TRIPLE I

ATENCIÓN INTEGRAL, INTEGRADORA E INTEGRADA

RIOD

RED IBEROAMERICANA DE ONG QUE TRABAJAN EN DROGAS Y ADICCIONES

EDICIÓN Y COORDINACIÓN DE CONTENIDOS:

RIOD

Colaboran:

Margarita María Sánchez Villegas
Presidenta de la RIOD (Surgir)

Felisa Pérez Antón
Vicepresidenta de la RIOD (ABD)

Josep Rovira Guardiola
ABD

José Luis Rabadán
ARAD

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

WAM ADS (Equipo: Diseño y Dirección de Arte: Germán R. Perujo; Maquetación: Germán R. Perujo; Infografías: Leandro Mercado; Producción: Leandro Mercado)

WAM ADS LET'S WAM

© RIOD 2021

ISBN: 978-84-09-29388-9

Financiado por:

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

TRIPLE I

ATENCIÓN INTEGRAL, INTEGRADORA E INTEGRADA

RIOD

RED IBEROAMERICANA DE ONG QUE TRABAJAN CON DROGAS Y ADICCIONES

SALUDO DE LA PRESIDENTA

Desde nuestro vigésimo aniversario, sobre todo a través de nuestros seminarios anuales, en las organizaciones de la RIOD estamos desarrollando un proceso de revisión en el que hemos identificado tanto los avances alcanzados en las pasadas dos décadas como los retos que aún enfrentamos, a fin de determinar aquellos aspectos que precisan ser atendidos con mayor urgencia. Como conclusión, nos reafirmamos en nuestro compromiso de promover iniciativas que garanticen una asistencia de calidad y adaptada a las necesidades de las personas afectadas por las drogas o por una conducta adictiva.

Además, en el marco de la Agenda 2030, los ODS aconsejan concebir los problemas sociales y sus soluciones de manera integral lo que, trasladado al ámbito de las drogas y las adicciones, significa que el trabajo no puede orientarse únicamente a la lucha contra la oferta de drogas, ni a tratar únicamente aspectos médicos o psicológicos, sino a procurar un tratamiento que abarque todo factor problemático que incida en la persona, mediante un abordaje biopsicosocial y educativo, en conexión con los problemas sociales, psicológicos y biológicos que intervienen en una adicción.

Como hemos comentado en anteriores publicaciones, en RIOD somos muy conscientes de la influencia que tienen los determinantes sociales y culturales sobre las adicciones; y sabemos que desarrollar intervenciones y acciones que no estén basadas en un enfoque de salud pública y colectiva, que no pongan a la persona en el centro y aborden este fenómeno complejo y multicausal desde una perspectiva biopsicosocial, nos puede llevar a reforzar estigmas, perpetuar situaciones de exclusión e incluso generar situaciones de vulneración de derechos humanos.

Por ello las intervenciones de las entidades socias de la RIOD aspiran a tratar a la persona contemplando todas las esferas y circunstancias que le acompañan y, con esta publicación, queremos dar un paso más allá y ofrecer una descripción de lo que entendemos por atención integral, integradora e integrada y la necesidad de una red específica de adicciones que articule servicios e implique a todos los actores necesarios para poder ofrecerla.

Queremos agradecer un año más al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social la confianza que depositó en la RIOD, apostando una vez más por uno de nuestros proyectos y permitiéndonos llevar a cabo esta publicación, que esperamos sea una nueva herramienta no solo de lectura y aprendizaje, sino también de transformación e intercambio de conocimiento y experiencias entre España y América Latina y el Caribe.

Margarita María Sánchez Villegas
Presidenta de RIOD

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN AL MODELO TRIPLE I ____ 6

1. VISIÓN CONCEPTUAL ____ 10
   1.1. LA SALUD PÚBLICA Y COLECTIVA ____ 12
   1.2. LOS DETERMINANTES SOCIALES Y SU INFLUENCIA EN LAS ADICCIONES ____ 16
   1.3. EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN EN DROGAS Y ADICCIONES ____ 20

2. EL MODELO DE ATENCIÓN TRIPLE I ____ 28
   2.1. DIMENSIÓN INTEGRAL ____ 32
   2.2. DIMENSIÓN INTEGRADORA Y COMUNITARIA ____ 44
   2.3. DIMENSIÓN INTEGRADA ____ 57

3. LA RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES ____ 61
   3.1. SERVICIOS DE UNA RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES ____ 65
   3.2. ITINERARIOS DE ATENCIÓN INTEGRADOS EN LA RED ____ 87
   3.3. PERFIL DE LOS EQUIPOS EN UNA RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES ____ 92
   3.4. CÓMO LOGRAR LA ARTICULACIÓN ENTRE SERVICIOS DE LA RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES ____ 94

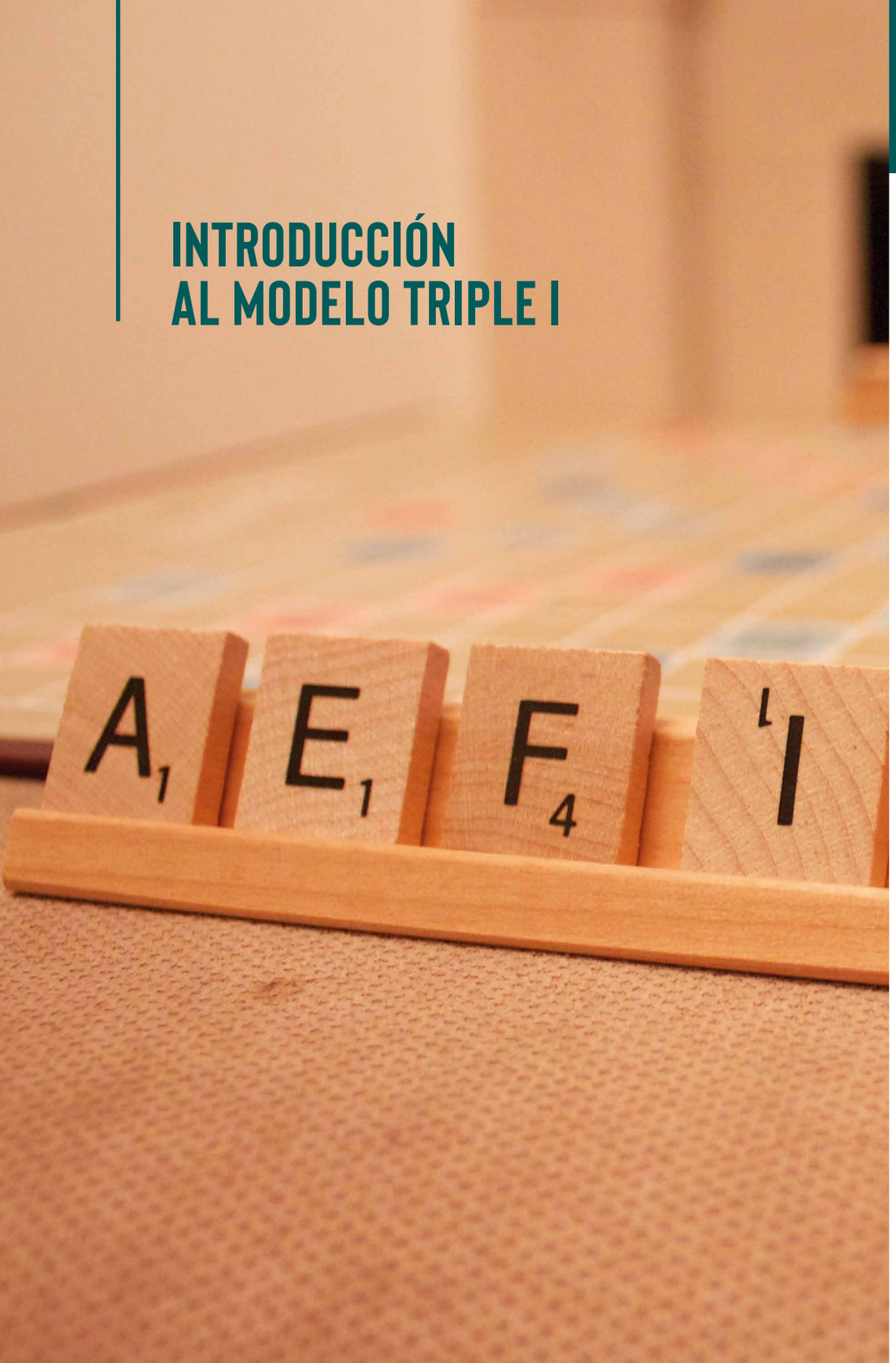
4. CONCLUSIONES. CÓMO INTEGRAR EL MODELO TRIPLE I EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE DROGAS ____ 102

5. INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO PARA LA APLICACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN TRIPLE I Y DE MEJORA CONTINUA 107

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ____ 121

7. ANEXOS ____ 125

ANEXO I: FICHA – MODELO DE DIAGNÓSTICO RESUMIDO ____ 125



INTRODUCCIÓN AL MODELO TRIPLE I

La presente publicación surge de la necesidad, identificada por la RIOD y sus entidades, de avanzar hacia modelos de tratamiento más innovadores, inclusivos e incluyentes en el ámbito iberoamericano. Con el ánimo de mejorar las intervenciones, aspiramos a incrementar la integralidad de la atención, cubriendo todas las esferas de la persona, reforzando la necesidad de realizar un tratamiento que fomente la participación social y el empoderamiento de las personas como forma de garantizar su inclusión social, y a que toda la red de servicios se integre de manera coherente e integrada, todo ello con la intención de garantizar los derechos de las personas que consumen drogas y de mejorar la articulación entre las administraciones y la sociedad civil.

Las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el ámbito de las drogas y las adicciones cumplimos tres funciones fundamentales: la detección de necesidades de las personas que consumen drogas o tienen adicciones, tanto en la prevención como en la asistencia; la puesta en marcha y gestión de servicios para dar respuesta a esas necesidades detectadas; y la labor de incidir en las políticas públicas, para que los servicios y las necesidades sean asumidas como responsabilidad de la Administración.

La gran mayoría de nuestras organizaciones llevan más de 35 años trabajando en este sector y tienen un alto grado de experiencia acumulada y, aunque nuestros objetivos son comunes y confluyen en mejorar la calidad de vida de las personas que consumen drogas, la búsqueda de su autonomía personal, y la mejora de sus relaciones familiares y sociales, sentíamos la necesidad de hacer un proceso de revisión y tratar de sentar las bases para aspirar a un modelo de intervención teórico y práctico que, desde las diferentes organizaciones y los diferentes servicios que éstas gestionan, pueda usarse como marco de mínimos idóneo.

El modelo no nace con vocación definitiva, es más, aspira a ser revisado, debatido y ajustado según las necesidades y los contextos en los que se haya de ofrecer la atención, pero contiene conceptos e ideas básicas para conseguir la mejor atención en el ámbito de las drogas y las adicciones.

La finalidad última es situar a los y las profesionales y cada uno de estos servicios dentro de lo que llamamos red de atención a las adicciones, donde todas podamos poner las piezas al puzle del tratamiento y rehabilitación de las personas que solicitan nuestra ayuda y conseguir darles la atención más adecuada. Por otro lado, con esta guía pretendemos dar a conocer a las administraciones de los diferentes países donde operan nuestras entidades la filosofía y las bases teóricas y científica con las que se puede mejorar la atención a las personas. Hoy en día las organizaciones de la sociedad civil han dejado de funcionar desde el voluntariado, se han profesionalizado y ofrecen respuestas a la altura de las necesidades, complementando y desarrollando los planes y estrategias que las administraciones diseñan. Por ello, precisamente, deben conocer y reconocer nuestro trabajo y servicios como esenciales, algo que se está demostrando sobradamente durante la pandemia en la que las organizaciones de la sociedad civil han ofrecido respuestas incluso en un contexto completamente desconocido e incierto. Hemos de lograr la confianza suficiente para que la coproducción entre administraciones y tercer sector sea una realidad, a través de la cual podamos llegar más lejos dando más y mejores respuestas a las personas que se solicitan atención y tratamiento.

En la publicación hacemos un breve recorrido por los fundamentos teóricos relevantes para entender el Modelo de Atención Triple I. Hablar de salud pública y salud colectiva, de los determinantes sociales y su influencia en las adicciones, junto con un recorrido por la evolución de los modelos de atención empleados en el pasado, nos ayudan en conjunto a construir y comprender el Modelo de Atención Triple I, que apuesta por una atención integral, integradora y comunitaria e integrada.

Una atención integral, centrada en la persona y que atienda a los principios de prestación de los servicios y desarrolle correctamente las herramientas de diagnóstico inicial y plan terapéutico individual que componen el proceso de tratamiento.

Integradora y comunitaria que, trabajando desde y con la comunidad y el entorno de la persona, e incidiendo en los factores integradores, logre que se sitúe como sujeto activo, autónomo y empoderado, con derechos y deberes.

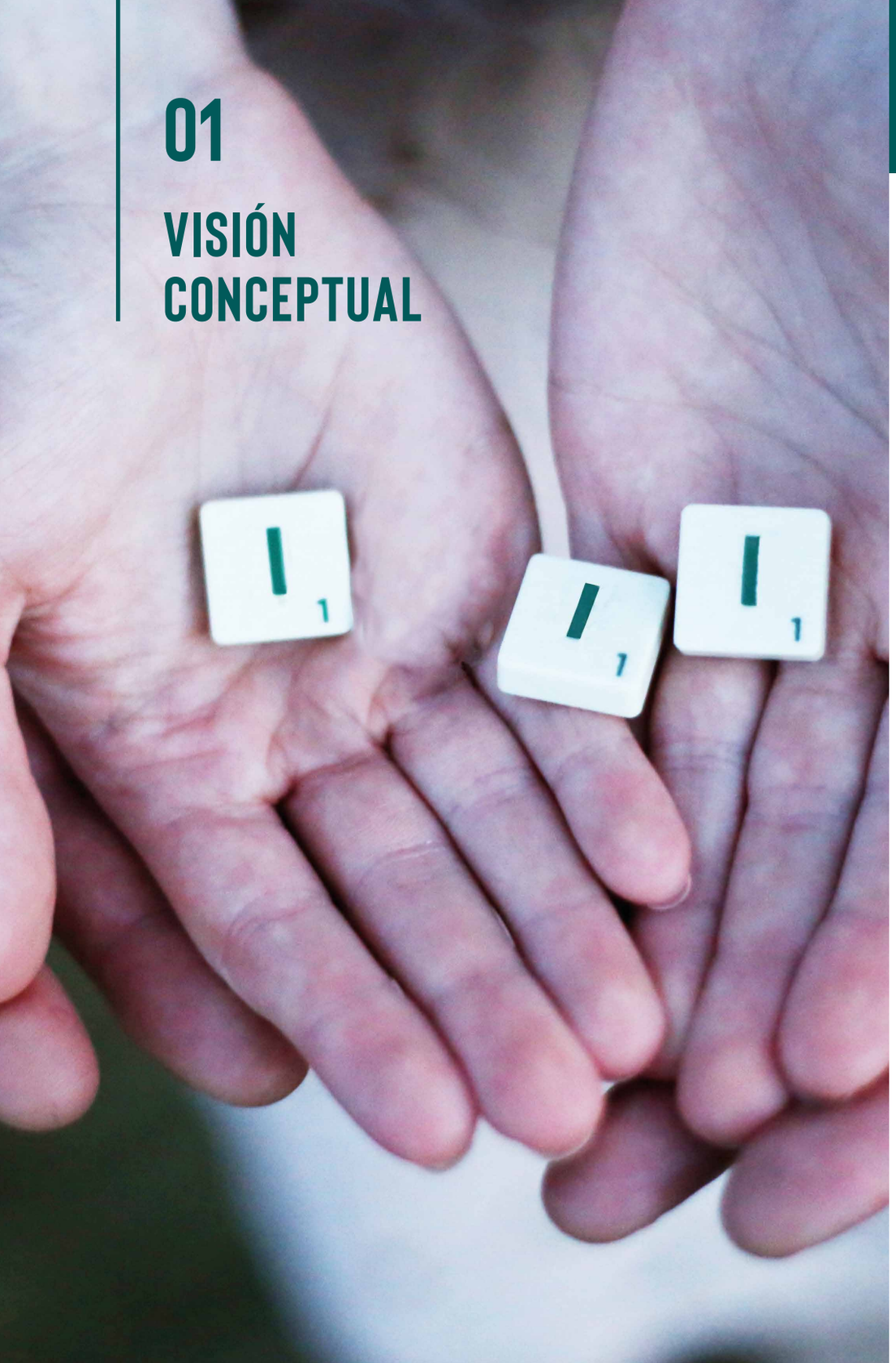
En tercer lugar, una atención integrada en forma de redes de atención a las adicciones especializada, no subordinadas a otras redes de atención meramente sanitarias, de servicios sociales o de salud mental, pero conectadas, coordinadas entre sí y complementarias.

De la red de atención a las adicciones proporcionamos ejemplos y experiencias exitosas de dispositivos y servicios gestionados por las organizaciones vinculadas a la RIOD, además de detenernos a estudiar el perfil de los equipos de atención, los itinerarios y cómo lograr una buena articulación entre los servicios.

El manual finaliza con una herramienta de autodiagnóstico que permite valorar el grado de inclusión de estas tres dimensiones en la atención que se ofrece.

Esperamos que el trabajo desarrollado contribuya al fortalecimiento de las organizaciones y administraciones que trabajan en drogas y adicciones en Iberoamérica, y que con ello se continúe profundizando en dar la mejor atención a las personas que consumen drogas o tienen adicciones y en la colaboración entre la sociedad civil y las administraciones para garantizar los derechos humanos, a partir de la garantía del derecho a la atención universal y gratuita, mediante un acceso equitativo y flexible.

Felisa Pérez Antón
Vicepresidenta de RIOD



01
VISIÓN CONCEPTUAL

En esta primera sección del documento se tratarán, de manera general, una serie de conceptos y elementos que constituyen la base teórica del Modelo de Atención Triple I.

Para ello, en primer lugar, se dará una definición del concepto de salud, especialmente en lo referente a la salud pública y la salud colectiva, como bases para realizar una atención integral, integradora e integrada a personas que consumen o con adicciones sin sustancia.

En segundo lugar, se presentarán los determinantes sociales que intervienen en los consumos y en el desarrollo de adicciones. Por último, se expondrán los modelos de intervención en materia de drogodependencias, prestándose especial atención al modelo biopsicosocial y educativo.

1.1

LA SALUD PÚBLICA Y COLECTIVA

La forma de abordar las adicciones y su tratamiento ha cambiado en las últimas décadas, resultado de la interacción de múltiples procesos sociales y culturales a escala global que resulta en distintas visiones conceptuales sobre las drogas y las adicciones. Uno de los primeros elementos que se deben tener en cuenta es el concepto de salud. De un concepto más estrecho e individualista de la salud, expresada como la ausencia de enfermedad y enfocado en los factores de riesgo, se ha pasado a conceptos de salud que atienden tanto a las esferas individuales como a las sociales y culturales, y que conciben la salud como un estado complejo en el que entran en juego factores como el bienestar físico, mental y social, como forma de vida satisfactoria y como manera de adaptación a los avatares de la existencia.

Si la salud no es ausencia de enfermedad, sino que alude a múltiples condiciones individuales y colectivas, cuando se produce un perjuicio o un riesgo a la salud, hay que atender e integrar a todos estos condicionantes. De ello se deduce que para garantizar la salud de las personas no basta con centrarse en su condición individual. Los modelos más integrales de salud prestan atención a los entornos vitales de las personas, a sus "estilos de vida" y a cómo diversos factores externos pueden influir en la salud de una persona, entendidos como determinantes sociales. Esto es lo que se entiende por salud colectiva.

Trasladado al ámbito de las drogas y las adicciones, se trata de concebir la salud de una persona desde una perspectiva social e individual, por este orden. En lo concerniente a lo social, coexisten dos maneras de concebir la salud: el enfoque de salud pública y el enfoque de salud colectiva.

El enfoque de salud pública ha supuesto un avance en los países donde se implementa al considerar "la necesidad de actuar sobre conjuntos poblacionales, y no solo sobre los individuos considerados individualmente" (Romaní, 2019, p. 9). El enfoque de salud pública en materia de drogas concibe a la salud como el resultado de la interacción entre el contexto social, las sustancias y la persona que consume drogas, que tiene una adicción o que puede estar en riesgo de desarrollar un consumo problemático. Por lo tanto, este enfoque se centra en la promoción de la salud y bienestar de las personas y sus comunidades por medio de la prevención, como forma de minimizar riesgos y costes y maximizar los beneficios en la persona.

