
SOF	Servicio Orientación Familiar
SOL	Servicio de Orientación Laboral. Ayto. Madrid
TBS Red.....	Red contra la Tuberculosis y para la Solidaridad
TIC.....	Tecnología de la Información y la Comunicación
TICO.....	Tecnología de la Información, la Comunicación y el Ocio
UBE	Unidades de Bebida Estándar
UDH.....	Unidades de Desintoxicación Hospitalaria
UE	Unión Europea. Tratado Constitutivo 1992
UE-EE	Unión Europea. Estrategia Europea 2013-2030 lucha contra la droga
UFIL.....	Unidades Formación de Inserción Laboral
UMM.....	Unidad Móvil Madroño. Ayto. Madrid
UNAD	Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente

ANEXO 6

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. *“Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5”*. Editorial Panamericana. Madrid (2014).
- Ayuntamiento de Madrid. *“Plan Estratégico de Derechos Humanos 2017-2019”*. Madrid (2017).
- Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Equidad, Derechos Sociales y Empleo. Dirección General de Familia, Infancia, Educación y Juventud. *“Plan Local de Infancia y Adolescencia de Madrid (PLIAM) 2016-2019”*. Madrid (2017).
- Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud. Instituto de Adicciones. *“Programa de Integración Social a través del ocio”*. Madrid (2007).
- Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud Instituto de Adicciones. *“Protocolo de Intervención de los CAD ante la violencia de género”*. Madrid (2017).
- Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud. Instituto de Adicciones. *“Protocolo de Intervención de Enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias”*. Madrid (2015).
- Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud. Instituto de Adicciones. *“Protocolo de Intervención desde la Terapia Ocupacional en los CAD del Instituto de Adicciones”*. Madrid (2013).
- Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud. Instituto de Adicciones. *“Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones”*. Madrid (2012).
- Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud. Instituto de Adicciones. *“Protocolo de Intervención para Drogodependientes Sin Hogar en los Centros de Atención a las Drogodependencias”*. Madrid (2015).
- Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud. Instituto de Adicciones. Departamento de Prevención. *“Servicio PAD”*. ISBN: 978-84-938016-8-7. Madrid (2012).
- Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud. Instituto de Adicciones. *“Protocolo de Intervención Psicológica en los Centros de Atención a Drogodependientes del Instituto de Adicciones de Madrid Salud”*. Madrid (2013).
- Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud. Instituto de Adicciones. *“Manual de Buenas Prácticas en Integración Laboral en Drogodependencias”*. Madrid (2013).

- Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud. Instituto de Adicciones. “*Manual de Buenas Prácticas en Mediación Comunitaria en el ámbito de las Drogodependencias*”. Madrid (2008).
- Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud. Instituto de Adicciones. “*Protocolos de intervención en Metadona, Alcohol, Cocaína, Cannabis, Tuberculosis y Emergencias: 2008, 2010, 2014*”. Madrid (2016).
- Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud. Instituto de Adicciones “*Programa de Educación para la Salud*”. Madrid (2006).
- Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud. Instituto de Adicciones. “*Mujer y Adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*”. Madrid (2005).
- Ayuntamiento de Madrid. “*Procedimiento para la atención a personas sin hogar con problemas de alcoholismo y otras drogas*”. Madrid (2016).
- Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud. Instituto de Adicciones. “*Diseño y pilotaje de un Sistema de evaluación y seguimiento multidimensional en pacientes drogodependientes - Evaluación objetiva de resultados de tratamiento*”. Madrid (2010).
- Bañares, J.; Orrego, C.; Suñol, R.; Ureña, V. “*Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidencias; una estrategia para aprender los errores*”. FAD. Madrid (2004).
- Comunidad de Madrid. “*Plan estratégico de Salud Mental 2010-2014*”. Madrid (2014).
- Dolengevich Segal, Helen. “*Nuevas Drogas Psicoactivas*”. Entheos, Madrid (2015).
- Fundación Red de Apoyo a la Integración Socio laboral: RAIS. “*Estudio descriptivo sobre los sistemas de tratamiento a las adicciones en España*”. Madrid (2015).
- Harm Reduction International Association. Katie Stone. “*The Global State of Harm Reduction 2016*”. Disponible en url: <https://www.hri.global/>
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). “*Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*”. Maryland (2004).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. “*Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016*”. Madrid (2017).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. “*Informe de Evaluación Final de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*”. Madrid (2017).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. “*Evaluación final del Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012*”. Madrid (2013).