De este modo, el objetivo principal del enfoque de salud pública es la prevención del consumo, la intervención temprana, la reducción de los daños asociados al consumo, el tratamiento y la rehabilitación, y la gestión de sistemas de salud públicos en los que se tengan en cuenta los anteriores elementos (Alfonzo, 2012).

Por ello, los sistemas de salud y las políticas sobre drogas deben dirigirse desde un modelo reactivo, basado en el déficit de salud, a uno activo, promotor de la salud colectiva y que pone medidas para la prevención del consumo. La cuestión es que las acciones que promueven la salud pública tienen un carácter esencialmente normativo, basado en diseñar medidas de salud para colectivos determinados desde el saber de las y los especialistas, pero siguen sin tener suficientemente en cuenta los factores sociales y el contexto donde se desenvuelven estos grupos poblacionales, promoviendo conductas que pueden ser contraproducentes o inviables, como la alusión a los estilos de vida "saludables", sin tener en cuenta ciertos determinantes sociales (Romaní, 2019, p.9) como la clase, el género o los procesos de racialización estructural.

Por su parte, el enfoque de salud colectiva parte de reconocer la existencia de estructuras y relaciones sociales, económicas y culturales que determinan en buena medida las conductas de los grupos sociales, lo cual incluye su estado de salud, sus conductas e, incluso, las enfermedades que les afectan. De este modo, la promoción de la salud debe estar orientada a las personas y a sus comunidades mediante acciones que minimicen costes (generalmente preventivas) y maximicen los beneficios en la persona, y con ello en la sociedad.

Este enfoque no entra en contradicción con la necesidad de llevar a cabo una atención en salud centrada en la persona, en sus particularidades y complejidades, como mejor forma para saber cuáles son las causas de la enfermedad o de la falta de salud; al contrario, se trata de potenciar la capacidad de las personas y grupos para que aborden sus propios problemas sociales, pero desde un modelo comunitario, como

mejor forma de influir positivamente en la salud (Romaní, 2019, p.10), y con una perspectiva de atención holística, abordando los contextos sociales y culturales en donde se desarrolla un problema de salud, lo cual tiene especial aplicación en contextos donde se producen consumos de drogas.

Tal y como señala la Comisión de Trabajo de Salud Pública de la RIOD (2017), conceptualizar el consumo de drogas y sus problemáticas asociadas desde un enfoque de salud pública y comunitaria, debería contemplar estos elementos:

1	Los determinantes sociales
2	Una atención holística y centrada en la persona
3	El respeto absoluto a la dignidad de las personas
4	La perspectiva de acción comunitaria
5	La garantía de derechos y universalidad de atención de calidad para toda la población afectada por consumos problemáticos de drogas
6	El reconocimiento de la reducción de riesgos y daños como estrategia fundamental e integrada
7	La familia como entorno inmediato de socialización y vínculo afectivo en su papel preventivo
8	La diversidad cultural
9	El enfoque de género
10	Perspectiva generacional
11	La protección y el cumplimiento de los derechos humanos

Lo expuesto hasta ahora tiene una implicación evidente: si la salud se entiende como un factor social y comunitario, la responsabilidad en su provisión dependerá, en primera instancia, de las administraciones públicas, como garantes legales del derecho humano a la salud y responsables de diseñar y ejecutar políticas públicas, en el ámbito de las drogas y adicciones, encaminadas a la promoción de la salud pública, de acceso, universal y gratuito, que minimicen daños y prevengan conductas de riesgo.

Desde hace años se está promoviendo el modelo salutogénico como base teórica para que la promoción de la salud tenga la repercusión más amplia y complemente al modelo clásico occidental patogénico. El modelo salutogénico no concibe la salud en términos dicotómicos (sano-enfermo), sino como un continuum en el que se dan situaciones de riesgo de caer en la enfermedad, de no mantener la salud (Antonovsky, 1996, pp. 13-14), por lo que las personas tienen un papel destacado en la prevención de situaciones de riesgo. Este modelo es especialmente importante para personas con enfermedades crónicas y para personas vulnerables, de forma que vean garantizado su derecho a la atención sociosanitaria mediante el la continuidad o continuum asistencial, en función de sus necesidades e intereses.

Lo mismo debería suceder con el consumo de drogas y las adicciones comportamentales. Si se asumen los paradigmas de salud pública y de salud colectiva será más fácil comprender que el fenómeno de las drogas es social, es decir, que requiere un abordaje público, multisectorial y multidisciplinar, sin que ello niegue en ningún caso factores genéticos o psicológicos-comportamentales en el origen y desarrollo de las adicciones.

Para que la intervención se base en la evidencia científica y tenga en cuenta las diferentes dimensiones que se ven relacionadas en el consumo de drogas y en las adicciones, será necesario, en primer lugar, atender a los determinantes sociales y circunstancias que rodean a las personas; y, en segundo lugar, basarse en un modelo de intervención en drogas y adicciones que tenga en cuenta todos estos factores.

1.2

LOS DETERMINANTES SOCIALES Y SU INFLUENCIA EN LAS ADICCIONES

Desde una perspectiva de salud pública y comunitaria, la salud no es una mera cuestión de servicios médicos, también hay que contemplar las condiciones de vida de las personas a la hora de diseñar un itinerario de tratamiento individualizado. Este análisis hace posible que las intervenciones en materia de drogas y adicciones se centren en la persona, sus derechos y sus características inherentes, pero también y en el mismo plano en las circunstancias sociales que se vinculan con los consumos.

En la salud y en el consumo de drogas intervienen, en primera instancia, factores sociales y culturales que tienen como resultado la generación de inequidades socioeconómicas y sanitarias, y que determinan en buena medida los consumos. Estos factores son:

- Factores socioeconómicos: vinculados a las condiciones de trabajo y consecuentemente a la clase social, pero también al sistema sexo-género y la racialización como elementos de jerarquización social.
- Factores culturales: como las identidades y expresiones de género, la procedencia, las concepciones y expectativas sociales, los prejuicios, sentimientos religiosos, así como códigos familiares, comunitarios y sociales.

Estos factores siempre van unidos, puesto que son expresión de fenómenos sociales estructurales, vinculados al funcionamiento socioeconómico y cultural, aunque tengan sus propias características y sean distintos según el país donde se analicen. En todo caso, los determinantes sociales tienen un gran peso en la generación de estigmas asociados al consumo de drogas o a las adicciones, e impactan de manera diferente en cada persona.

El concepto teórico-práctico que logra aunar los determinantes sociales en el análisis de las condiciones de cada persona es el de interseccionalidad. Creado en el marco del feminismo afroestadounidense en los años 70, centra el análisis de los determinantes sociales en los cuerpos: cada cuerpo es atravesado por una serie de opresiones, que no afectan de la misma manera a todas las personas. Hay ejes de discriminación que afectan de distinta manera según la clase, el género o la condición de racializada/o, que generan distintas formas de opresiones y exclusión (y también de privilegio).

Tal como lo expresa Montanaro (2017, 84), la interseccionalidad permite, a nivel macro, entender la historia por la que los cuerpos han pasado a causa de las opresiones que sufren: por ejemplo, las opresiones de género o el racismo, lo cual configura la personalidad y la historia de vida de las personas. Al conectar la raza, clase, el sexo, el género y las demás opresiones “cuestiona y desestabiliza la supuesta opresión común de un sujeto supuestamente universal” (Montanaro, 2017, p. 78).

Esto conecta directamente con la idea de que la intervención en materia de drogas debe estar centrada en la persona. Aplicado al ámbito de las drogas y las adicciones, permite analizar en cada persona los determinantes sociales que le atraviesan, de forma que se puede realizar una intervención diferencial y específica (no especial) que los tenga en cuenta en varios sentidos: en cuanto a la configuración del servicio y de la propia organización que lo provee, así como en el diagnóstico, el plan terapéutico global

Figura 1. Determinantes sociales y su vinculación con las sustancias
Fuente: Elaboración propia a partir de Organización Mundial de la Salud (2008)

y en el diseño del itinerario personalizado que tenga en cuenta estos determinantes sociales y, necesariamente, en la forma de interactuar del personal del servicio hacia la persona.

A partir de esta visión holística, la toma en consideración de los determinantes sociales en el trabajo en materia de drogas y adicciones engarza con la integralidad propuesta en los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**. Más allá de que algunas metas se relacionen directamente con la lucha contra las adicciones y los impactos que estas generan[1], los ODS son el marco a partir del cual las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones deben construir su labor, puesto que los problemas detectados deben ser afrontados en su integralidad, y muy especialmente los relacionados con los determinantes sociales.

Los ODS exhortan a concebir los problemas sociales y sus soluciones de manera integral. Trasladado al ámbito de las drogas y las adicciones, esto significa que el trabajo no puede orientarse únicamente a la lucha contra la oferta de drogas, ni a tratar únicamente aspectos médicos ni psicológicos, sino a procurar un tratamiento que abarque todo factor problemático que incida en la persona, mediante un abordaje biopsicosocial y educativo, en conexión con los problemas sociales, psicológicos y biológicos que intervienen en una adicción.

Un **modelo de atención integral, integrado e integrador** como el que se propone a lo largo de este documento deberá tener en cuenta todos estos factores que generan desigualdades en la salud de las personas, como enfoque amplio que guíe la intervención en materia de adicciones y evite estigmatizaciones, exclusión y marginación (Generalitat de Catalunya, 2019). Con este punto de vista, la labor de las organizaciones de la sociedad civil debería estar orientada a atender las necesidades de la persona por encima de todo, **siendo el consumo un elemento más sobre el que intervenir, pero sin separarlo de todos los factores sociales que afectan a la persona.**

1. Desde 2017 RIOD lleva a cabo un proceso para la inclusión de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la misión, los objetivos y funcionamiento de sus entidades socias. Para ello, la Comisión de Cooperación identificó los ODS sobre los que las entidades de drogas y adicciones trabajan de manera más directa. Es el caso de las metas del ODS 3 (Vida Sana y Bienestar), como la 3.5, 3.3 o 3A. Sin embargo, también se ha llegado a la conclusión de la necesidad de que las entidades socias de la RIOD trabajen en el abordaje integral de los ODS, transversalizándolos en su trabajo diario.

Debe resaltarse, en este sentido, que las administraciones públicas deben asegurar y dedicar recursos suficientes para reducir las desigualdades sociales en materia de salud. Solamente las administraciones públicas pueden asegurar la **equidad** en el acceso a la salud y en un tratamiento adecuado ante cualquier problema de consumo; la **universalidad en la atención en salud** para proveer de los recursos necesarios que garanticen la atención sanitaria digna para todas las personas, independientemente del trabajo que realicen otros sectores. Ello no obsta a que se guíe asimismo por el principio de **corresponsabilidad social**, que significa la colaboración de los sectores social y privado tanto en la ejecución de las políticas públicas como en su formulación (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017, p.25), factor este último frecuentemente omitido.

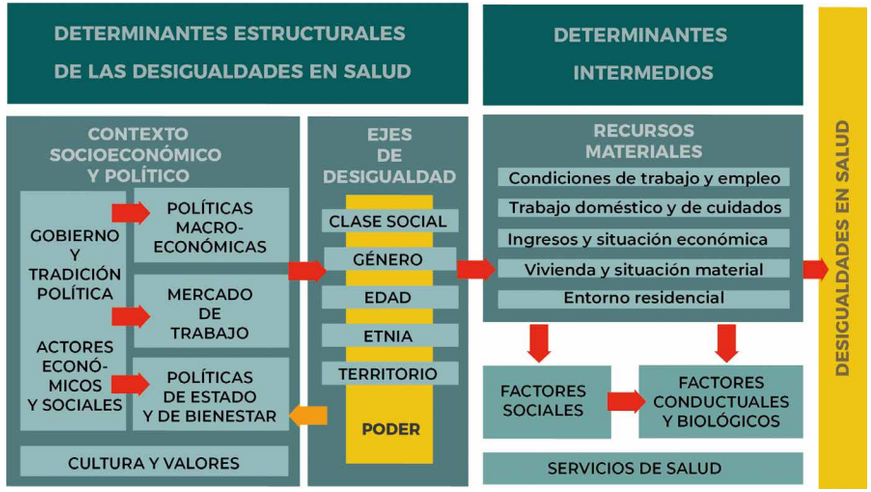


Figura 2: Determinantes de las desigualdades en salud. Fuente: Generalitat de Catalunya, 2019, p. 17. Adaptado por La Agència de Salut Pública de Catalunya (2008), de Navarro (2004) y Solar y Irwin (2007).

1.3

EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN EN DROGAS Y ADICCIONES

Un modelo de intervención en materia de drogas tiene como finalidad "ordenar" técnicamente las intervenciones, a partir de un conjunto de nociones, metodologías y prácticas que guardan coherencia entre sí y en función de las cuales se escoge al personal más adecuado para intervenir (Comas, 2010).

En España se han seguido históricamente los modelos de intervención en drogas y adicciones de manera homologable a otros países del entorno europeo y el modelo predominante en cada período ha variado según los avances científicos, el contexto de consumos, las prioridades y urgencias de trabajo de las organizaciones de la sociedad civil y los valores y creencias presentes en las políticas públicas relacionadas con las drogas y las adicciones y en los servicios proporcionados por las organizaciones de la sociedad civil. De este modo, si bien desde las instituciones y las principales organizaciones se promueven unos modelos de intervención de carácter integral, se siguen utilizando otros modelos más restringidos y restrictivos.

El consumo de sustancias (legales o ilegales) en España comenzó a considerarse un problema a partir de los años 70, cuando se detectó un aumento en el consumo de alcohol y tabaco, así como de analgésicos, sedantes, estimulantes y drogas denominadas psicodélicas. El enfoque de la época era eminentemente represivo, de persecución a las personas consumidoras y de la oferta de sustancias ilegales (Fundación Atenea, 2016).

Este enfoque comenzó a cambiar en los años 80, cuando el aumento del consumo de heroína suscitó la preocupación institucional y social frente a las drogodependencias y los problemas asociados, como los relacionados estrictamente con el consumo y la comorbilidad con otras enfermedades (muy especialmente respecto al VIH y el SIDA), u otros factores sociales que reforzaban la situación de vulnerabilidad de las personas con consumos problemáticos, como la estigmatización o la falta de apoyos para su inclusión social.

Para dar respuesta a estas situaciones, en España, desde el ámbito institucional se constituyó el Plan Nacional Sobre Drogas (1985), mientras que la sociedad civil impulsó un fuerte proceso de asociacionismo centrado en intervenir socialmente con estas personas y en realizar una denuncia social de las redes de narcotráfico que operaban en el país, así como los problemas de estigmatización que históricamente han sufrido las personas que consumen drogas.

Figura 3: *Ejemplo de campaña de la época en la que se propugnaba la abstinencia total del consumo*

A lo largo de esta década la mayoría de los servicios se enfocaban a la desintoxicación, la abstinencia y el abandono total de la sustancia o del comportamiento adictivo. En aquel entonces y con la perspectiva histórica, en la práctica diaria se comprobó que este modelo restrictivo era contraproducente, puesto que la rigidez de los tratamientos hacía que muchas de las personas abandonasen el tratamiento en los tres primeros meses, acumulando fracasos con los diversos intentos de tratamiento.

A medida que la adicción a las drogas y sus consecuencias sociales se identificaron como un problema social y político, de salud pública, se buscaron formas de abordarlo desde la investigación académica y científica, al principio solo desde el ámbito sanitario. De forma general, la investigación en torno a las drogodependencias ha pasado de centrarse en temas biológicos, como las causas neurobiológicas del desarrollo de una adicción, a integrar progresivamente otros aspectos, como la salud, el entorno social, lo psicológico o la diversidad cultu-

ral, como consecuencia de considerar la adicción a las drogas como un asunto multicausal e interconectado.

De este modo, a partir de los años 90 los servicios provistos por las organizaciones de la sociedad civil y las administraciones públicas han pasado de centrarse en el tratamiento asistencial, dentro de un modelo restrictivo, a la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de las sustancias más consumidas y a diversificar los servicios a medida que se comprendía que, en el fenómeno de las drogas y las adicciones, eran necesarios la conjunción de la atención ambulatoria, el apoyo residencial, la inclusión sociolaboral, la educación y la formación, o la asesoría jurídica, entre otros, siempre con el objetivo de atender las necesidades de la persona. Igualmente, se ha ampliado el foco de intervención a su entorno familiar y a ámbitos sociales más amplios.

Desde finales de los años 90 se viene realizando un trabajo conjunto entre administraciones, públicas, organizaciones sociales y la academia, con el objeto de establecer unos criterios de intervención basados en la evidencia científica, integrando los diferentes modelos de intervención existentes para que respondan a la multicausalidad del consumo, y a todos los factores que influyen, con diferente peso según la situación y características de la persona en las drogas y las adicciones.

A continuación, se resumen los principales modelos de intervención relacionados con el consumo de drogas, poniendo especial énfasis en el enfoque sobre el que se construye el Modelo de Atención Triple I: el enfoque biopsicosocial y educativo.

MODELO ÉTICO - JURÍDICO

Este modelo no sería propiamente de intervención, puesto que se centra en las consecuencias legales que comporta el consumo de drogas “no institucionalizadas” y en las conductas delictivas en las que caerían las personas con consumos problemáticos, no en los factores que intervienen en el consumo (Pons, 2008, p.160). Sin embargo, se incluye aquí puesto que se trata de un modelo muy extendido, por el cual la sanción legal del consumo es la mejor forma de evitarlo, y con ello garantizar la salud pública y la seguridad. Se trata, por tanto, de prevenir el consumo a partir de medidas restrictivas, de corte moralizante, y coercitivas, ya sean policiales o normativas.

MODELO BIOMÉDICO

El modelo biomédico concibe la adicción como una enfermedad del cerebro por cuestiones de predisposición biológica y en términos evolutivos que expliquen por qué el cerebro humano se aferra a comportamientos que perjudican su capacidad adaptativa al medio donde se desenvuelve (Apud y Romaní, 2016, p.117).

Para explicar la dependencia física a las drogas se tienen en cuenta cuestiones como la predisposición biológica, la tolerancia a la sustancia, la progresividad de la enfermedad, la pérdida de control, la impulsividad, el anhelo (craving), o los mecanismos de recompensa de carácter hedónico que generan una necesidad “artificial” de la sustancia, con una potencia superior que la de los neurotransmisores naturales, que es lo que generaría tanto la tolerancia como el síndrome de abstinencia y la dependencia física, a lo que habría que añadir otros factores investigados más recientemente, como los mecanismos de aprendizaje, motivación y la memoria, que harían todavía más complicado inhibir la dependencia (Apud y Romaní, 2016, p.118-119).

La investigación enfocada en el componente biomédico de las adicciones ha logrado importantes avances en la identificación y comprensión de determinantes biológicos que generan dependencia de una sustancia, pero las principales críticas a este modelo aluden a su inevitable estrechez de miras por su propia lógica, que impediría ver cuestiones psicológicas y sociales como otros factores tan importantes como los biológicos, y que también intervendrían en la generación de dependencia a una sustancia y, lo que es más, en la aparición de adicciones sin sustancia.

En síntesis, concebir las adicciones como una enfermedad del cerebro no es suficiente, puesto que intervienen otros factores sociales, psicológicos, culturales, lo que en buena medida invalida científicamente el modelo, sin que ello suponga negar que los **determinantes biológicos** juegan un papel relevante en la generación de adicciones.

MODELO MÉDICO - SANITARIO

En sintonía con el modelo biomédico, el modelo médico sanitario considera la dependencia de las drogas como una enfermedad que sufre un sujeto por causas exclusivamente internas, a partir de la “interacción entre la biología humana y las

características farmacológicas de las drogas" que genera una enfermedad que hay que tratar (Pons, 2008, p. 163). La principal crítica que recibe este modelo es que, al margen de no considerar otros factores sociales o culturales que intervienen en la generación de una adicción, consideran a la persona como "enferma", es decir, como un sujeto principalmente pasivo en el tratamiento. Esta consideración de la persona como enferma puede generar estigmatización.

A partir de este modelo se ha avanzado en tratamientos médico-farmacológicos eficaces para tratar adicciones, lo cual puede ser considerado positivo, pero tiene el evidente riesgo de que el tratamiento médico se convierta en la única medida que se toma para hacer frente a la adicción, dejando de lado los demás factores que intervienen en esta o que la determinan.

MODELO SOCIOCULTURAL

El modelo sociocultural está construido desde la antropología y la sociología. De este modo, desde el punto de vista antropológico se estudia de manera cualitativa "la perspectiva de los sujetos, sus universos de sentidos, sus prácticas culturales y sus modos de interacción social", de forma que se pueda estudiar el consumo en los contextos donde se producen, mientras que el punto de vista sociológico se centra en las estructuras culturales y de (des)organización, así como la etiquetación de los consumos y de la propia 'adicción' y la estigmatización de las personas que consumen (Apud y Romaní, 2016, p.120).

Gracias a este modelo queda patente que el uso de sustancias psicoactivas no puede separarse del contexto cultural, por lo que en algunas sociedades puede tener connotaciones positivas y en otras negativas, como ocurre en la mayoría de las sociedades en la actualidad, sobre todo en las occidentales u occidentalizadas. Sin embargo, no presta tanta atención a los aspectos biológicos de las adicciones, por lo que su aplicación generalizada en los servicios y tratamientos se ve limitada.

MODELO BIOPSICOSOCIAL Y EDUCATIVO

Gracias a este modelo queda patente que el uso de sustancias psicoactivas no puede separarse del contexto cultural, por lo que en algunas sociedades puede tener connotaciones positivas y en otras negativas, como ocurre en la mayoría de las sociedades en la actualidad, sobre todo en las occidentales u occidentalizadas. Sin embargo, no presta tanta atención a los aspectos biológicos de las adicciones, por lo que su aplicación generalizada en los servicios y tratamientos se ve limitada.

El modelo biopsicosocial concibe las adicciones como un proceso en el que coexisten "una complejidad de factores de riesgo, vulnerabilidad y protección, vinculados no solo a un nivel neurobiológico, sino también psicológico y social" (Apud y Romaní, 2016, p.119). Estos múltiples factores interactúan entre sí, y lo principal es que son susceptibles de modificación si se interviene sobre ellos (Fundación Atenea, 2016, p. 48). En la actualidad es el modelo sobre el que existe un mayor consenso científico entre las y los especialistas, si bien su aplicación práctica es más o menos extendida según el contexto donde se desarrolla la intervención y el país.

La representación más común de los factores de riesgo descritos es a través del triángulo sustancia-sujeto-entorno (Romaní, 2019, p.11), que se expresa así:

- **Las características de la persona**, desde su estado de salud física y mental, factores biológicos, conductuales, características sociales, educativas, formativas y laborales, culturales, de identidad sexual, género, hasta su manera de interactuar en su contexto.
- El **contexto** en el que vive la persona, desde el más cercano (familia, amistades, comunidad), al más estructural (contexto socioeconómico, cultural y político);
- **La sustancia o sustancias** que consuma, su cantidad, frecuencia, vía de consumo, etc.

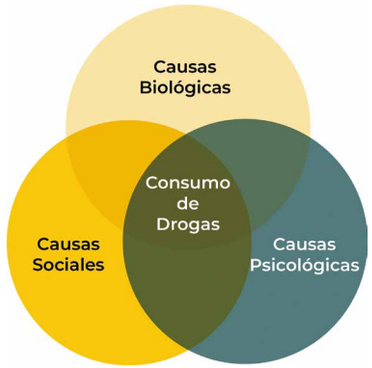


Figura 3: El modelo biopsicosocial.
Fuente: SEDRONAR, 2014

Estos factores son representados de este modo porque son mutuamente influyentes: cada individuo reaccionará de una manera ante la sustancia que consuma, ya sea por su edad, su estado anímico o el contexto en donde consuma (en un ambiente recreativo, familiar, en el trabajo, en un centro penitenciario, etc.). La confluencia en el análisis de estos tres factores dará una visión más completa de la **etiología del consumo**, puesto que permitirá ajustar más el **diagnóstico individualizado**, lo cual significa que no hay dos personas iguales, ni las mismas motivaciones para consumir, ni la misma manera de interactuar con su contexto y de concebir su relación con el entorno.

De ello se deriva, en primer lugar, que no se pueden extraer reglas generales sobre los factores biopsicosociales que interactúan en el curso de una adicción, sino que, como en línea con todo lo expuesto hasta ahora, el diagnóstico y la intervención deben centrarse en las características y necesidades de cada persona.

En segundo lugar, cada persona requiere un **acompañamiento personalizado**, basado en el análisis de los tres factores mencionados.

En tercer lugar, el modelo biopsicosocial, al integrar estos tres factores, no contempla a la persona que consume de informa aislada, sino **integrada** dentro de una estructura social que interviene sobre sus circunstancias, pero donde interviene a la vez (Pons, 2008, 177-178). Por ello es tan importante contar con el entorno social en el tratamiento, tanto para buscar factores que intervengan en la adicción como para que sea posible que la persona bajo tratamiento pueda recuperar los vínculos con el entorno.

El **énfasis en lo educativo** se refiere a dos factores:

- A la generación de hábitos de salud en la persona consumidora que pasa por el proceso de intervención terapéutica para tener hábitos saludables, seguir pautas de autocuidado y adquirir y mantener prácticas saludables, evitando las de riesgo (Instituto de Adicciones de Madrid, 2017, p. 75).
- A la facilitación de entornos comunitarios resilientes y protectores que potencien la cultura como factor protector del consumo de drogas, siempre bajo una perspectiva transcultural, de acuerdo con la diversidad del entorno donde se realice la intervención (Generalitat de Catalunya, 2020, p.36).

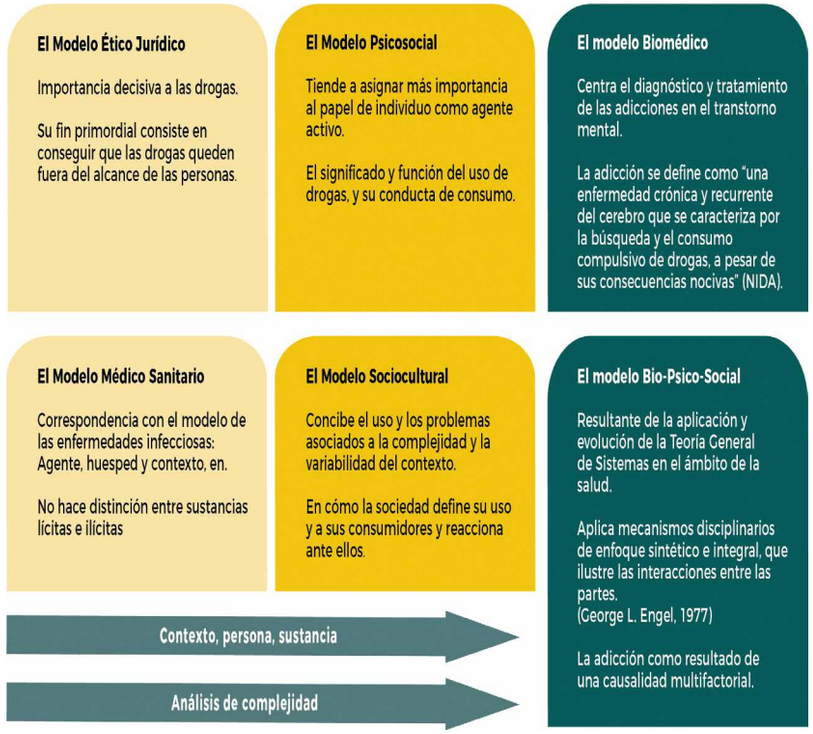


Figura 4: Modelos de tratamiento de adicciones.
Fuente: Nowlis, H. (1975)

02

EL MODELO DE ATENCIÓN TRIPLE I

La apuesta por el Modelo de Atención Triple I es una consecuencia lógica de todo lo expuesto hasta ahora, y recomienda que la atención a las drogas y las adicciones se haga de manera integral, atendiendo las diferentes esferas de la persona y adaptando la intervención a sus deseos y necesidades. En segundo lugar, la atención debe ser integradora y comunitaria, trabajando desde y con la comunidad con la finalidad de que las personas con problemas de consumos o adicciones sean sujetos activos de la comunidad, que participen con todos sus derechos y deberes.

En este aspecto, es esencial fomentar e implicar al entorno de la persona, su familia, amistades y las relaciones sociales como parte fundamental del tratamiento. Por último, la atención integrada alude a la necesidad de proveer una atención en red, con la confluencia de diversos servicios específicos sobre drogas y adicciones interconectados, coordinados y complementarios entre sí y que, además, conecte con otros servicios sociales, médicos, laborales, educativos, formativos, judiciales, de ocio, para lograr una mayor complementariedad, eficacia y eficiencia de las intervenciones.

Como se detallará a lo largo del documento, en la aplicación del Modelo de Atención Triple deben integrarse una serie de enfoques, ya sea en el diseño del servicio o como parte de la atención y los tratamientos. **Los enfoques son los siguientes:**

ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

- **Las personas son protagonistas de su tratamiento, son sujetos de derecho y toman decisiones**
- **Respeto a su dignidad y autonomía**
- **Atención a sus circunstancias personales, biopsicosociales y educativas (multidimensionalidad)**
- **Dimensión social y comunitaria del tratamiento**

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL Y EDUCATIVO

- **Análisis personalizado desde la complejidad y de factores de riesgo personales, del contexto social y de la(s) sustancia(s) consumida(s)**
- **Énfasis en lo educativo (hábitos, autocuidado; intervención comunitaria y transcultural)**

ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA Y COLECTIVA

- **Salud como resultado de la interacción social, las sustancias y factores personales**
- **Promoción de la salud y prevención para reducir riesgos y costes**
- **Protagonismo y protección de/a la comunidad**

ENFOQUE DE GÉNERO

- **Atención a los condicionantes culturales y sociales que generan desigualdades entre hombres y mujeres**
- **Componentes diferenciales entre hombres y mujeres en cuanto al tipo de consumo, sustancias, barreras de acceso al tratamiento, penalizaciones sociales**
- **Interseccionalidad en todo el proceso de atención y análisis**
- **Transversalización del enfoque en todas las dimensiones del tratamiento**

ENFOQUE DE DERECHOS

- **Respeto de los derechos fundamentales de las personas consumidoras en políticas públicas, servicios, programas y dispositivos**

ENFOQUE GENERACIONAL

- **Los consumos varían según la etapa vital, y con ello las necesidades**
- **Edad como factor que genera impactos diferenciales causados por el consumo → Adaptación de servicios y tratamientos**

Asimismo, la intervención en adicciones tiene que basarse en los siguientes componentes transversales:

PERSONAL

- **Análisis personalizado desde la complejidad y de factores de riesgo personales, del contexto social y de la(s) sustancia(s) consumida(s)**
- **Énfasis en lo educativo (hábitos, autocuidado; intervención comunitaria y transcultural)**

COMUNITARIO Y SOCIAL

- **Base comunitaria en el tratamiento**
- **Fortalecimiento de los vínculos entre persona consumidora y comunidad**
- **Participación social: uso de metodologías de participación**

FAMILIAR

- **Clave para la prevención y para la inclusión de las personas consumidoras**
- **Fomentar la participación en el proceso terapéutico**
- **Diversidad de tipos de familia**

2.1

DIMENSIÓN INTEGRAL

La dimensión integral del Modelo Triple I alude a un enfoque de intervención y de prestación de los servicios en el ámbito de las drogas y adicciones de carácter holístico, centrado en la persona y con el objetivo de realizar un proceso de atención en el que la persona sea protagonista y parte implicada en el mismo, teniendo en cuenta sus necesidades, pero también sus deseos.

La dimensión integral implica una mirada desde la complejidad de la persona, su relación con el consumo de drogas o su adicción, así como sus condiciones de salud (física y mental, individual y colectivo) y sus vínculos con su contexto más próximo. Por ello, se debe atender a las características personales de la persona usuaria, lo que incluye su trayectoria vital, su perfil de consumo, su salud, sus expectativas, sus relaciones familiares, comunitarias y sociales, su grado de inclusión social y laboral y, en general, cualquier factor biológico, psicológico y social que intervenga en el estado general de la persona.

Para dar respuesta a esa complejidad, la dimensión integral del Modelo de Atención Triple I se basa en el enfoque biopsicosocial y educativo, puesto que permite integrar todos los factores que afectan a la persona que tiene consumos problemáticos de drogas o adicciones.

Esta atención integral se alcanza realizando un correcto diagnóstico inicial y un plan terapéutico global y personalizado por parte de un equipo profesional multidisciplinar. Además, mediante herramientas educativas y formativas y con la necesaria implicación en el tratamiento de la persona y de su entorno familiar y comunitario, se consigue, en conjunto, generar elementos protectores del consumo de drogas o de la adicción sin sustancia[2].

En función del diagnóstico inicial y del plan terapéutico global y personalizado, la persona pasará por unos servicios u otros, siempre a partir de la opinión y la capacidad de decisión de la persona; de lo contrario, el proceso de adherencia al tratamiento y su éxito puede ponerse en riesgo. Estos servicios deben regirse por unos principios basados en el respeto a las decisiones de las personas usuarias y en la promoción de su autonomía y participación en la sociedad, abiertos asimismo al entorno familiar y comunitario.

2. Más información sobre el enfoque biopsicosocial y educativo aplicado al Modelo Triple I en la página 24

EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

La única manera de llevar a cabo con éxito una atención integral en materia de adicciones es basarla en la opinión y las circunstancias bio, psico y sociales de la persona, pues es un sujeto de derechos y, por tanto, sus decisiones y la manera de llevar a cabo el tratamiento deben ponerse en el centro. Esta es la atención centrada en la persona en el ámbito de las drogas y las adicciones, que se sintetiza en este decálogo (Martínez, 2017):

1	Todas las personas tienen dignidad
2	Cada persona es única. Tiene su propio proyecto vital
3	La biografía es la razón esencial de la singularidad
4	Las personas tienen derecho a controlar su propia vida
5	Todas las personas tienen fortalezas y capacidades
6	La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas. Actividades plenas de sentido
7	El ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo de las personas
8	El ser humano es un ser social y nos relacionamos desde relaciones de interdependencia
9	Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

10	Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios

Cuando se sigue el enfoque de la atención centrada en la persona son los servicios y sus profesionales los que se deben adaptar a las necesidades, opiniones y decisiones de las personas usuarias, y no al revés. De lo contrario, la adherencia al tratamiento será muy inferior y problemática.

De lo que se trata es de realizar un acompañamiento desde la situación real de la persona, facilitando la continuidad en su proceso vital. Esto implica el trabajo complementario con otros servicios de la red específica sobre adicciones o de cualquier otra red de atención social (tal y como propugna la **dimensión integrada**).

Para desarrollar una **atención integral** hay que atender a los ***principios de prestación de los servicios*** y desarrollar correctamente las ***herramientas de diagnóstico inicial*** y ***plan terapéutico global y personalizado*** que pasamos a desarrollar a continuación.

2.1.1. PRINCIPIOS DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

La dimensión integral y el hecho de centrarse en las características de la persona con problemas de consumo de drogas o con adicciones implica necesariamente la prestación de servicios que respondan a esta visión integral.

Los principios básicos de todo servicio relacionado con la atención al consumo de drogas y las adicciones son:

Respeto	**No discriminación**	**Empoderamiento de la persona usuaria**
Creación conjunta	**Una atención holística y centrada en la persona**	**No estigmatización**
Confidencialidad	**Accesibilidad**	

Fuente: Generalitat de Catalunya (2019, p. 31).

Para que esto sea posible, el principio esencial en la prestación de servicios integrales es la **atención centrada en la persona (ACP)**. Para ello se debe partir del **respeto a su dignidad y sus derechos**, pero también a sus **intereses y preferencias**, es decir, la persona que recibe la atención debe participar activamente en la toma de decisiones (Generalitat de Catalunya, 2019, p.45).

Otro principio fundamental es el de la **autonomía** de la persona y su **derecho a elegir y planear su tratamiento**, y de manera más general, su futuro. De esta manera se promoverá la **accesibilidad** y voluntad de acceder al servicio y la subsiguiente **adhesión** al mismo. De este modo, la ACP debe promover el principio de la **mejora de la calidad de vida y del bienestar** de la persona.

Figura 5. Atención Centrada en la Persona

Fuente: Care Connect (2016).

No se puede obviar en este punto que hay personas consumidoras que, pese a la adaptación de los servicios a los principios señalados, no entran en ellos, pasan menos tiempo del requerido o no se adhieren al tratamiento. Por ello, además de estos principios, los servicios con vocación integral han de asegurar aspectos como la **universalidad, equidad y accesibilidad**: los servicios deben adecuarse para proveer atención a todo tipo de perfiles, respetando la diversidad, con base en necesidades diferentes y diferenciadas y en los determinantes sociales. Se han de **transversalizar** en todas las esferas del tratamiento los enfoques de género y edad, además de tener muy en cuenta si se trata de una persona **racializada** y el **origen** de la persona usuaria. Para asegurar la universalidad, equidad y accesibilidad debería asegurarse la **gratuidad de todos los servicios** prestados en un centro asistencial integral.

EL ENFOQUE DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES

Tal y como lo identifica la Federación Catalana de Drogodependencias (2018) el enfoque o la perspectiva de género:

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

"Es un marco analítico y comprensivo que permite hacer el análisis de la situación actual, analiza las construcciones culturales y sociales atribuidas históricamente al constructo de hombres y mujeres, reglando lo que se identifica como lo masculino y lo femenino. Esta perspectiva pretende discernir y hacer visibles los condicionantes culturales y sociales que pesan sobre las desigualdades y que generan identidad, como también promover iniciativas (incidencia política, repensar programas y acciones) para erradicar y corregir los factores que generan desigualdad".

Desde hace años se ha recogido evidencia científica en cuanto a la categoría género y sus componentes diferenciales entre hombres y mujeres en cuanto al consumo de drogas, el tipo de drogas consumidas, la adherencia el tratamiento, los determinantes sociales, la relación con el entorno familiar, social y comunitario, la penalización del consumo o los asuntos relacionados con la justicia (acceso y encarcelamiento).

Pese a estos componentes diferenciales, se ha tomado como neutral y homogénea la interacción de las drogas y las adicciones de los hombres, lo que ha significado una invisibilización de los consumos en las mujeres, sus motivos y las consecuencias en su salud y sociales (Hansen, 2019), y lo que es peor, que un porcentaje muy bajo de mujeres accedan a los tratamientos. Por ello, si bien la categoría género alude a hombres y mujeres, a la diversidad sexual o a cualquier expresión o identidad de género, se considera fundamental trabajar específicamente con mujeres que consumen drogas o que tienen adicciones sin sustancia.

Esto no quiere decir que dentro de las mujeres que accedan a un servicio sobre drogas o adicciones haya un solo perfil; al contrario, como se ha señalado a lo largo del documento la atención debe estar centrada en la persona, y por esta misma razón es indispensable que los equipos profesionales estén conveniente formados en aspectos de género y en género y drogas.

Sin embargo, la intervención individual con enfoque de género es solo una de las dimensiones que deben tenerse en cuenta a la hora de utilizar el Modelo Triple I. Todos los elementos que constituyen el Modelo de Atención Triple I deben transversalizar el enfoque de género, ya sea en los lineamientos generales, en los protocolos, en el tratamiento, en la intervención, en los indicadores, en los programas y servicios, en la conformación de la red específica sobre adicciones y su relación con otras redes (como las de violencia de género), entre otros

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

ámbitos. Todo ello se ha señalado teórica y prácticamente a lo largo del texto, y son cada vez mayores las referencias bibliográficas (p. 122)al respecto, por lo que recomendamos su lectura para una correcta aplicación de este enfoque.

EL ENFOQUE GENERACIONAL EN MATERIA DE DROGAS Y ADICCIONES

En el consumo de drogas y las adicciones sin sustancia la edad de las personas es un factor que genera impactos diferenciales, tanto para considerar las etapas de la vida en las intervenciones como para señalar la corresponsabilidad intergeneracional en la prevención y el tratamiento de consumos problemáticos (Romaní, 2019, p.19), sobre la base de que las personas son sujetos de derechos y obligaciones, independientemente de su edad.

Los consumos varían según la etapa vital, y con ello las necesidades específicas que presentan. El enfoque generacional implica que han de diseñarse medidas preventivas diferenciadas para personas menores de edad (tanto en la infancia como en la adolescencia), juventud, adultas y adultas mayores, colectivo con una creciente relevancia en el ámbito de trabajo sobre drogas.

No debería concebirse ninguna política o intervención en materia de drogas y adicciones sin contar con la participación directa de los grupos etarios a quienes va dirigida (Romaní, 2019, p.19), lo que alude especialmente a las y los jóvenes. Esto implica dejar de lado los enfoques tutelares y paternalistas, considerándoles en cambio como sujetos con derechos y obligaciones. En este sentido, la perspectiva generacional nos sirve para identificar y analizar las diferencias de poder y el desequilibrio etario del bienestar, evitando visiones adultocéntricas, sin dejar de considerar que niñez, juventud, adultez y vejez tienen conexiones y que en conjunto forman una historia común: se debe reconocer la corresponsabilidad y la solidaridad intergeneracional y sus aportaciones a largo plazo.