- Ministerio de Sanidad y Consumo. “*Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud*”. APEAS – 2008. Madrid (2009).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. “*Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización*”. ENEAS – 2005. Madrid (2006).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. “*Sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidencias*”. Madrid (2005).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. “*La seguridad del paciente en siete pasos*”. Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA), Sistema Nacional de Salud NHS Reino Unido. Madrid (2005).
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. “*Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*”. Madrid (2011).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. “*Evaluación final del Plan de Acción sobre drogas 2013-2016*”. Madrid (2017).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. “*Encuesta sobre alcohol y drogas en España. EDADES: 1995-2015 y 2015-2016*”. Madrid (2017).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. “*Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España. ESTUDES: 1994-2014, 2012-2013 y 2014-2015*”. Madrid (2016).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. “*Informes del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones: 2011; 2013; 2015; 2016*”. Madrid (2017).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. “*Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España 2013-2016. Informes, Estudios e Investigación*”. Madrid (2014).
- Panadero, S., Vázquez, J.J. y Martín, R.M. “*Alcohol, pobreza y exclusión social: Consumo de alcohol entre personas sin hogar y en riesgo de exclusión en Madrid*”. Madrid (2016).
- Romo Avilés, Nuria. “*La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas*”. Revista española de drogodependencias, ISSN 0213-7615, nº 3, pág. 269-272 (2010).
- Romo Avilés, Nuria; Gil García, Eugenia. “*Género y uso de drogas: de la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar*”. Trastornos Adictivos: Órgano Oficial de la Sociedad española de Toxicomanía. ISSN 1575-0973; vol. 8, nº 4. Madrid (2006).
- Roncero, Carlos et al. “*Hepatitis C crónica y usuarios con un historial de inyección de drogas en España: evaluación de la población, retos para un tratamiento efectivo*”. Adicciones vol. 29; nº 2; Editorial Pp. 71-73. Barcelona (2017).

- Socidrogalcohol. “*Documento de consenso en Prevención de las Drogodependencias*”. Tarragona (2012).
- Sociedad Española de Patología Dual. “*Libro blanco de Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual*”. Madrid (2015).
- Sociedad Española de Toxicomanías. “*Neurociencia y Adicción*”. Madrid (2011).
- Sociedad Científica Española de estudios sobre el alcohol, alcoholismo y otras toxicomanías. “*Valoración de la gravedad de la Adicción: Aplicación a la Gestión clínica y monitorización de los tratamientos*”. Madrid (2007).
- Szerman, Néstor; Roncero, Carlos; Casa, Miguel. “*Protocolos de intervención Patología Dual*”. EdikaMed. Madrid (2017).
- Unión Europea. Comisión Europea. FEANTSA - European Federation of National Organizations Working with the Homeless. Disponible en url: <http://www.feantsa.org/>
- Unión Europea. Consejo. “*Dossier de políticas de prevención de riesgos y reducción de daños ligados al uso de sustancias psicoactivas*”. P-PG. Bruselas (2013).
- Unión Europea. Consejo. “*Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive substances*”. Bruselas (2016).
- Unión Europea. Consejo. “*Mid-Term Assessment of the EU Drugs Strategy 2013–2020 and Final Evaluation of the Action Plan on Drugs 2013–2016*”. Bruselas (2017).
- Unión Europea. Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías – OEDT. “*Estándares europeos de calidad en prevención de drogas: Guía breve*”. Bruselas (2013).
- VV.AA. “*Informe sobre las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones*”. Elaborado por la ponencia creada en el seno de la Comisión Mixta para el Estudio del Problema de las Drogas. Senado de España. Madrid (2014).
- VV.AA. “*Psicología de las Adicciones*”. Universidad de Oviedo. Facultad de Psicología. Oviedo (2012).

Miembros del Comité de Redacción del Plan de Adicciones

Coordinación de la redacción

- Beatriz Mesías Pérez
- María Pérez López

Comité redactor

- Blanca Álvarez Crespo
- Carmen Bartolomé Gil
- Jesús Bengoechea Bartolomé
- Teresa Benítez Robredo
- Nieves Botella Cañamares
- M^a Fe Brasal Ruiz
- Ana Cáceres Santos
- Juan Chicharro Romero
- Victoria Civantos Cantero
- Marina Delgado García
- Sol de Ena de la Cuesta
- Inés Gonzáles Galnares
- Susana Heras Dolader
- Nieves Lahuerta Galán
- Nieves Herrero Yuste
- Cristina López Zurita
- M^a Jesús Losada Gil
- Rosa Martín Franco
- Carlos Mora Rodríguez
- Carmen Mosteiro Ramírez
- Julia Moya Lloreda
- Ruth Olmos Espinosa
- Ana Ordóñez Franco
- Gerardo Pacheco Otoya
- Eduardo José Pedrero Pérez
- Teresa Pérez Álvarez
- Gema Pérez López
- Auxiliadora Pimenta Cilleruelo
- Ángela Prieto Madrazo
- Carmen Puerta García
- Mercedes Rodríguez Pérez
- Antonio Saez Maldonado
- M^a Isabel Sújar Plaza
- Carmen Tosio González
- Paloma Varas Soler
- Pablo Vega Astudillo

Trabajo administrativo

- Sandra Ávalos Pérez
- Valentín Castellanos Martín
- Ricardo Estades Tobaruela
- Antonio Fernández Alfaro
- Marina García Rueda
- Jose Luis Matía González
- M^a Jesús Moreno Blanco
- Jose Tomás Migallón Migallón
- Rosa María Roca Torrijos
- Manuela Romero Pérez