Por último, es imprescindible también que las intervenciones estén basadas en la **evidencia científica**, y la actualización constante a través de la revisión de la literatura y las **buenas prácticas**[3] en el ámbito de la atención en drogas y adicciones.

3. Se puede acceder a las publicaciones de experiencias orientadas a las buenas prácticas en el trabajo en drogas y adicciones de la RIOD aquí: https://riod.org/publicaciones/

2.1.2. PROCESO DE TRATAMIENTO INTEGRAL: DIAGNÓSTICO Y PLAN TERAPÉUTICO GLOBAL Y PERSONALIZADO

Para realizar un tratamiento integral es fundamental trasladar el enfoque biopsicosocial y educativo a las herramientas y documentos de trabajo de un servicio del ámbito de las drogas y las adicciones. En estas herramientas y documentos también deben incluirse medidas que garanticen los derechos de las personas e integrar la diversidad cultural, sexual, de género y social, como factores que hacen posible un proceso terapéutico exitoso si están incluidos en todas las fases del tratamiento.

Las personas usuarias deben estar bien informadas desde el principio sobre las opciones de programas de tratamiento (ya sean de corta, media y larga duración, o en régimen ambulatorio, de ingreso, etc.) **y deben ser protagonistas** en el diseño, ejecución y evaluación de todo el proceso de tratamiento, en línea con las recomendaciones internacionales (CSFD, 2020, p. 15).

En líneas generales, cuando una persona accede a un servicio debe realizársele una atención individualizada y rápida para valorar sus necesidades y optar por un itinerario de tratamiento en un tipo dispositivo u otro (ambulatorio, residencial, de baja exigencia, etc.)[4]. A ello le seguiría una valoración interdisciplinar de la persona, para lo cual hay que considerar los diversos aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Solo así se puede diseñar un plan terapéutico personalizado y una intervención adecuada y adaptada a sus necesidades, que deberá estar supervisada periódicamente por una o un profesional de referencia y evaluado en conjunto con la persona usuaria.

Solo así se puede diseñar un **plan terapéutico personalizado** y una intervención adecuada y adaptada a sus necesidades, que deberá estar supervisada periódicamente por una o un profesional de referencia y evaluado en conjunto con la persona usuaria.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es el elemento fundamental sobre el que se basará la posterior intervención y el tratamiento con la persona que accede a un dispositivo o servicio.

4. Puedes ver los dispositivos que componen una red de atención a las adicciones en la sección 3.1, página 65.

En concordancia con todo lo expuesto hasta ahora, el diagnóstico debe cubrir los elementos que intervienen en el desarrollo de una adicción, pero también aspectos de la persona y su contexto que afectan a su bienestar y a su salud ya sean previos o como resultado de la adicción. Se hace un diagnóstico precisamente porque estos factores nunca interactúan de la misma manera en una persona con consumos problemáticos, ni de forma equivalente, por lo que habrá que revisar la etiología del consumo, así como los determinantes sociales y las causalidades multifactoriales, circulares y estructurales, que deben tenerse en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico a una persona que accede al servicio (ya sea que entra por primera vez o si vuelve a entrar; el diagnóstico es siempre dinámico).

A continuación, mostramos una tabla que puede servir para contemplar todos los elementos a tener en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico:

MODELO ETIOLÓGICO DEL CONSUMO DE DROGAS BASADO EN LA EXPLICACIÓN SOCIOECOLÓGICA
A. CARACTERÍSTICAS PERSONALES
▸ **Edad y sexo** ▸ **Rasgos de personalidad** ▸ **Estado emocional** ▸ **Valores y disposiciones motivacionales** ▸ **Actitudes y expectativas hacia el uso de las drogas** ▸ **Estilos de vida y de relación social** ▸ **Uso de otras sustancias**
B CARACTERÍSTICAS DE LA DROGA
▸ **Tipo de droga consumida** ▸ **Efectos psicoactivos** ▸ **Efectos reforzados derivados de su consumo** ▸ **Dosis ingerida** ▸ **Tiempo de consumo** ▸ **Forma de ingestión** ▸ **Dependencia y tolerancia**

Fuente: *Pons (2008)*

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

C. CARACTERÍSTICAS DEL MEDIO MICROSOCIAL

- **Clave para la prevención y para la inclusión de las personas consumidoras**
- **Fomentar la participación en el proceso terapéutico**
- **Diversidad de tipos de familia**

D. CARACTERÍSTICAS DEL MEDIO MACROSOCIAL

- **Características del entorno social y cultural**
- **Tipo de presencia e imagen de las drogas en los medios de comunicación**
- **Disponibilidad de la droga**
- **Publicidad de drogas institucionalizadas**
- **Valores sociales imperantes**
- **Aceptación de la droga en el medio social y situación legal**
- **Presencia de las drogas en las actividades sociales de la cultura de referencia**
- **Oferta y disponibilidad de actividades de ocio**
- **Factores económicos y políticos**

Fuente: Pons (2008)

Este diagnóstico no debe realizarse solo por una o un profesional del servicio, sino por un equipo que debe tender siempre a la interdisciplinariedad (página 92), de manera que se cubran las distintas características de la persona (físicas, psicológicas, sociales).

PLAN TERAPÉUTICO GLOBAL Y PERSONALIZADO

La situación de una persona que accede a un servicio en el ámbito de las drogas y las adicciones es siempre compleja y diversa: habrá quien necesite apoyos puntuales, de índole social, psicológico o de su relación con la sustancia, o bien que necesite una intervención integral, más prolongada en el tiempo; en definitiva, siempre basada en sus necesidades y en su decisión.

Por ello es indispensable realizar un Plan Terapéutico Global y Personalizado, y que incluya información desde el momento en que la persona entra en el servicio o dispositivo (incluyendo el diagnóstico) hasta que lo abandone (e incluso posteriormente, para realizar un seguimiento adecuado).

A la hora de realizar una atención integral se deben contemplar estos componentes que integran el diagnóstico y el Plan Terapéutico, así como su seguimiento:

ATENCIÓN A LA DEMANDA INICIAL DE LA PERSONA USUARIA

- **Se recaba la información indispensable para iniciar el proceso de intervención: entrevista motivacional (situación social, perfil de consumo, estado de salud, etc.).**
- **Posibilidad de contactar con familia o entorno social/comunitario.**
- **Un modelo resumido de preguntas puede ser consultado aquí: Anexo 1 (página 125).**

VALORACIÓN INTERDISCIPLINAR DE LA PERSONA

- **Valoración alineada con el modelo biopsicosocial y educativo y su interacción con el consumo, entre varias/os profesionales del equipo, de distintas disciplinas.**
- **Seguir los elementos a tener en cuenta en el diagnóstico (tabla anterior).**

EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL

- **Análisis y evaluación de todas las esferas vitales, en función de la información de la persona, del diagnóstico y valoración.**
- **Adecuar la intervención a las necesidades cambiantes de la persona.**
- **Útil para diseñar plan terapéutico e itinerario a seguir en la red de atención a las adicciones.**

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

DISEÑO DEL PLAN TERAPÉUTICO GLOBAL Y PERSONALIZADO

- **Objetivo primordial: reducir o minimizar los problemas asociados al consumo o la adicción sin sustancia.**
- **Contiene los objetivos del tratamiento, consensuados con la persona, cubriendo todas sus esferas vitales (tratamiento físico, psicológico, desarrollo de competencias y habilidades).**
- **Consentimiento informado para mejorar implicación y empoderamiento de la persona.**
- **Servicios a los que asistirá (propias de la red de atención a las adicciones; sociales, médicos, psicológicos, formativos, laborales, culturales, legales, etc.).**

DESARROLLO DEL PLAN TERAPÉUTICO GLOBAL Y PERSONALIZADO

- **Varias fases, según el ritmo de la persona, su perfil de consumo, su voluntad y la disponibilidad de recursos: desintoxicación/estabilización y deshabituación, rehabilitación e integración social.**
- **Participación del entorno familiar y social de la persona (cuando sea posible).**

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

- **Revisión periódica del plan terapéutico por la o el profesional de referencia, con la colaboración de la persona usuaria y de su entorno familiar o social (si es posible).**
- **Posibilidad de dar el alta terapéutica si se logran los resultados.**

SEGUIMIENTO UNA VEZ SE CUMPLEN LOS OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

- **El alta terapéutica no debe ser el fin de la relación y del contacto con la persona usuaria.**
- **Tratamiento de posibles recaídas.**
- **Dificultades en el proceso de inclusión social, relación con entorno familiar, comunitario, social.**
- **Consensuar el medio: telefónico, electrónico, presencial, etc.**

Fuente: *elaboración propia a partir de Instituto de Adicciones de Madrid, 2017, pp. 68-76.*

En síntesis, la dimensión integral del Modelo Triple I significa atender integralmente todas las esferas de la persona que consume y quiere recibir un tratamiento para que pueda desarrollarse plenamente y mejore su autonomía personal. Esto solo puede darse si los servicios prestados hacen posible realizar una **atención centrada en la persona**, desde el **diagnóstico inicial**, de donde debe surgir un **Plan Terapéutico Global y Personalizado**, en donde participe la propia persona y su entorno. La integralidad se refiere al modo de intervenir con la persona y a poner en práctica una atención que responda tanto a la complejidad de la persona como a su relación con el consumo de drogas o la adicción sin sustancia, así como sus condiciones de salud (física y mental), en los planos individual y colectivo.

2.2

DIMENSIÓN INTEGRADORA Y COMUNITARIA

Las personas que presentan un consumo problemático de drogas o una adicción sin sustancia tienen un mayor riesgo de vulnerabilidad social, y ese riesgo puede incrementarse a medida que se problematiza más el consumo. **La Dimensión Integradora del Modelo de Atención Triple I** se refiere a las medidas orientadas a facilitar que la persona que accede a un servicio sobre drogas y adicciones logre su inclusión social, es decir, que sea un miembro activo de la sociedad, con derechos y deberes. Para ello no basta con trabajar individualmente con la persona que presenta un consumo problemático o una adicción comportamental, sino que se tiene que incluir en las diversas esferas del tratamiento al entorno familiar y social o comunitario.

Es muy habitual que las personas que acceden a servicios de atención a los consumos tengan un grado de vulnerabilidad creciente, aun en el caso de que hayan podido mantener vínculos familiares, sociales o laborales. En los casos en que la adicción presenta mayor severidad, es muy probable que esas personas se encuentren en una situación de exclusión social.

Como todo fenómeno social, la exclusión social "es un proceso y no una situación estable inamovible" (Fundación Atenea, 2015, p.13), que puede afectar de forma cambiante a cualquier persona, grupo o colectivo. Ni la exclusión ni la inclusión social deben entenderse en términos dicotómicos, puesto que hay numerosos grados de inclusión o de exclusión y pueden cambiar con el tiempo. En cualquier caso, el objetivo de una intervención y de un servicio de atención de carácter integrador debe orientarse al incremento de la inclusión social de las personas usuarias y de su entorno familiar y comunitario.

La inclusión social de una persona que consume o que tiene una adicción no depende de un solo factor, como por ejemplo la reducción del consumo o su cese (momentáneo o permanente); existen numerosos factores personales, psicológicos, de salud, familiares y sociales inciden en un proceso de inclusión social. También debe hacerse frente a factores externos, ajenos a la persona, como las diferentes estigmatizaciones o el propio contexto social y económico.

Todo ello debe tenerse en cuenta a la hora de hablar de la dimensión integradora de la atención que promueve el Modelo Triple I. Una atención integradora y comunitaria debe sentar las bases de un modelo que sea accesible a toda la población, **adaptando la atención a todas las personas**, para no dejar a nadie atrás, **en donde el consumo es un factor más** y en el cual las personas usuarias logren participar como miembros activos de la sociedad. En este punto será necesario prestar una atención especial a colectivos en situación de vulnerabilidad con mayores dificultades de acceso, y para ello es necesaria la revisión, actualización y reorientación de los planes de intervención y los itinerarios individualizados para garantizar la adecuación de los programas, servicios y acciones a las características y necesidades diferenciadas y específicas de las personas con las que trabajamos.

Por eso son tan importantes los **enfoques** y los **elementos transversales** que recomendamos en el Modelo de Atención Triple I, cuyo uso, en conjunto, no solo puede contribuir a mejorar drásticamente la inclusión de personas con consumos problemáticos, sino que debe acarrear también una serie de cambios en los servicios y en los tratamientos realizados por las organizaciones sociales.

Cuando hablamos de la dimensión integradora nos referimos a dos procesos de inclusión que son inseparables: en primer lugar, al **proceso individual**, por el cual todas las acciones que se desarrollen en el marco de la intervención y en el diseño de los servicios de atención deben orientarse a lograr la autonomía de la persona que accede a los mismos mediante su inclusión social activa. En segundo lugar, **se debe trabajar en y con la comunidad y con el entorno familiar** de la persona.

Los servicios e intervenciones terapéuticas deben contemplar el entramado interdependiente de factores que puede decantar a la persona consumidora hacia la exclusión o hacia la inclusión (Fundación Atenea, 2015, p.13). Los ámbitos que intervienen como factores de inclusión o exclusión son muy variados y su peso depende de la situación de cada persona. En línea con lo descrito hasta

ahora en torno al modelo biopsicosocial y educativo, la etiología del consumo y los determinantes sociales, en el caso de personas con consumos problemáticos de drogas y adicciones estos elementos se refieren al ámbito personal, laboral, económico, formativo, sociosanitario, residencial, social-relacional, comunitario, macrosocial, cultural y de ciudadanía y participación social (Fundación Atenea, 2015, p. 17).

Una herramienta fundamental para incluir los ámbitos, que generan exclusión y propician la inclusión social, en el análisis de la situación de las personas usuarias es preparar una matriz que contenga los ámbitos, factores de exclusión y de inclusión, tenga en cuenta los determinantes sociales y proporcione medidas y responsables para ello. *De forma esquemática presentamos a continuación una tabla que resume estos elementos:*

ÁMBITOS	PRINCIPALES FACTORES DE EXCLUSIÓN	PRINCIPALES FACTORES DE INTEGRACIÓN	EJES DE DESIGUALDAD		
LABORAL	Desempleo Subempleo Temporalidad Precariedad laboral Falta de experiencia laboral Sin cualificación laboral	Empleo indefinido o fijo Estabilidad en el empleo Experiencia laboral Cualificación laboral	Sexo	Edad	Etnicidad / Lugar de procedencia
ECONÓMICO	Ingresos insuficientes Carencia y/o dependencia de seguridad social y prestaciones sociales Ingresos irregulares Carencia de ingresos Endeudamiento Consumismo	Buen nivel de ingresos Ingresos regulares Diversas fuentes de ingresos Cobertura de la seguridad social			

(viene de la página anterior)

ÁMBITOS	PRINCIPALES FACTORES DE EXCLUSIÓN	PRINCIPALES FACTORES DE INTEGRACIÓN	EJES DE DESIGUALDAD		
CULTURAL	Pertenencia a minorías étnicas Extranjería e inmigración Perteneciente a grupos de “rechazo” Elementos de estigma	Integración cultural Perfiles culturales “aceptados”	Sexo	Edad	Etnicidad / Lugar de procedencia
FORMATIVO	Barrera idiomática Abandono sistema educativo sin titulación básica Analfabetismo tecnológico Analfabetismo o baja instrucción Sin escolarización Fracaso escolar	Conocimiento de lenguas extranjeras Mejoras en los niveles de instrucción Cualificaciones demandadas			
SOCIO - SANITARIO	No acceso al sistema sanitario básico Comorbilidad psiquiátrica, discapacidad u otras enfermedades que generan dependencia Adicciones y enfermedades relacionadas Enfermedades infecciosas	Cobertura de servicios sanitarios Buen estado salud, sin enfermedad ni adicciones			

(continúa en la página siguiente)

ÁMBITOS	PRINCIPALES FACTORES DE EXCLUSIÓN	PRINCIPALES FACTORES DE INTEGRACIÓN	EJES DE DESIGUALDAD		
ESPACIAL - HABITATIVO	Carencia de vivienda particular Dificultad para acceder a la vivienda Vivienda con infraestructura deficiente Malas condiciones habitabilidad Vivienda en barrios marginales Entorno social decaído	Vivienda propia Vivienda infraestructuras adecuadas Zona de desarrollo cultural y social Zonas de expansión	Sexo	Edad	Etinicidad / Lugar de procedencia
PERSONAL	Variables críticas de edad y sexo Minusvalías Hándicaps personales Alcoholismo, drogadicción Antecedentes penales Enfermedades Violencia, malos tratos Débil estructura de motivaciones Pesimismo, fatalismo Exilio político, refugiados	Capacidad e iniciativas personales Cualidades pe valoradas socialmente Buen estado de salud Motivaciones fuertes Optimismo, voluntad Facilidad de trato			

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

ÁMBITOS	PRINCIPALES FACTORES DE EXCLUSIÓN	PRINCIPALES FACTORES DE INTEGRACIÓN	EJES DE DESIGUALDAD		
SOCIAL RELACIONAL	Carencia y/o deterioro vínculos familiares Debilidad de redes familiares Debilidad de redes sociales de apoyo Aislamiento	Apoyo familiar Intensa red amistosa y social Pertenencia a asociaciones Integración Territorial	Sexo	Edad	Etinicidad / Lugar de procedencia
CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN	No acceso a la ciudadanía Acceso restringido a la ciudadanía Privación de derechos por proceso penal No participación política y social	Participación de los derechos y libertades básicas de las personas que tienen que ver con su bienestar			

Fuente: *Jiménez, 2008 (en Fundación Atenea, 2015, p.17)*

Cada elemento señalado es un factor de exclusión y, por tanto, una intervención integradora deberá tener todos estos ámbitos en cuenta a la hora de definir el plan de intervención terapéutico individualizado. Como es comprensible, ningún servicio puede cubrir todos los ámbitos mencionados; lo que sí puede y debe hacer es contemplarlos en sus metodologías y hacer uso de la red asistencial (ya sea la específica de atención a las adicciones u otra) para tratar cada ámbito[5].

Por otro lado, es muy importante **transversalizar el enfoque de género**, mencionado anteriormente. Si no se transversaliza el género en todo el proceso terapéutico, en los programas y servicios, y concretamente en las actividades orientadas a la reinserción y a la inclusión social, las mujeres seguirán recibiendo más presiones de su entorno familiar y social para abandonar el tratamien-

5. Ver a continuación la Dimensión Integrada del Modelo Triple I (página 57), y la Red Integrada de Atención a las Drogodependencias y las Adicciones, (página 62).

to, para desincentivar sus opciones laborales, formativas, educativas, de ocio, y para asumir responsabilidades familiares asignadas a su rol (Hansen, 2019, p. 37). En síntesis, lejos de favorecer la inclusión, si no se transversaliza el género en la dimensión integradora, se estarán reproduciendo las condiciones sociales que excluyen a las mujeres de los servicios y tratamientos para las adicciones.

Tampoco podemos olvidar un factor adicional determinante en el nivel de exclusión de personas consumidoras de drogas o con adicciones: sus **condiciones específicas de exclusión y de vulneración de los derechos más básicos**, resultado de unas políticas públicas en materia de drogas y adicciones más centradas en el elemento punitivo que en considerar este fenómeno como un problema de salud pública y colectiva. Asimismo, la **condición de migrante y los procesos estructurales de racialización** pueden poner en riesgo el ejercicio de derechos tan elementales como los relacionados con la ciudadanía y la participación social y política, tener un trabajo formal o acceder a una vivienda.

EL ENFOQUE DE DERECHOS EN EL ÁMBITO DE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES

Fuertemente condicionadas por la denominada "guerra contra las drogas", en las políticas públicas sobre drogas y adicciones parece persistir una disociación entre el combate a la producción y tráfico de sustancias ilegales y los derechos fundamentales que, como cualquier persona, tienen quienes consumen drogas.

Cumplir con las obligaciones internacionales de los estados en materia de drogas no puede derivar en la vulneración de los derechos fundamentales que tenemos inherentemente todas las personas. Por ello, la armonización de las obligaciones internacionales en materia de drogas con el respeto de los derechos humanos tiene una aplicación directa a nivel institucional y político.

El enfoque de derechos en el ámbito de las drogas y las adicciones se debe materializar en, por lo menos, dos campos: el de las políticas públicas que incidan directa o indirectamente y desde cualquier perspectiva en las drogas y las adicciones, y el de la prevención, intervenciones y tratamientos a personas que consumen drogas.

Las políticas de drogas pueden generar efectos muy adversos en la sociedad y en las personas que consumen, aunque se busque lo contrario. Deben buscarse

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

alternativas que conjuguen mejor el control de la oferta con los derechos humanos. Defender los derechos de las personas que consumen drogas supone simplemente que se les reconozca los derechos que ya tienen; es una cuestión distinta al derecho a consumir y todo lo que se deriva de ello (legalización de sustancias, despenalización del consumo, etc.), en donde existe una discusión abierta y generalmente constructiva.

Como sigue privilegiándose los enfoques punitivos frente a la prevención del consumo, en la mayoría de países iberoamericanos un gran porcentaje de las personas privadas de libertad lo está por algún delito relacionado con la oferta y en menor medida con la demanda de drogas, con un fuerte componente de género. Mientras esto siga sucediendo será indispensable contar con servicios de asesoría jurídica *(p. 83)* para las personas consumidoras, como se indica en el apartado sobre servicios de una red integrada de atención a las adicciones.

2.2.1. FACTORES INTEGRADORES DE LA PERSONA CONSUMIDORA

Integrar a las personas con consumos problemáticos de drogas significa ampliar sus niveles de autonomía personal y social y su empoderamiento. Esta autodeterminación se consigue reforzando los ámbitos de participación comunitaria, la participación social y el ámbito laboral-formativo.

LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Si se defiende un modelo de salud pública y colectiva, en el que la salud de las personas se inscribe en un contexto socioeconómico determinado, se hace evidente que la acción comunitaria es fundamental para el tratamiento de los consumos problemáticos de drogas y de las adicciones. ***El factor comunitario y su relación con la inclusión de personas consumidoras es un proceso dialéctico en el que intervienen:***

- La comunidad, dado que puede llevar acciones para prevenir, reducir los riesgos vinculados al consumo de drogas, así como acoger y proteger a la persona consumidora;
- La persona consumidora, que debe contar con las competencias y habilidades necesarias para participar en ella, con derechos y deberes; y

- Las organizaciones de la sociedad civil, mediante sus programas o dispositivos, que deben tener una base comunitaria, es decir, que integre e involucre a la comunidad en el mayor número de tareas de funcionamiento cotidiano o del tratamiento.

En consecuencia, ni los programas, servicios ni dispositivos pueden funcionar a espaldas de la comunidad, ni las comunidades pueden desentenderse de los problemas que afectan a sus miembros, ni las personas que consumen deben ser excluidas del contexto más cercano donde viven.

Asimismo, fomentar la autonomía de las personas consumidoras para que puedan intervenir y relacionarse en comunidad pasa por adquirir una serie de conocimientos, habilidades y capacidades que les permitan desenvolverse en sus entornos próximos de una forma saludable. Ello debe hacerse, en primer lugar, por medio de actividades preventivas y promotoras de la salud en las que se potencie la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades; y, en segundo lugar, por la atención específica a los problemas de adicciones.

Por todo ello, y para ser más eficaz, el tratamiento en materia de drogas y adicciones debe tener una base comunitaria, en la que todos los miembros de la comunidad trabajen para evitar situaciones de exclusión social, incluida el consumo problemático de sustancias, con el objetivo de que la red comunitaria sea un soporte de las personas excluidas (UNODC Colombia, 2008, pp. 112-113). La apertura de los dispositivos y los servicios a la comunidad se materializa en acciones de prevención, de promoción de la salud, de cuidados y de atención que reduzcan el daño asociado al consumo, así como en la organización y colaboración en actividades de ocio y en promover espacios seguros.

Introducir el componente comunitario en cualquier servicio, intervención o dispositivo significará el uso de técnicas y metodologías mixtas (Romaní, 2019, p.20), con un peso importante de las herramientas cualitativas (grupos de conversación, cuestionarios abiertos, entrevistas semiestructuradas, participativas), pero también cuantitativas, como forma de medir el impacto del servicio, intervención o dispositivo.

Todas estas medidas deben ser diseñadas y ejecutadas mediante la participación del conjunto de la comunidad para retroalimentar la generación o fortalecimiento de las redes sociales comunitarias. Un dispositivo que puede aunar los esfuerzos de trabajo en red son los denominados **Centros de Escucha** *(p. 79)*, cuyo acceso es prácticamente libre, no vinculado a seguir un tratamiento, y que sirve para dar respuesta a problemáticas de la comunidad, no necesariamente vinculadas con el consumo de drogas.

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

Las personas con consumos problemáticos de drogas viven en un cierto vacío social, debido a la estigmatización y las diferentes situaciones exclusión a las que se ven abocadas. Además, es posible que las habilidades sociales con las que cuenten necesiten verse reforzadas para participar, así como las condiciones materiales para ello, a lo que se une el hecho de que no todas las personas quieren, están en disposición o se atreven a participar en espacios públicos o de participación (Correlation, 2021, p. 11). Por ello, **el trabajo que realicen las organizaciones sociales para reforzar sus competencias personales, formativas y laborales, su empoderamiento y la creación de vínculos sociales es fundamental**.

Además de los distintos servicios ambulatorios, de orientación laboral, formativos, culturales, de ocio o deportivos que pueden ofrecerse en una red de atención a las adicciones, una manera de mejorar la inclusión social y que facilita la reinserción de las personas que tienen consumos problemáticos o adicciones es que intervengan en áreas de estos mismos servicios, no solo en lo que se refiere a la indispensable elección del itinerario que quiere seguir, guiado por sus necesidades, sino también **en la participación activa en la rehabilitación de otras personas que se encuentran en diferentes fases de su tratamiento**, ya sea como voluntarias o como personal remunerado.

Para logar mejorar la participación social de las personas consumidoras deben distinguirse ***varias formas de participación***, basadas en unos niveles de involucramiento progresivo y que están ***adaptadas a la propuesta del Modelo Triple I***[6]:

6. Los niveles de participación están basados en lo establecido en Correlation, 2021, pp. 14-15, y que a su vez se guía en la Propuesta de Pretty et al (1995). Sin embargo, en esta última referencia se identifican hasta siete niveles de participación, de los cuales al menos tres no se corresponden con la propuesta que se realiza en el marco del Modelo de Atención Triple I (participación pasiva, participación en dar información, participación por un incentivo material), dado que o bien no se tiene en cuenta efectivamente la opinión de las personas consumidoras o hay algún tipo de aprovechamiento evidente de sus opiniones o de su fuerza de trabajo.

1 **Participación por consulta:** la persona usuaria expresa tanto sus necesidades como sus puntos de vista en torno al proceso de tratamiento y las actividades que quiere realizar, si bien la decisión final es compartida con la/el profesional;
2 **Participación funcional**: la persona usuaria puede contribuir a ciertos objetivos o actividades del servicio, pero el control y la responsabilidad siguen en manos del equipo profesional;
3 **Participación interactiva:** existe una cooperación entre la persona usuaria y el equipo profesional, y trabajan en conjunto, mediante metodologías inter disciplinarias para compartir conocimientos y experiencias. Esta participación también puede darse en la elaboración de políticas, con la participación de varios actores (incluyendo a asociaciones de personas que consumen).
4 **Movilización propia:** las personas se organizan por sí mismas para realizar cualquier tipo de actividad, con un control directo de todas las fases y guiándose por sus propios criterios. También puede aplicarse para realizar actividades en el entorno comunitario.

Como puede deducirse, a cada grado mayor de participación, las personas usuarias deben estar en un estadio más avanzado de su tratamiento. Este tipo de participación puede servir como base para ampliarla más allá del ámbito del dispositivo, servicio o programa, de forma que puedan reconectar con su entorno más cercano o con el de sus comunidades.

LAS PLATAFORMAS SOCIALES DE PERSONAS QUE CONSUMEN: FORMAS DIRECTAS DE PARTICIPACIÓN EN LOS SERVICIOS Y EN LAS POLÍTICAS DE DROGAS

Si fomentar la autonomía y la reinserción de las personas con consumos problemáticos es uno de los objetivos de toda intervención bajo el Modelo Triple I, uno de los caminos para ello es la autoorganización de estas personas en distintos grados, desde la ayuda mutua, pasando por la colaboración en servicios sobre reducción de daños (en lugares de ocio, en centros específicos, etc.) o la investigación entre pares, hasta la creación de redes u organizaciones de personas consumidoras (EMCDDA, 2018, p. 167).

Entre estas últimas destacamos INPUD (Red Internacional de Personas que Usan Drogas), EURONPUD, la red europea, y LANPUD, la red latinoamericana.

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

Estas organizaciones, además de empoderar a las personas y mejorar su inclusión social, pueden tener una influencia positiva tanto en la mejora de la calidad de los servicios, en la mejora de algunas fases de los tratamientos (mediante el trabajo entre pares), en programas de reducción de riesgos, o para la incidencia política. Además, deben considerarse como actores relevantes en la formulación de políticas públicas relacionadas con las drogas y las adicciones, desde lo local a instancias nacionales e internacionales, puesto que deben considerarse un actor relevante más con el que dialogar o discutir algunas partes de las políticas.

EL ÁMBITO LABORAL - FORMATIVO

El ámbito laboral es clave para lograr una inclusión social eficaz y duradera de las personas consumidoras. Contar con una fuente de ingresos estable y tener la oportunidad de articular relaciones sociales puede tener una importancia decisiva en el proceso de tratamiento y reinserción. Sin embargo, estas personas afrontan numerosas barreras, consecuencia de prejuicios, estigmatizaciones, discriminación y explotación de sus circunstancias por parte de quienes les emplean, pero también por falta de formación o cualificación laboral, lo que en conjunto hace que cuando se consiga un trabajo, este sea frecuentemente precario, por tiempo limitado, un subempleo o en la economía sumergida/informal. A ello hay que añadir que las mujeres y personas con identidades de género no binarias y que tienen consumos problemáticos presentan todavía más barreras de acceso al trabajo, o solo pueden acceder a ciertos trabajos (limpieza, cuidados).

Se considera que es más adecuado que haya organizaciones dentro de la red de atención a las adicciones que den un servicio específico y adecuado a las necesidades de estas personas, sujeto a protocolos de actuación, que tenga una cartera de empresas u organismos públicos con quienes haya habido una intermediación positiva, que conozcan las necesidades formativas más habituales de dichas personas, especialmente entre mujeres, y que realicen un adecuado seguimiento, con un equipo profesional formado para ello (Fundación Atenea, 2011).

En cuanto a la formación, se trata de un aspecto clave de inclusión (o de exclusión). Hoy en día existen recursos de educación formal y sobre todo no formal

más accesibles que hace años para las personas con consumos problemáticos, si bien todavía se producen situaciones de estigmatización y de marginación que hacen palpable la necesidad de trabajar estos aspectos también en este sector (principalmente por las instituciones).

Tanto los **servicios de orientación laboral** como **formativos** están descritos en la sección de la Red de atención a las adicciones *(p. 76-78)*. En cualquier caso, no cabe duda de que estos programas de reinserción por medio del empleo y la formación **deben ser parte de estrategias y políticas más amplias de inclusión social y de acciones preventivas** que logren evitar fenómenos como el abandono escolar, la falta de apoyo a la formación profesional, la discriminación en razón de género, el encarcelamiento y en general de fenómenos sociales que condicionan la existencia de las personas más vulneradas, todas ellas responsabilidades de los poderes públicos, no de la sociedad civil.

En suma, la Dimensión Integradora señala la importancia de que tanto los servicios como los tratamientos dirigidos a personas con consumos problemáticos o con adicciones comportamentales contemplen medidas dirigidas a la inclusión social de la persona usuaria, a su autonomía y su empoderamiento, en DOS ESFERAS:

I **La individual**, trabajando en las medidas que generan la exclusión de estas personas y fomentando los factores que propician su integración social.
II **La colectiva**, lo que incluye tanto al entorno familiar como al social más próximo, a la comunidad.

Esto significa que deben crearse mecanismos de participación de la persona consumidora, del entorno familiar y de la comunidad en los servicios y dispositivos, y viceversa, los servicios y dispositivos deben abrirse a la colaboración con la familia y el entorno social más próximo, y todo ello solo se puede hacer trabajando en red.

2.3

DIMENSIÓN INTEGRADA

Cuando hablamos de **atención integrada en el Modelo Triple I** nos estamos refiriendo a la necesidad de articular los servicios y recursos de tal forma que garanticen una intervención coordinada, complementaria, eficaz y eficiente. Se trata de una dimensión compleja, puesto que lleva implícita una articulación de distintos servicios de distintas redes que tienda a asegurar la **continuidad de la atención** a las personas que consumen drogas o tienen adicciones sin sustancia, ya sea de la atención primaria a servicios más especializados, o de servicios sociales, servicios sanitarios y, desde luego, de una red de atención a las adicciones.

Este proceso no es responsabilidad únicamente de un solo actor, sino de la acción coordinada entre las instituciones públicas y la sociedad civil en una red que ***integre*** todos aquellos servicios que garanticen el derecho a recibir atención y que se consideren necesarios para atender a una persona con consumos problemáticos. Y ello pasa no solamente por la integración, sino que **desde RIOD consideramos que se deben promover redes específicas y especializadas de atención a las adicciones en los diferentes niveles administrativos**, especialmente a nivel local y regional, de titularidad y gestión pública (es decir, bajo responsabilidad de la administración), mediante una coordinación intersectorial, multinivel y entre la diversidad de actores concernidos.

Si queremos dar una atención integral debemos contar con servicios que también tiendan a la integralidad y estén integrados en un sistema más amplio, ya sea a través de los servicios que provea una entidad o, de manera más realista, tejiendo redes con otros actores públicos, sociales y privados, y con otras redes de atención a las necesidades sociales, bajo el modelo de **gobernanza compartida**, **cooperación**, **corresponsabilidad**, **participación** y **complementariedad**.

Médico-sanitaria	**Familiar**
Servicios sociales	**Comunitario**
Laboral	**Judicial**
Educativo	**Cultural**
Formativo	**Juventud**
Habitacional	**Social-participativo (otras ONG, asociaciones, comunidades LGTBIQ, etc.)**

Como se deduce de este cuadro, una red integrada de atención a las adicciones no puede ni debe proveer servicios en todos los factores de exclusión o inclusión. **Esta red debe estar interconectada con el resto de las redes asistenciales existentes**, como las de servicios sociales, la sanitaria, con el tejido asociativo especializado en temas legales y de justicia, con los sistemas de educación formales y no formales. Solo mediante una integración de los servicios existentes, buscando la complementariedad, se podrán garantizar los derechos de las personas, así como la eficacia y la eficiencia de las intervenciones. No obstante, una de las razones de la existencia de redes específicas de atención a las adicciones es que las personas con adicciones no reciben el servicio que necesitan en las otras redes asistenciales (al menos, no de manera integral). **Estos vacíos o interrupciones en el necesario *continuum* asistencial son los que debe cubrir una red de atención a las adicciones.**

Se trata de que los diferentes actores que participan en la red de servicios relacionados con la inclusión social, en general, y con la atención a las adicciones, en particular, tengan una vocación integral e integradora, mediante su articulación integrada. El objetivo final de la dimensión integrada del Modelo Triple I es que se genere una **red específica** que provea los servicios que necesita cada persona que consume drogas y desarrolla adicciones mediante la confluencia de actores públicos, sociales y privados, de manera coordinada y cohesionada, y proporcione los mismos en función del diseño de un **itinerario personalizado y adecuado a la persona**, pudiéndole ofrecer, según su diagnóstico inicial, servicios de reducción de daños, o un tratamiento residencial, o servicios encaminados a reforzar sus competencias, formación o mejorar su inclusión laboral.

Una atención integrada implica pues coordinación y complementariedad permanentes. De lo contrario, **es muy común que una persona sea transferida de un servicio a otro, puesto que se considera que el "problema principal" está fuera de su ámbito de responsabilidad** (EMCDDA, 2017, p. 168). Son habituales los casos como el de una mujer que consume y que sufre violencia de género y ninguno de los servicios se coordina para realizar una intervención integral, o el de una persona joven que consume y que pasa del servicio de asistencia infantil a servicios sociales, pasando por salud mental, sin retroalimentación o coordinación por parte de una profesional referencia. Estos hechos, señalados por Alfonzo como "síndrome de la puerta equivocada"[7], provocan, en última instancia, un tratamiento deficitario, diversas estigmatizaciones y 're-estigmatizaciones', un gasto de recursos públicos y privados muy ineficaz y, sobre todo, una merma de sus derechos.

Por ello, la dimensión integrada alude a que los dispositivos de atención estén conectados en redes de servicios especializados en la temática de drogas y adicciones y que, a su vez, estén integrados con servicios de salud, formativos, laborales, educativos, legales, relacionales y de servicios sociales, entre otros. Hay una complementariedad de trabajo común y unas sinergias que deben aprovecharse en favor de las personas. Esto pasa, necesariamente, por la coordinación eficaz entre servicios mediante la utilización de herramientas y protocolos comunes, así como de la comunicación entre los actores de la red. Pero también se refiere a una serie de cambios en los procedimientos y en el modo de intervenir de las y los profesionales y de las organizaciones sociales.

En suma, y coherentemente con lo expuesto en las dimensiones integral e integradora, **la dimensión integrada debe materializarse en una red específica y especializada en la atención a las adicciones**, que posibilite la inclusión social

7. Ver la intervención de Luis Alfonzo Bello, asesor externo de la OPS, en nuestro XXII Seminario, en el marco de la ponencia sobre Salud Mental y Drogas: https://youtu.be/l4egH6zJoVQ

de la persona con problemas de consumo o con adicciones comportamentales, su autonomía y empoderamiento, y un tratamiento médico y psicológico adecuados. *Las características y componentes de la misma se explican detalladamente en la siguiente sección.*

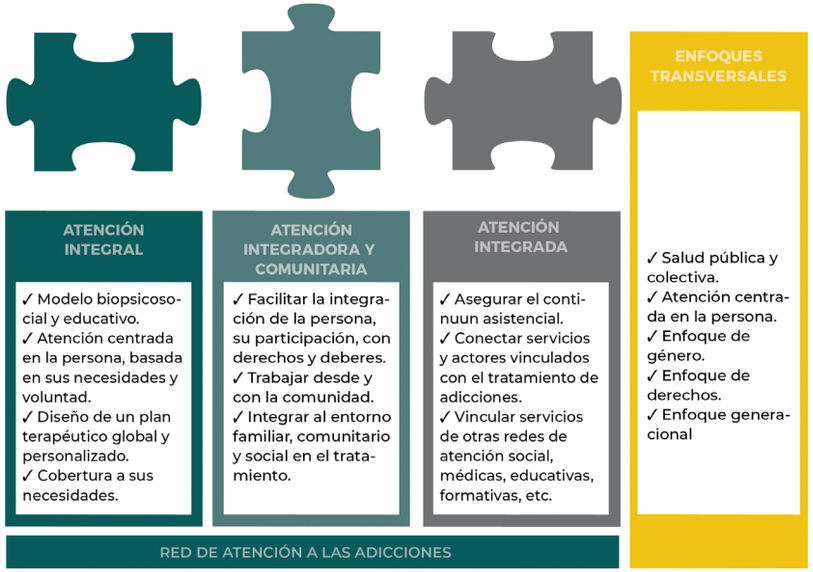


Figura 6: *Síntesis del Modelo Triple I*
Fuente: Elaboración propia

03

LA RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES

El Modelo de Atención Triple I se materializa en una red de atención a las adicciones entendida como el conjunto de servicios que están a disposición de las personas con consumos problemáticos de drogas, o adicciones comportamentales, para recibir tratamiento y mejorar su inclusión social.

De ello se infiere que en una red de atención a las adicciones se articulan servicios públicos, servicios prestados por entidades sociales, servicios privados y servicios mixtos (delegados por parte del sector público a entidades sociales o privadas). Asimismo, esta red no puede operar aisladamente de las demás redes de asistencia a las necesidades sociales existentes en el territorio donde esté implantada.

La red de atención a las adicciones ha de aspirar a dar respuesta y cubrir las necesidades que aparezcan, lo cual no significa necesariamente un gran número de servicios. El objetivo es llegar a cuantas más personas que consuman drogas sea posible, estén en la situación en la que estén, y teniendo en cuenta las posibles barreras de acceso a la Red, de forma que se dé cobertura a toda la casuística de situaciones y se pueda proporcionar un soporte lo más centrado posible en las necesidades y circunstancia de la persona.

Por ello, una red de atención a las adicciones se construye según las necesidades del contexto y está en constante adaptación. Tanto la construcción de la red como su adaptación se basan en el análisis constante de las necesidades de las personas y de la realidad social concreta del entorno, de los tipos de consumo que se da en una determinada unidad administrativa (local, distrital, municipal, regional, nacional) y de cualquier otro proceso que incida en los consumos o en las adicciones. Este análisis debe realizarse desde la sociedad civil y el entorno comunitario, en coordinación con agentes públicos. La clave para todo ello es la proximidad asistencial, que se acerque tanto el análisis como la atención y el tratamiento a la comunidad, lo cual requiere una lógica territorial para dar una mayor accesibilidad.

Por todo lo anterior se entiende que toda red es deficitaria en cuanto a la capacidad de respuesta a la demanda de atención, por lo que se subraya la necesidad de que la red específica de atención a las adicciones dé una respuesta ajustada a las necesidades de las personas que consumen y que además se coordine con las demás redes de atención social. Lo que se describe a continuación es un modelo teórico que proporciona información práctica sobre la amplia gama de servicios que se pueden cubrir para dar cuenta de las necesidades de las personas con consumos problemáticos de drogas y con adicciones comportamentales. No se pretende con ello estipular cuáles son los servicios que necesariamente debe tener una red, puesto que entraría en contradicción con lo expuesto más arriba. La filosofía del Modelo Triple I es llegar a incidir en todos los factores de riesgo y cubrir todas las necesidades de las personas, pero hay que partir de las condiciones sociales concretas de cada lugar donde se vaya a crear o a fortalecer una red para plantear los servicios que puedan satisfacer esas necesidades, y siempre con la idea de garantizar el continuum asistencial.

De este modo se hace una propuesta de máximos, con servicios que cubran integralmente las necesidades de las personas, pero también una propuesta de mínimos, con unos servicios sin los cuales creemos que no es posible realizar una atención que genere impactos positivos en la persona usuaria. Estos servicios son:

- **Servicios ambulatorios**, donde se atienda a la casuística de necesidades de las personas.
- **Unidades de acogida temporal**, tanto para la estabilización de las personas y el tratamiento médico (unidades de crisis o de desintoxicación), como para la rehabilitación (comunidad terapéutica).
- Es imprescindible contar con **unidades de reducción de daños**, dado que la experiencia indica que son puertas de acceso a programas de tratamiento para personas que no accederían de otra manera a la red.

Generalmente algunos centros ambulatorios tienen la función de **Centro Coordinador** de atención y seguimiento de las adicciones.

Asimismo, es recomendable que estos servicios se vean acompañados por otros complementarios, como la orientación legal, la mediación comunitaria o el asesoramiento legal.

Tanto los modelos de redes de España como los de América Latina pueden verse reflejados en estos mínimos de atención, ya sea que la red se haya articulado a partir del trabajo de centros de escucha o de la mediación comunitaria, o bien a partir de intervenciones dirigidas a la reducción de los daños, la atención ambulatoria o las unidades de acogida temporal. El objetivo siempre debe ser incorporar nuevos servicios en función de las necesidades las personas y converger paulatinamente en la atención integral de los problemas vinculados a las drogas y las

adicciones, con el esfuerzo y la coordinación de los diferentes actores públicos y sociales en un contexto geográfico determinado, de forma que puedan integrarse nuevos servicios y así llegar a proveer una **asistencia integral** e **integradora**.

La exposición gráfica de esta Red, que pasamos a describir a continuación, sería así:

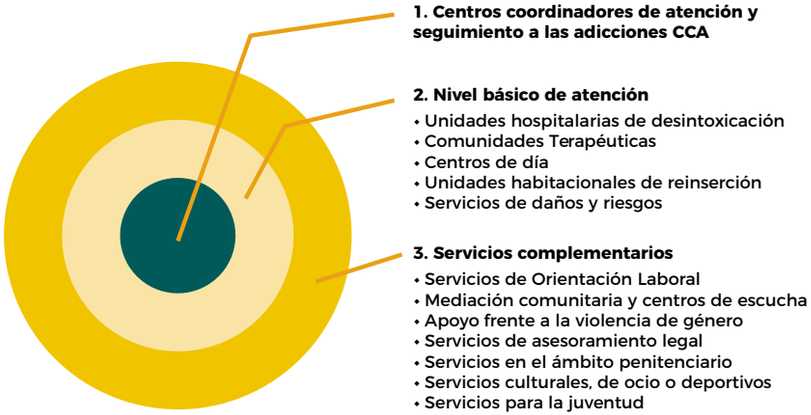


Figura 7: Niveles de atención en una red de atención a las adicciones
Fuente: Elaboración propia

En esta sección se describirán los siguientes elementos que explican conceptualmente y guían la creación de una red de atención a las adicciones.

3.1. Servicios de un red integrada de atención a las adicciones *(p. 65)*

3.2. Itinerarios de atención integrados en la Red de atención a las adicciones *(p. 87)*

3.3. Cómo lograr la articulación entre servicios de la red de atención a las adicciones *(p. 92)*

3.4. Perfil de los equipos en una Red de atención a las adicciones *(p. 94)*

3.1

SERVICIOS DE UNA RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES

Una red de atención a las adicciones que responda íntegramente al Modelo Triple I debería aspirar a contar con los servicios expuestos a continuación[8]. Recordemos que la persona consumidora o con adicciones comportamentales no tiene por qué pasar por todos los servicios que se muestran; se trata de proveer la mayor oferta de los mismos para que la persona pueda voluntariamente acceder a los que necesite. Para ello hace falta trazar un itinerario personalizado para cada persona en el punto de entrada a la red en función de sus necesidades, de los servicios disponibles (dentro o fuera de la red), con una lógica territorial basada en la **proximidad**, así como por criterios de **especificidad y temática**. Se toma como referencia en este punto a lo recomendado por el Plan Nacional Sobre Drogas de España (2021) y la Red de Tratamiento Integral a las Adicciones de la ciudad de Madrid (Instituto de Adicciones, 2017, pp. 61-63).

Nivel 1:
atención en proximidad
- Unidades de reducción de daños (unidades móviles, presencia en espacios de ocio, etc.).
- Mediación comunitaria y centros de escucha.

Nivel 2:
atención ambulatoria
- Centros coordinadores de atención y seguimiento a las drogodependencias y las adicciones (CCA)
- Centros de día
- Unidades de crisis

Nivel 3:
atención específica
- Unidades de desintoxicación
- Comunidades Terapéuticas
- Salud Mental
- Inclusión social y laboral
- Formación
- Participación
- Ocio

8. Los servicios mostrados recopilan los que proveen distintas redes de comunidades autónomas de España, principalmente la de Cataluña, Andalucía y Madrid, así como de redes locales (Barcelona y Madrid), de forma que se dé una visión lo más integral posible. También se basa en el trabajo de diagnóstico realizado en el marco de la RIOD para adaptarse a la diversidad de contextos sociales que se dan en América Latina.

A continuación se muestran detalladamente los diversos tipos de servicios y dispositivos que puede contener una red de atención a las adicciones siguiendo el Modelo de Atención Triple I.

CENTROS COORDINADORES DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS ADICCIONES (CCA)

Se trata de centros ambulatorios y públicos, cuya función es coordinar la red de atención a las adicciones y coordinarse con otras redes (salud, servicios sociales, justicia, empleo, cultura, deporte, juventud, formación, etc.). *Las funciones que se recomienda que desempeñen estos centros son las siguientes:*

- Información y asesoramiento a personas usuarias, sus familiares y entorno social cercano;
- Diagnóstico y definición de un plan terapéutico global y personalizado (p. 38)
- Contacto y seguimiento permanente con las personas usuarias, con una persona responsable por usuaria/o.
- Información y asesoramiento en diversos ámbitos: social, laboral, económico, judicial, ocio y deporte, familiar, educativo o formativo.
- Derivación a otros servicios de la Red y contacto con los servicios que la componen.

De ello se desprende que **son centros coordinadores, es decir, la puerta de entrada y de gestión de la red**. No se trata de que estos centros provean directamente estos servicios (aunque pueden proporcionar servicios ambulatorios), sino que coordine primordialmente los servicios disponibles en la Red y pueda derivar a las personas usuarias en función de sus necesidades.

En los Centros coordinadores de atención y seguimiento a las drogodependencias y las adicciones (CCA), las personas con consumos problemáticos pueden acceder por varias vías: directamente, desplazándose a los centros coordinadores, por derivación desde la red sanitaria (principalmente la atención primaria), por consejo de sus familias (quienes pueden solicitar información previamente) o a través del contacto con una organización de la sociedad civil o comunitaria. Normalmente, las personas que acuden a estos centros suelen ser mayores de edad; en el caso de adolescentes, se recomienda que existan otros recursos o servicios, que deberían estar recogidos en los planes de atención a adolescentes con problemas de adicciones[9].

Dependiendo del nivel administrativo donde se cree la red de asistencia, deberá haber varios CCA en el territorio, de forma que se garantice el acceso al servicio lo más cercano posible a las personas usuarias. En España, estos centros coordinadores pueden ser ubicados en locales específicos o estar integrados en ambulatorios o centros de salud de la red pública de asistencia sanitaria. En general, el criterio que debe seguir es que pertenezcan a una red sanitaria, de servicios sociales o en aquella dependencia administrativa a la que se adscriban los asuntos relacionados con las adicciones.

El enfoque de género en este primer centro de atención es fundamental: una parte importante de las barreras de acceso a los tratamientos se debe a que los servicios de acogida no prevén herramientas específicas para atender las diversas problemáticas que pueden presentar las personas en razón a su género, identidad de género, preferencia sexual, entre otras, y que se traduce en barreras administrativas (falta de documentación identificativa, acceso a la salud, servicios), financieras (cuenta personal), laborales o sociales, entre muchas otras[10].

BUENAS PRÁCTICAS DE CENTROS DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS DROGODEPENDENCIAS Y LAS ADICCIONES

En España existen desde finales de los años ochenta este tipo de centros. Los más destacados por número de personas que asisten y sus metodologías son:

- **Los Centros de Atención a Drogodependientes de Madrid (CAD), cuyas características pueden verse aquí: https://bit.ly/31KujB6**
- **Los Dispositivos Ciudadela, de información, asesoramiento, diagnóstico y derivación de la Junta Nacional de Drogas de Uruguay, aquí: https://bit.ly/3miwup4**
- **Los Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias en Catalunya (CAS), aquí: https://bit.ly/31R4eQI**

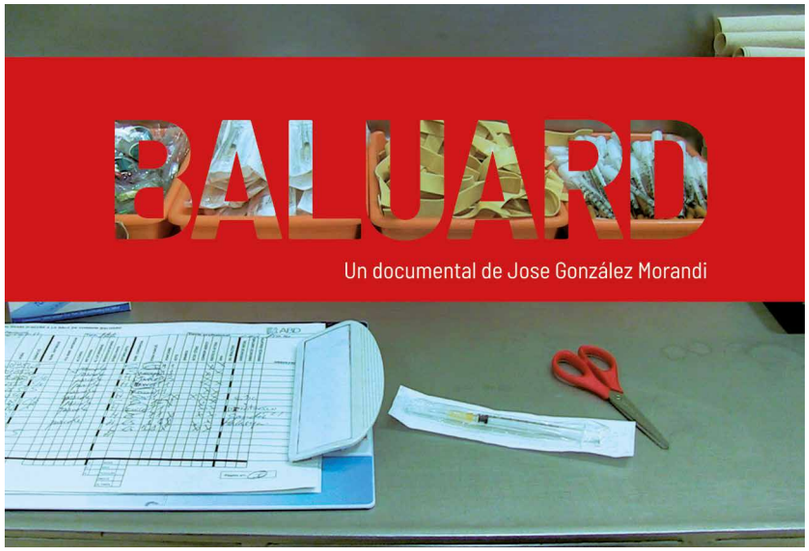
(continúa en la página siguiente)

9. Un ejemplo de programa de atención a adolescentes es el de la Generalitat de Catalunya: http://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/col_lectius_amb_necessitats_especifiques/atencio_a_adolescents/programa_datencio_a_adolescents_consumidors_de_substancies/index.html

10. Recomendamos el uso de la Checklist diseñada por Fundación Atenea (2019) para identificar las barreras de acceso al tratamiento, que puede ser consultada aquí (páginas 37-39): https://fundacionatenea.org/http:/fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2019/11/Barreras-a-la-inclusi%C3%B3n-social5.pdf

(viene de la página anterior)

- **El documental (en catalán y español) sobre el CAS Baluard (Barcelona), gestionado por la entidad socia de la RIOD ABD (https://abd.ong/), es un buen un buen ejemplo de cómo funciona un CCA y de cómo puede conjugar distintos servicios de la red, desde una perspectiva de integralidad e integración de servicios en la atención (por ejemplo, integrando servicios de reducción de daños -en espacios separados-): (https://youtu.be/zbixPJwrdk0)**



CENTROS DE DÍA

Son recursos ambulatorios terapéuticos y educativos, de estancia diurna y continuada, para rehabilitar a personas con problemas de consumo de drogas y adicciones que necesitan una intervención integral (social, psicológica, médica, de fomento de la participación social y laboral, educativa, etc.), pero que ya presentan un perfil relativamente adaptado y positivo al tratamiento terapéutico, con unos niveles suficientes de autonomía, por lo que el régimen es abierto.

En estos centros se pueden ofrecer una amplia gama de servicios orientados a la inclusión social, como servicios para la mejora de la empleabilidad, desarrollo de competencias personales y profesionales, cursos de formación, terapias psicológicas (especialmente en la atención de la salud mental asociada al consumo de drogas[11]), tratamiento de adicciones no comportamentales, actividades grupales, de ocio, deporte o culturales, etc. Por ello, es habitual que estos centros estén integrados simultáneamente en otras redes (de servicios sociales, sanitarias, educativas, etc.), o bien que algunos centros ambulatorios amplíen su cartera de servicios. Por todo ello es muy importante que los equipos de estos Centros tengan formación en drogodependencias y adicciones y de las áreas psicológica, sanitaria, socioeducativa y sociolaboral.

Las formas de acceso son muy variadas, desde la derivación desde un CCA, pasando por servicios sociales, derivación de organizaciones de la red que no trabajan estos ámbitos, por disposición judicial o por voluntad propia. La clave es que sean centros con una accesibilidad lo más simplificada posible, abiertos a todas las personas que consumen.

EL CENTRO DE DÍA DE LA FUNDACIÓN GIZAKIA (PAÍS VASCO)

Este Centro de Día, conveniado con la Diputación Foral de Bizkaia, tiene el objetivo de lograr la mayor autonomía y la inclusión social de personas con problemas de adicciones. El Centro ofrece un espacio de atención diurna e intensiva para personas con problemas de adicciones. Es atendido por un equipo profesional multidisciplinar (sanitario, educativo, psicoterapéutico) que ofrece acompañamiento y atención personalizada. Facilita apoyo educativo, emocional y relacional a las personas usuarias, con un amplio horario y actividades variadas.

En el proceso con la persona se le realiza una acogida, independientemente de si viene derivada de otros servicios o si entra directamente.

(continúa en la página siguiente)

11. De acuerdo con los principios de coordinación, complementariedad y especificidad de la red de atención a las adicciones se recomienda encarecidamente que la atención por internamiento en trastornos mentales asociados al consumo sea realizada desde las unidades de urgencias, agudos y subagudos propias de salud mental y de la red de atención sanitaria.

(viene de la página anterior)

Asimismo, se realiza una evaluación de las necesidades de la persona con relación a los recursos con los que cuenta el Centro, y se realiza un plan individual de actividades individuales, relacionadas con el tratamiento y la salud mental, grupales, metas y apoyos. El Centro se dirige a personas mayores de 18, que requieren apoyo de alta intensidad para realizar un itinerario de inclusión social. Las familias también participan en el tratamiento.

En el Centro se ofrece información y apoyo para acceder a los recursos existentes, sociales y sanitarios de cobertura de necesidades básicas. También se comunican habitualmente con la administración coordinadora (en este caso, del nivel administrativo regional) y con otros centros de la Red.

Contacto: mrevuelta@gizakia.org y www.gizakia.org

UNIDADES HOSPITALARIAS DE DESINTOXICACIÓN

Se trata de servicios que proveen atención hospitalaria urgente y por corto espacio de tiempo, cuando el tratamiento ambulatorio no es viable y se requiere una respuesta rápida a una dependencia alta de sustancias psicoactivas. Su función es abordar la fase de desintoxicación en régimen de internamiento hospitalario, como paso para iniciar o continuar el proceso de recuperación de la persona dependiente. Se da una contención, suficiente para la estabilización de las personas usuarias, mediante la atención médica y psicológica, de forma que las personas usuarias puedan recuperar cierta estabilidad y tomar decisiones sobre su futuro.

El ingreso debe hacerse de forma programada y siempre con la voluntad expresa de la persona usuaria, que debe ser mayor de edad. Generalmente acceden a través de un centro sociosanitario o de un CCA, donde se realiza un primer diagnóstico y se considera la idoneidad de derivar a la persona a este servicio.

Para que el paso por estas unidades hospitalarias tenga éxito es imprescindible que exista un Plan de Intervención Terapéutico *(p. 38)* una vez se produzca el alta, lo cual comporta el contacto con los centros coordinadores de atención y seguimiento. Esto suele comportar el paso a dispositivos de atención específica, como los que se describen a continuación (y siempre en coordinación con el CCA).

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Las comunidades terapéuticas son servicios de acogida residencial con un carácter transitorio, que generalmente tienden a la autogestión de estos por parte de las personas usuarias, puesto que el objetivo es poner las bases para una (re)integración social eficaz, a través de la atención y la vida en comunidad.

El factor comunitario es clave: al tratamiento habitual de los consumos problemáticos se añade la facilitación y potenciación de mecanismos participativos y de socialización como vía para lograr el control de la dependencia de una sustancia o de las conductas adictivas. Por ello, hay comunidades de baja, media o alta exigencia, según el punto del proceso en el que se encuentren.

Se recomienda que las personas que accedan a las comunidades terapéuticas lo hagan una vez hayan pasado por un Centro Coordinador de Atención y Seguimiento, o bien de centros ambulatorios o de escucha. Estas personas deben tener una autonomía suficiente para realizar tareas en común.

De acuerdo con el Plan de Intervención Terapéutico definido para cada persona y a los tipos de itinerarios que exista en una red, la persona podría continuar o combinar su tratamiento acudiendo a servicios específicos (centros ambulatorios para la inclusión sociolaboral y educativa, participación social, etc.).

Cada comunidad terapéutica debe evaluar la pertinencia de proveer servicios exclusivos para hombres o mujeres, o bien mixtos, para lo cual deberán seguirse unas metodologías que transversalicen el enfoque de género y eviten situaciones de riesgo para las mujeres.

BUENAS PRÁCTICAS EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Varias entidades de la RIOD, ya sean de América Latina o de España, desarrollan prácticas de calidad en la gestión de Comunidades Terapéuticas dentro de una red de atención a las adicciones, o mediante la provisión de diversos servicios complementarios a la acogida residencial, de acuerdo con un modelo de continuum asistencial.

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

Para revisar más buenas prácticas relacionadas con comunidades terapéuticas de entidades socias de la RIOD y asociadas a estas, puedes acceder a las distintas ediciones de experiencias orientadas a las buenas prácticas en: https://riod.org/publicaciones/

En este sentido, **destacamos la metodología de intervención de la Fundación Aylén (Argentina)**. Esta entidad socia de la RIOD concibe la comunidad terapéutica como un dispositivo integrado con programas ambulatorios y de reinserción social, además de tener estrategias preventivas, lo que constituye una pequeña red de atención propia de la entidad (sin perjuicio de que derive a las personas usuarias a otros servicios no provistos por la entidad). Con esta metodología se logra combinar servicios residenciales y no residenciales, como forma de fortalecer la autonomía y la inserción social de las personas usuarias.

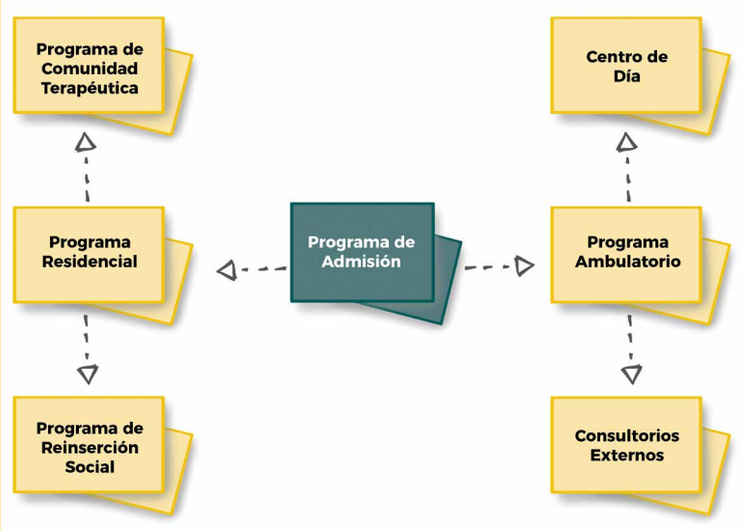


Figura 8. Fuente: Web de la Fundación Aylén, para más información: http://aylen.org.ar/

UNIDADES HABITACIONALES DE REINSERCIÓN (PISOS, APARTAMENTOS, DEPARTAMENTOS)

Son casas/pisos/apartamentos/departamentos en régimen abierto y estancia por un tiempo limitado, para mejorar la inclusión social, hábitos de convivencia, autonomía, adaptación al entorno social de las personas con consumos problemáticos. En estas unidades habitacionales se pretende que la persona consolide sus hábitos y habilidades personales, consolide su proceso terapéutico y logre mayores cotas de autonomía. El recurso está integrado en un entorno comunitario, con lo que se propicia la interacción y la participación social dirigidas a la reinserción de las personas usuarias.

Se suele acceder desde múltiples instancias: desde la derivación de un CCA, las Comunidades Terapéuticas o centros ambulatorio. En cualquier caso, la persona usuaria debe encontrarse en un estadio en el cual haya normalizado estilos de vida saludables y lleve tiempo con unos niveles bajos de consumo. En caso de que la persona presente una enfermedad mental asociada al consumo esta debe estar también en tratamiento. Este tipo de recurso es concebido habitualmente como un recurso complementario a la atención ambulatoria, especialmente en fases de desintoxicación y estabilización del tratamiento.

Dadas las características de estos programas, con un coste elevado, y ante la dificultad de encontrar viviendas adecuadas, cuando no se cuenta con el apoyo directo de las administraciones se recomienda buscar sinergias con redes y organizaciones sociales que se dedican específicamente a este tipo de programas (de *housing first* o similares).

Como sucede con las comunidades terapéuticas, a la hora de establecer unidades habitacionales mixtas debe evaluarse bien su pertinencia y establecer metodologías que permitan asegurar una convivencia adecuada, en el que se aseguren los derechos y se eviten situaciones de riesgo.

UNIDADES HABITACIONALES DE REINSERCIÓN (PISOS, APARTAMENTOS, DEPARTAMENTOS)

Son centros, programas o dispositivos a pie de calle para personas que en el momento de la atención no quieren o no se sienten en condiciones de iniciar un tratamiento y persisten en el consumo, por lo que la intención es proporcionarles la asistencia para minimizar los daños asociados al consumo que ya existen y no se han podido evitar mediante la prevención. ***Estos dispositivos son muy variados, aunque se pueden clasificar de la siguiente manera*** (PNSD, 2017 y RIOD, 2018):

- **Dispositivos fijos**, de captación pasiva, a los que acuden los usuarios: Centro de Emergencia Social, Centros de la red asistencial y Dispositivos de Consumo Supervisado.
- **Dispositivos de captación activa de usuarios**, generalmente dirigidos a aquellas poblaciones más difíciles de alcanzar, que además suelen ser los consumidores de mayor riesgo (Intercambio jeringuillas y parafernalia higiénica, prevención de sobredosis, etc.).
- **Dispositivos mixtos** de acercamiento de los programas a los destinatarios que no hacen captación activa, como son las Unidades Móviles de reducción de daños.

Estos centros garantizan el principio de *continuum* asistencial: como señala el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA, 2017, p. 156), logran mejorar la accesibilidad al tratamiento de personas cuyo nivel de exclusión social es alto o muy alto, quienes normalmente no llegan a los servicios ambulatorios y de coordinación de la red.

De esta manera los dispositivos de reducción de daños hacen más seguro el consumo, dentro de una visión que no es pragmática o permisiva, sino promotora de salud y de respeto a los derechos básicos de las personas, lo que se traduce en una reducción de la transmisión de enfermedades asociadas al consumo, menor incidencia de sobredosis y menor visibilidad pública del consumo. En este sentido, significan a medio y largo plazo un uso más eficiente y eficaz de los recursos destinados a las políticas de drogas. Ahora bien, es importante evaluar el impacto de estos servicios para asegurar el objetivo de la reducción de daños a las personas consumidoras y sus efectos en la comunidad.

SERVICIOS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

Se trata de servicios, dispositivos y programas orientados a la prevención de conductas de riesgo asociadas al consumo de sustancias o al desarrollo de adicciones comportamentales. Por ello, son servicios proactivos y con un componente claro de movilidad, presentes en numerosos contextos, desde las escuelas y universidades, pasando por espacios de ocio o en el ámbito laboral. ***Entre los servicios de reducción de riesgos destacamos:***

- **Programas en ocio nocturno** dirigidos al consumo recreativo de drogas.
- **Programas de análisis de drogas** de aplicabilidad en ciertos espacios de ocio nocturno (especialmente para el caso de grandes eventos de música y baile) o estacionarios (situados en dispositivos de atención entre semana)
- **Otros programas** (diversidad de metodologías comunicativas, de orientación y asesoramiento para población consumidora, y aquellos orientados a colectivos específicos, etc.).

En términos de gestión pública, la mayor ventaja de estos servicios es su coste-efectividad: servicios móviles, de proximidad, con relativamente poco personal y con un enfoque centrado en la prevención, es decir, proactivo, centrados en dotar de información sobre los consumos, la salud personal y colectiva, los derechos y los riesgos, además de mejorar la información sobre las sustancias y la capacidad de toma de decisiones (especialmente entre la juventud), lo que en conjunto puede tener efectos de reducción de los consumos, lo que evitaría destinar tantos recursos a la reducción de los daños y a los tratamientos.

EXPERIENCIAS Y ENFOQUES INNOVADORES EN LA REDUCCIÓN DE DAÑOS Y LA REDUCCIÓN DE RIESGOS
PUBLICACIONES DE LA RIOD

Esta Guía contiene amplia información sobre el enfoque de reducción de daños, los tipos de dispositivos disponibles, una herramienta de autodiagnóstico, servicios replicables y buenas prácticas de organizaciones socias de la RIOD, con aprendizajes aplicables en España y América Latina. Descárgala aquí: https://riod.org/guiareducciondedanos/

Además, puedes revisar el material de nuestra Campaña “Cuento Contigo, Cuenta Conmigo”, sobre los mitos en torno a la reducción de riesgos: https://www.cuentocontigocuentaconmigo.riod.org/

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

Esta publicación se centra en la juventud, como grupo sobre el que se deben realizar labores preventivas que logren reducir los riesgos ante el consumo de sustancias o adicciones comportamentales. Además de un capítulo sobre el enfoque de reducción de riesgos, la Guía cuenta con 16 buenas prácticas de organizaciones de la RIOD y asociadas, tanto de España como de América Latina, con alto grado de replicabilidad. Descárgala aquí: https://riod.org/prevencion-reduccion-riesgos-poblacion-joven/

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (INSERCIÓN SOCIAL, LABORAL Y DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA)

Como se ha mencionado a lo largo del texto, la red no puede limitarse a la prestación de servicios relacionados con la intervención en drogas y adicciones. De forma coherente con un enfoque biopsicosocial y educativo y con lo propugnado por el Modelo de Atención Triple, la red debe integrar otro tipo de servicios, cubiertos directamente por organizaciones de la red de atención a las adicciones o bien por otras redes de atención, generalmente vinculados con el área de servicios sociales (locales o regionales), siempre buscando la coordinación y complementariedad interinstitucional, entre actores, y en términos de coste-efectividad.

Destacamos los siguientes tipos de servicios:

1. Servicios de orientación laboral

Los servicios de orientación laboral son fundamentales para posibilitar una reinserción duradera de personas con consumos problemáticos o adicciones, tanto por cuestiones sociales como psicológicas. Dada la enorme dificultad para lograr la empleabilidad de estas personas, se considera útil contar con servicios específicos o bien que los servicios generales se especialicen en la atención a estas personas.

Estos servicios se centran, en primer lugar, en desarrollar competencias personales, profesionales y en abordar las carencias formativas de las personas usuarias, con itinerarios personalizados para la búsqueda de empleo, el desarrollo de habilidades tecnológicas, y el trabajo en red para proveer de posibilidades de formación (con redes públicas y cursos subvencionados).

Asimismo, deben llevar a cabo un proceso constante de “sensibilización” del tejido empresarial de la zona en donde se sitúe el servicio/programa/dispositivo, para que sea más receptivo a emplear a personas con consumos problemáticos.

Se trata con ello de adaptar las posibilidades de empleo a la situación de las personas usuarias, por lo que en bastantes ocasiones se buscan empleos con cierto grado de protección, subvención u otro instrumento. Para ello se debe promover la colaboración del sector empresarial, para lo cual es común que los servicios de orientación laboral de una red compartan información sobre posibles empleadores.

La perspectiva de género en estos servicios se materializa en un análisis de las condiciones no equivalentes de partida entre hombres y mujeres, en el diseño del itinerario específico, en las actividades y en la orientación laboral.

SERVICIO DE ORIENTACIÓN LABORAL FUNDACIÓN ATENEA

El Servicio de Orientación Laboral de la Fundación Atenea en Madrid tiene como objetivos ofrecer a la población a la población con problemas de adicción atendida en los centros de la red del Instituto de Adicciones de Madrid Salud, un conjunto de medidas y recursos de formación, capacitación profesional y empleo que favorezcan una inserción laboral estable y adecuada, especialmente para aquellas con bajo nivel de empleabilidad.

Es un servicio adscrito al Instituto de Adicciones de Madrid Salud y a su red, por el que cada año pasan más de 900 personas derivadas directamente desde los centros coordinadores de atención y seguimiento a las drogodependencias y las adicciones (CAD, en el caso de Madrid). La comunicación con el CAD es constante y por medios informáticos (base de datos compartida).

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

El SOL cuenta con un cuestionario para realizar un seguimiento específico para conocer la situación en la que se encuentran las personas que han pasado por la red en cuanto al empleo, ingresos, redes de apoyo u ocio y tiempo libre.

Más información sobre la buena práctica: fundacion@fundacionatenea.org y https://fundacionatenea.org/

CONEXÃO MUSAS - INSTITUTO EMPODERA (SÃO PAULO, BRASIL)

El proyecto Conexão Musas se desarrolla en el barrio de São Paulo conocido como Cracolândia, cuyo nombre ya indica el nivel de estigmatización de las personas consumidoras que viven o transitan por la zona. El proyecto promueve el autoempleo y la venta de las artesanías realizadas por personas consumidoras, que se venden virtualmente.

De base plenamente comunitaria, las personas consumidoras o que han pasado por el proyecto participan directamente en las actividades y en el proceso formativo por el que pasan todas las personas usuarias, normalmente en situación de calle. El proyecto trabaja con las redes de la zona y se centra en generar líderes comunitarias entre las personas usuarias, de forma que se refuerza la vinculación con el entorno. También vinculan a las personas usuarias con redes sanitarias.

Ver: https://www.institutoempodera.org.br/musas

2. Servicios formativos y de educación

Aunque no se puede generalizar, es bastante recurrente encontrar casos de personas con consumos problemáticos que han sufrido exclusión del sistema educativo en una edad temprana o que han tenido dificultades sociales. La formación vinculada a la mejora de la empleabilidad se convierte así en un aspecto clave de inclusión (o de exclusión).

En términos de eficacia y para evitar duplicidades, es más conveniente conectar con los servicios educativos y formativos existentes en la zona de intervención de la red de atención a las adicciones que su provisión directa, especialmente en lo referente a la educación formal y la vinculada a la empleabilidad. Hoy en día existen recursos de educación formal y sobre todo no formal más accesibles que hace años para las personas con consumos problemáticos, si bien todavía se producen situaciones de estigmatización y de marginación que hacen palpable la necesidad de trabajar estos aspectos también en este sector (principalmente por las instituciones).

Por ello, los recursos en el ámbito formativo deben estar orientados al desarrollo de competencias laborales y personales, que proporcionen certificación oficial y ser gratuitos o subvencionados.

3. Servicios de mediación comunitaria y centros de escucha

La mediación comunitaria, construir un servicio en función de las necesidades de la comunidad donde se interviene o, simplemente, abrir el servicio a la comunidad, son estrategias de intervención muy recomendables, en línea con la dimensión integradora del Modelo Triple I. El papel de la mediación o del trabajo directo y en coordinación con la comunidad se orienta, por un lado, a la identificación de factores de riesgo en los integrantes de la comunidad con respecto a consumos problemáticos y, en general, de riesgos de vulnerabilidad de cualquier tipo. Por otro lado, se trata de conocer y motivar a las personas que presenten consumos problemáticos a acercarse a los servicios disponibles en la comunidad. Por ello, el personal de los servicios debe conocer bien la comunidad, recorrerla y, en definitiva, llevar el servicio a la comunidad, y no al revés.
Por su parte, los Centros de Escucha (en Colombia; *drop in centre*, en su versión anglosajona), son esenciales para el trabajo comunitario. Cuando por cuestiones como el tipo de dispositivo o servicio no sea tan fácil o directa la comunicación con la comunidad, un centro de escucha puede contribuir a abordar procesos de exclusión, problemas de consumo, o de otro ámbito que se pueda dar en la comunidad y pueda recibir una respuesta rápida o informe las personas usuarias sobre posibles recursos (UNODC Colombia, 2008, pp. 116-119).

La existencia de estos servicios de mediación y de escucha comunitaria son una puerta de acceso alternativa a las redes de atención a los consumos problemáticos y a las adicciones, sobre todo donde no existe un ente coordinador (un CCA). Estos servicios pueden incluir alimentación, higiene, asistencia médica básica,

seguridad, educación), así como espacios grupales, comunitarios e individuales que fomenten la colaboración en la comunidad y una atención cercana.

CENTROS DE ESCUCHA EN MEDELLÍN (COLOMBIA) - CORPORACIÓN SURGIR

La Corporación Surgir lleva varios años desarrollando este proyecto, cuyo objetivo es colaborar en el restablecimiento de los derechos de las personas consumidoras mediante el acceso a servicios de salud, asistencia básica y tratamiento, recreación, educación y participación social, reduciendo con ello los daños ocasionados por el consumo. Se sigue el Modelo ECO2 (Epistemología de la Complejidad Ética y Comunitaria), el cual, entre otras cosas, busca que las intervenciones en materia de drogas sean de base comunitaria, mediante una red operativa que articule diferentes actores relacionados con la salud, la educación, la participación social o la implicación del contexto más cercano a la persona consumidora.

De esta forma, allá donde no hay una red formal, la comunidad y las organizaciones en ella presentes se organizan para garantizar los derechos a personas con consumos problemáticos y en general para toda la comunidad. Para ello se mapean los recursos comunitarios en temas sociosanitarios, de ocio, formación, participación, y se establecen mecanismos de colaboración. No se busca necesariamente la profesionalización de la red, pero sí su fortalecimiento constante a través de la participación de los actores.

Se atienden formalmente a unas 150 personas por año (hombres, la mayoría), y casi la mitad adolescentes. Se les realiza una derivación a servicios y se les acompaña en los procesos. Con la facilitación de los servicios disponibles se logra una mejora en la calidad de vida de las personas consumidoras y se ayuda a mitigar riesgos o problemas en la comunidad.

Contacto: info@corporacionsurgir.org y http://corporacionsurgir.org/

4. Servicios de apoyo frente a la violencia de género

Son servicios que prestan asesoramiento especializado y protección a mujeres y a personas de los colectivos LGTBIQ ante situaciones de cualquier tipo de violencia basada en el género, así como a menores o familiares a su cargo. En los

países de Iberoamérica donde existen, estos servicios suelen estar dentro de la cartera de la red de servicios sociales, y su acceso es libre e inmediato, existiendo teléfonos para solicitar información al respecto. También pueden ser derivadas desde la policía, juzgados, hospitales o cualquier otro dispositivo asistencial o comunitario donde se detecte el caso.

En este sentido, se recomienda que en los puntos de acceso a las redes de atención integradas de atención a las drogodependencias y adicciones (los centros coordinadores de atención y seguimiento a las drogodependencias y las adicciones, recursos ambulatorios, centros de escucha, etc.) se indague indirecta o directamente sobre posibles casos de violencia de género entre las personas usuarias, de manera que se pueda dar una respuesta inmediata en coordinación con los servicios especializados que estén disponibles en el ámbito geográfico de actuación de la red.

SERVICIO DE APOYO FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA RED DE ASISTENCIA A LAS DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES

Numerosas entidades socias de la RIOD (o asociadas) desarrollan servicios orientados a la prevención y actuación frente a casos de violencia de género.

Destacamos:

1. Proyecto Nara – Comunidad Terapéutica (Fundación EMET-Arcoíris)
Es un proyecto en el que se atiende a mujeres con medidas de protección por sufrir violencia de género y que tienen consumos problemáticos, circunstancia que aumenta su vulnerabilidad. En la comunidad terapéutica las mujeres pueden estar acompañadas de sus hijas/os menores de 10 años.
Contacto: arcoiris@fundacionarcoiris.org y https://fundacionarcoiris.org/

2. Apoyarte. Espacio Entre Mujeres (Fundación Atenea)
Se concibe como un servicio de apoyo a la inserción laboral y la atención psicológica a mujeres y sus familias, con talleres de gestión emocional, afrontamiento del estrés o autodefensa personal. El acceso es libre y en persona, por teléfono, correo o derivación de otro servicio.
Contacto: apoyarte@fundacionatenea.org y https://bit.ly/2ZoOEuo

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

3. Metzineres

Se trata de un entornos de cobijo para mujeres que usan drogas y "sobreviven" a la violencia de género, de espectro completo y práctica feminista. El objetivo es desarrollar intervenciones que eviten la cronificación de situaciones de exclusión, mejorar su salud física, emocional y mental, y disminuir los prejuicios y estigmas de las mujeres que consumen. La intervención es individualizada y flexible, de acuerdo con los intereses de la persona usuaria, con servicios de cura, autocuidado y recuperación (reducción de daños y tratamiento ambulatorio), entorno residencial (vivienda de reinserción) y actividades de formación. La intervención que realizan es de base comunitaria, de acción directa en las calles, sin perjuicio de que exista una atención física.
Contacto: metzineres@metzineres.org y https://metzineres.net/

5. Servicios de asesoramiento legal

Factores como las desigualdades económicas o de género, la existencia de leyes en algunos países que siguen castigando el consumo personal, la involucración en el tráfico o la interacción con las sustancias hace que las personas con consumos problemáticos suelan enfrentarse a procedimientos judiciales en su contra, su internamiento repetido en centros penitenciarios o que desconozcan qué derechos tienen, especialmente en el caso de las mujeres[12]. Por todo ello es imprescindible que existan servicios de asesoramiento legal en una red de atención a las adicciones, que dé asistencia legal gratuita a las personas que la necesiten.

En estos servicios de asesoramiento legal se realiza un proceso de intervención jurídica para las personas usuarias y sus familias en donde se les da información y asesoramiento, se analizan los asuntos legales pendientes en cualquier ámbito (civil, penitenciario, laboral, administrativo), se les orienta sobre otros recursos disponibles en la Red y se realiza una coordinación con otros servicios para mejorar sus posibilidades de reinserción.

12. Y todo ello en contra de las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas No Privativas de la Libertad para las Mujeres Delincuentes de 2010 ("Reglas de Bangkok"), especialmente en América Latina, donde los delitos de drogas son la principal causa de encarcelamiento de mujeres. Recomendamos la lectura de IDPC "Leyes Punitivas de drogas": 10 años socavando de Bangok" (marzo de 2021): https://bit.ly/3v889GA

En los centros coordinadores de atención se priman las derivaciones a servicios médicos, sociales o sociolaborales y la atención psicológica, pero también debe considerarse prioritaria la derivación a la atención jurídica, puesto que sin ella es muy probable que el proceso de reinserción social se vea truncado. Además de con los CCA, es conveniente que se dé una relación constante de derivaciones y de trabajo conjunto con otros servicios de la Red como las comunidades terapéuticas, las unidades habitacionales de reinserción y los servicios de apoyo frente a la violencia de género.

SERVICIO DE APOYO Y ASESORAMIENTO JURÍDICO Y SOCIAL A PERSONAS CON ADICCIONES - ASOCIACIÓN PROVINCIAL CONTRA LAS TOXICOMANÍAS (APCT), CIUDAD REAL, ESPAÑA

Unión SAFA y APCT desarrollan este servicio desde 1999, integrado en estructura asistencial para la intervención en personas con problemas de adicción en Castilla-La Mancha y en un local cedido por el Ayuntamiento de Ciudad Real. El servicio consta de tres procesos principales:

1. Intervención jurídica: en donde se realiza un proceso de asesoramiento jurídico, analizando las demandas que tenga la persona de cualquier tipo (penal, civil, administrativa, etc.), incluso visitando a la persona en los centros penitenciarios. También se coordina con otros operadores jurídicos y hace formaciones en temas jurídicos a profesionales de la red de adicciones.

2. Intervención social: se realiza un perfil de vulnerabilidad social de la persona y de su entorno familiar o social y se deriva a otros servicios si no se ha hecho antes de acceder a este servicio.

3. Gestión, seguimiento, evaluación y calidad: con procesos de calidad en todos los aspectos de la gestión y de la intervención, y con un apoyo y seguimiento tanto de los casos pendientes como de la situación social de la persona.

En todas sus acciones transversalizan los enfoques de derechos humanos, tanto para garantizar los derechos de las personas como para empoderarlas, y de género, con datos desglosados por sexo, con indicadores de género y prestando atención específica a problemáticas legales vinculadas (violencia de género).

Contacto: apct.asociacion@gmail.com y https://apct.webnode.es/

6. Servicios en el entorno penitenciario

Los **centros ambulatorios en el ámbito penitenciario** son unos servicios con amplia trayectoria en España pero menos extendidos en algunos países de América Latina, pese a que al impacto de este tipo de intervenciones en cuanto a la reducción de los riesgos asociados al consumo en los centros está demostrado. Además, la asistencia estos recursos puede conectar a las personas usuarias con el resto de servicios de la Red una vez recuperen la libertad, aumentando asimismo las posibilidades de reinserción.

Como se deduce de lo anterior, los centros ambulatorios, en su diversidad, tienen una **importancia** decisiva en el proceso terapéutico de personas con consumos problemáticos de drogas o adicciones, ya que se pueden trabajar numerosas competencias y realizar actividades de amplio espectro, que cubren desde las más vinculadas al tratamiento a otras culturales, lúdicas y de participación social, también indispensables para un tratamiento integral, integrador e integrado.

LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE (UAD) EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE NAVALCARNERO - ASOCIACIÓN PUNTO OMEGA (ESPAÑA)

Punto Omega señala que entre el porcentaje de personas recluidas que ha tenido o tiene consumos problemáticos en España está entre el 50-70%. Además, buena parte de los consumos se realizan dentro del centro penitenciario. Intervenir en este escenario es, por ello, indispensable, ya sea por motivos meramente sanitarios o por aumentar las posibilidades de reinserción.

En este servicio se realizan diversas actividades: se diagnostica a la persona, se realizan intervenciones individuales, con la familia o red social más cercana, además de grupos terapéuticos. En estas actividades se diseña un itinerario que abarca tanto la adicción (salud, prevención de recaídas), como el acceso a educación y formación, para facilitar la reinserción.

En este caso, es la persona recluida quien solicita por escrito una entrevista con el equipo del servicio, generalmente de psicología. La persona debe tener consumos problemáticos y una condena de al menos 9 meses de duración. Hay cuatro niveles de atención: acogida, reducción del daño (3-6 meses); deshabituación (12-18 meses), y mantenimiento del cambio (6 meses), momento en el

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

que puede ser derivado a un centro de la Red de atención, en el caso de que su régimen penitenciario lo permita.

Los estudios realizados internamente por la UAD indican que un porcentaje notable de personas usuarias redujo el consumo de drogas y que, tras pasar por este servicio, solamente el 15% regresó a prisión.

Contacto: ifernandez@puntomega.es y https://puntomega.es/

7. Servicios culturales, de ocio o deportivos

La integración de actividades o visitas culturales como oferta en la cartera de servicios de una Red de atención a las adicciones puede tener impactos notables en la salud y en el proceso de reinserción social de las personas consumidoras o con problemas de adicciones, puesto que pueden desarrollar la creatividad, la conciencia crítica, el diálogo, la interacción social y la comunicación, y de este modo recuperar redes sociales o generar nuevas.

Las actividades culturales pueden estar presentes en estrategias de prevención y en servicios especializados en tratamiento, especialmente en centros ambulatorios o en comunidades terapéuticas, donde se desarrollen competencias para apreciar la diversidad en todas sus expresiones (cultural, sexual, de género, etc.), el uso del arte (pintura, teatro) para gestionar conflictos de acuerdo con los valores del pluralismo y la comprensión mutua, con unos efectos muy positivos para la inclusión social.

Por su parte, el acceso al ocio y al deporte a personas con consumos problemáticos o con adicciones suele verse seriamente limitado o se circunscribe a espacios donde se den conductas de riesgo (reuniones sociales en las que se consumen sustancias legales o ilegales, espacios donde se hacen apuestas, etc.)

En la página siguiente se muestra un ejemplo de servicio cultural

TALLERES ARTÍSTICOS EN RECURSOS AMBULATORIOS, RESIDENCIALES O COMUNITARIOS: EXPERIENCIA DE PROYECTO UNO (ARGENTINA)

En los dispositivos gestionados por Proyecto UNO realizan talleres de arte con el objetivo de fomentar los procesos creativos y mejorar el autoconcepto de las personas usuarias. Además, grupalmente puede fomentar la participación, la empatía, las relaciones entre pares o el trabajo en equipo. En estos talleres, realizados semanalmente, se trabajan ejes temáticos y se realiza directamente cuadros, murales, fotografías, obras de teatro, y se comparten en grupo. Los resultados indican un aumento del bienestar físico y emocional de las personas usuarias, así como el conocimiento de sí mismo, la autoestima, o mejoras en la atención y concentración.

Contacto: carolina@proyectouno.org.ar

8. Servicios para la juventud

Las causas por la que las y los jóvenes desarrollan consumos problemáticos de drogas son muy diversas y complejas, existiendo factores de riesgo contextuales, del entorno inmediato (familia, amistades) y factores individuales[13]. Sobre todos ellos se pueden desarrollar acciones preferentemente preventivas, sin perjuicio de que precisen de intervenciones terapéuticas específicas.

Dentro de las herramientas preventivas un servicio integrado en la red de atención a las adicciones puede beneficiarse de la oferta cultural, participativa, deportiva y de ocio disponible en el ámbito geográfico de actuación de la Red. Con respecto al ocio, pueden contemplarse al menos dos tipos de servicios: los de reducción de daños en contextos de ocio nocturno, donde se realizan consumos; y las propuestas de ocio alternativo.

13. Para tener una visión completa de factores de riesgo y de herramientas preventivas para la juventud, puedes leer el capítulo introductorio de nuestra Guía de Prevención de Riesgos Asociados al Consumo de Drogas y Adicciones (p. 76). Además, podrás leer experiencias de ocio alternativo y deportes que pueden replicarse y adaptarse a las situaciones de cada Red o asociación.

3.2

ITINERARIOS DE ATENCIÓN INTEGRADOS EN LA RED

Las personas usuarias de los servicios de una red de atención a las adicciones deben seguir un tratamiento individualizado, resultado del diagnóstico y del Plan de Intervención Terapéutico individualizado. No obstante, también existen unos itinerarios específicos para colectivos o grupos que precisan de una atención específica en una gran variedad de factores, resultado de los determinantes sociales que afectan a cada persona. Normalmente las necesidades específicas que deben cubrirse en un tratamiento de adicciones no están cubiertas por una sola organización o un servicio, por lo que es importante contar con itinerarios que aseguren una intervención terapéutica integral, eficaz, adaptada e integrada en la Red mediante la prestación de servicios coordinada.

Como se ha señalado en la dimensión integral del modelo, más allá de los diferentes itinerarios que se diseñen es importante diseñar una accesibilidad del servicio lo más rápida, adaptada y flexible que sea posible, de forma que se reduzcan aquellos obstáculos que dificulten que determinados colectivos accedan a estos servicios.

La elección de grupos o colectivos cuyas especificidades necesiten de un itinerario dependerá del contexto donde se cree o fortalezca la red de atención a las adicciones. Estos itinerarios deben diseñar con la participación de toda la red, en función de su especialización, y para llevar una adecuada coordinación de los mismos deberían ser coordinados por los Centros coordinadores de atención y seguimiento a las drogodependencias y las adicciones (p. 66). ***A continuación presentamos unos tipos básicos de itinerarios específicos (Ayuntamiento de Madrid, 2017) que integren los enfoques y características presentes en el Modelo Triple I:***

MUJERES

Como se ha señalado a lo largo de la publicación, el género es un condicionante para la salud que, sin embargo, no se ha sido tenido suficientemente en cuenta en el ámbito de los consumos de drogas y las adicciones hasta hace muy poco tiempo (y de forma muy superficial), lo que ha supuesto una infrarrepresentación de las mujeres en este ámbito y una barrera de acceso al tratamiento (Hansen, 2019), por factores estructurales como las cargas familiares o situaciones de violencia de género. Por tanto, es imprescindible contar con un itinerario de intervención que contemple las especificidades de género que afectan a las mujeres en relación con las adicciones y el consumo de sustancias[14].

Consecuentemente, el itinerario específico para mujeres deberá considerar los factores diferenciales en cuanto al tipo de consumo y el impacto de los determinantes sociales, así como de la violencia de género (Martínez Redondo, 2019). Para ello, se deberán contemplar derivaciones a servicios asociados a la red de atención a las adicciones, como los servicios de orientación laboral, de apoyo frente a la violencia de género, cualquier otro que se dirija a la atención a mujeres o que promuevan actividades de inclusión social.

Cuando se diseñe un itinerario deberá tenerse en cuenta que en muchas ocasiones las mujeres acceden o expresan sus consumos problemáticos en los servicios sociales, en los servicios de salud o en redes de apoyo comunitarias o informales, y no en una red específica sobre adicciones (entre otras cosas, por las posibles barreras, penalización y estigmatizaciones que sufren). Es imprescindible hacer un trabajo de información y de difusión con todas aquellas redes de, por y para mujeres, de manera que se dé a conocer los servicios específicos sobre drogas, adicciones y mujeres, y se sepan detectar mejor estos problemas (Pérez, 2019, p. 85).

Este itinerario implica, además, un esfuerzo de formación a los equipos profesionales que trabajen en cualquier servicio de la Red en género y adicciones, de forma que tengan claras las características específicas de las mujeres que consumen (el tipo de consumo y los determinantes sociales) y no se generen estigmatizaciones y revictimizaciones en ningún momento del proceso terapéutico.

14. Es importante dejar claro en este punto que, como bien indican autoras como Hansen (2019), las mujeres no son un colectivo, sino la mitad de la población. Por las razones indicadas, requieren de acciones específicas en el ámbito de trabajo de las adicciones, no especiales.

ADOLESCENTES Y JÓVENES

Las personas adolescentes y jóvenes presentan también unos consumos específicos, en donde los procesos de socialización juegan un papel relevante. Los consumos de alcohol tienen una alta prevalencia en este grupo, y cada vez está siendo más afectado por las adicciones al juego (especialmente de las apuestas online, aunque también en locales presentes en los barrios).

Como se señala más arriba, es decisivo que la red incluya servicios de prevención y reducción de riesgos, especialmente en los ámbitos educativo y formativo, así como en espacios de ocio.

Los consumos suelen darse con una falta de información casi total de los efectos de las sustancias que consumen, consecuencia de una falta de acciones educativas y preventivas con respecto a las drogas y las adicciones no comportamentales. Además, se suelen realizar en grupo. Intervenir en estas situaciones es crucial. Por eso, el itinerario que se diseñe para adolescentes y jóvenes debe tener en cuenta estos factores y promover la coordinación de servicios y dispositivos de carácter preventivo en los ámbitos formativo, educativo, de ocio, deporte, culturales, cercanos a su comunidad.

PERSONAS SIN HOGAR Y OTROS COLECTIVOS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

La falta de vivienda, la infravivienda o los problemas para el pago del alquiler o de la hipoteca son factores que generan una grave exclusión social entre las personas que están en esta situación. Por ello, es necesaria la existencia de un itinerario para estos colectivos y se recomienda contar con un programa de atención específico, puesto que la multicausalidad de esta situación y la existencia de un consumo o de una adicción interactúan decisivamente.

En este itinerario se recomienda la presencia de servicios de reducción de daños. La potencialidad de estos servicios puede verse amplificada si se realiza

en el ámbito de los albergues, si bien no todas las personas acuden a estos centros (allá donde existan), por lo que se recomienda la inclusión de dispositivos de asistencia sociosanitaria básica de proximidad (dispositivos de calor y café, salas de dispensación de metadona, etc.), con el apoyo de voluntariado de las organizaciones (convenientemente formado para ello). Asimismo, el factor esencial de reinserción de estos grupos pasa por su paso por viviendas de apoyo a personas sin hogar, de la mediación comunitaria y de servicios de formación y sociolaborales.

La existencia de este itinerario seguramente deba acarrear el cambio o la adaptación de los protocolos de atención a las personas que accedan a un servicio de la red.

PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y/O CON DETERIORO COGNITIVO

Las personas con un historial dilatado en el consumo, con tratamientos prolongados y frecuentemente interrumpidos, constituyen un grupo de especial vulnerabilidad, puesto que los consumos pueden haber tenido como consecuencia o estar acompañados por otras afectaciones a la salud (física y mental), en forma de enfermedades crónicas.

En estos casos, los servicios contemplados en los itinerarios son muy variados, puesto que puede recomendarse el paso por una comunidad terapéutica que pueda atender estas situaciones de enfermedad crónica o deterioro cognitivo, aunque también son muy eficaces los centros de día, en los que se ofrezcan actividades formativas, educativas y de ocio, y en general, cualquier dispositivo o servicio que les ayude a reestablecer los lazos con la comunidad y con el entorno familiar.

PERSONAS QUE CONSUMEN Y TIENEN AFECTACIONES DE SALUD MENTAL

Las personas que consumen y que presentan una enfermedad mental (previa o asociada) precisan de un itinerario que contemple recursos asistenciales adecuados, puesto que el seguimiento del tratamiento y del proceso terapéutico suele ser menor o verse interrumpido habitualmente. Además, los niveles de integración social suelen deteriorarse, especialmente por carecer de redes de apoyo social.

Toda persona que ingrese en la red de atención a las adicciones y que en el proceso de diagnóstico presente algún problema de salud mental debe ser derivado a servicios específicos de salud mental generales, en su mayoría externos a la Red. Los protocolos de atención también tendrán que adaptarse y contar con profesionales formados en ámbitos relacionados con la salud mental y las drogas y adicciones, con una formación constante.

El itinerario debe contemplar la derivación a servicios específicos, como unidades hospitalarias que atiendan la comorbilidad, o a servicios de atención psiquiátrica de bajo umbral (que pueden estar presentes en unidades de reducción de daños), comunidades terapéuticas especializadas y recursos residenciales para que puedan dar pasos a la reinserción.

ADICCIONES SIN SUSTANCIA

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5, la única adicción comportamental o sin sustancia es la denominada ludopatía o juego patológico; sin embargo, la cada vez mayor presencia de las nuevas tecnologías y, además, la presencia de juegos online fácilmente accesible a través de estas tecnologías hace que cada vez exista un mayor número de personas que pueda presentar este tipo de adicciones. Ya sea por la relativa novedad (sobre todo en cuanto al juego online) o porque no es percibida socialmente como una adicción equiparable al consumo de sustancias, existen barreras de acceso a los servicios de atención a las adicciones. Intervenir con estas personas es importante, puesto que este tipo de adicciones genera, a medio y largo plazo, un riesgo alto de exclusión social, de ruptura de lazos familiares, comunitarios y sociales, y la posibilidad de combinar la adicción no comportamental con el consumo de sustancias.

El itinerario debe contemplar un abordaje multidisciplinar y servicios de prevención, especialmente entre la juventud, cercanos y fácilmente accesibles, ya sea en ámbitos educativos, formativos o de ocio. Además, la aplicación de intervenciones individuales y grupales debe estar contemplada en el itinerario, siempre con un enfoque biopsicosocial y educativo.

3.3

PERFIL DE LOS EQUIPOS EN UNA RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES

Cuando una persona consumidora accede a un servicio, es evidente que lo hace a raíz de una compleja mezcla de problemas que abarca tanto el consumo de droga, como la salud (física y mental) o problemas de inclusión social. Independientemente de que el servicio al que acceda la persona esté especializado en uno o varios ámbitos de intervención, en este documento defendemos una **composición interdisciplinar de los equipos de trabajo**, en coherencia con las tres dimensiones del Modelo Triple I y con los factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan en una persona con consumos problemáticos, de forma que los equipos puedan responder a las características y necesidades de las personas usuarias.

A medida que una red de atención a las adicciones se va haciendo más compleja e integral el perfil de los equipos profesionales de los servicios se diversifica para dar respuesta a los diferentes perfiles de usuarios/as y de itinerarios ofertados. Por ello, *como condiciones mínimas, todo servicio integrado en una red de atención a las adicciones debe contar con, al menos, estos perfiles:*

- Psicólogo/a
- Trabajador/a social
- Psiquiatra o personal médico especializado en adicciones

Es recomendable integrar en los servicios un servicio de acogida, que en servicios pequeños o con presupuesto bajo suele recaer en los perfiles señalados arriba, y a **personal administrativo**. En el caso del personal médico especializado en adicciones (principalmente psiquiatras), se trata de proporcionar apoyo a personas que deben estar ya bajo tratamiento y que generalmente vienen derivadas de la red de atención sanitaria.

A medida que el servicio crece o la cartera de servicios de una organización aumenta, para dar respuesta a las necesidades de las personas usuarias, se recomienda ampliar a los siguientes perfiles:

- Educador/a social
- Enfermería
- Orientador/a laboral

En cuanto al voluntariado en cualquier dispositivo, programa o servicio que siga el Modelo Triple I y se integre en una red de atención a las adicciones, es importante señalar que es un tipo de personal auxiliar y de colaboración, es decir, **nunca puede sustituir ningún puesto remunerado ni los perfiles señalados más arriba**. Independientemente de su titulación o experiencia, los y las voluntarias deben recibir una formación específica para las tareas auxiliares o complementarias que sean definidas (acompañar a realizar trámites a las personas usuarias, participar en sesiones grupales, etc.), siempre bajo supervisión de una persona del equipo. Allá donde no sea un requisito legal, se recomienda que el personal voluntario esté vinculado mediante un contrato específico con la organización (lo que implica protecciones y prestaciones como seguros).

Cualquiera que sea la profesión y experiencia de las personas que componen el equipo, tanto la adquisición de conocimientos como el desarrollo de competencias relacionadas con el ámbito de trabajo en drogas y adicciones debe ser continua. Es cada vez más común que se ofrezcan módulos de formación profesional, cursos de especialización, asignaturas en grados y posgrados relacionados con este sector profesional. En los últimos años se están haciendo esfuerzos por crear programas y currículos especializados para mejorar la capacitación de los equipos que trabajan en servicios relacionados con los consumos de drogas y las adicciones, cubriendo distintos ámbitos, como la prevención, la reducción de riesgos, la salud mental, entre otras (EMCDDA, 2017, p. 166).

En cualquier caso, recalcamos que para desarrollar intervenciones integrales y en consonancia con el enfoque biopsicosocial y educativo que defendemos para el Modelo Triple I es imprescindible que los equipos se formen en conocimientos interdisciplinares, especialmente los que se deben aplicar transversalmente en el trabajo diario con personas que consumen drogas y que tienen adicciones: además de los conocimientos y competencias específicos para trabajar en el ámbito de las drogas y las adicciones es imprescindible formación en aspectos como género, inclusión social, trabajo con personas racializadas, migrantes, pedagogía y andragogía, entre otros.

3.4

CÓMO LOGRAR LA ARTICULACIÓN ENTRE SERVICIOS DE LA RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES

Por definición, una red debe articular numerosos actores con un fin común. En el caso de una red que trate tanto los consumos problemáticos y las adicciones sin sustancia como la inclusión social de personas que acceden a un servicio o recurso relacionado con el consumo de drogas, de lo que se trata es de ofrecer posibilidades a las personas usuarias para que puedan elegir su camino de reinserción, y para ello hay que buscar el contacto con aquellos servicios prestados por administraciones públicas, sociales y privadas, en los ámbitos ya mencionados en el apartado correspondiente (p. 57).

La realidad más extendida en Iberoamérica, no obstante, es el trabajo desarticulado o con un nivel de articulación muy bajo, lo cual, en ambos casos, significa una deficiente provisión de servicios específicos para las personas que consumen drogas o tienen adicciones sin sustancia -y con ello una falta de garantías de sus derechos-; el aprovechamiento insuficiente de sinergias y de recursos compartidos entre administraciones públicas, entre organizaciones sociales y entre ambos actores, con el consiguiente aumento de los costes y la falta de eficiencia y eficacia de las acciones; y una oportunidad perdida para que la sociedad civil en el ámbito de las drogas y las adicciones se coordine mejor en su trabajo de incidencia política.

Una de las cuestiones principales a la hora de proponer una política pública de drogas y adicciones que siga el Modelo Triple I es que, habitualmente genera reticencias en las instituciones públicas por su elevado coste. Se trata de una consideración errada: **en términos de coste-eficacia, una política pública en materia de drogas o adicciones** (ya sea a nivel local, regional o nacional) **que propugne la creación de una red** o, como mínimo, la coordinación entre los actores presentes en el territorio para proveer una atención lo más integral e integrada posible, es muy ventajosa, **puesto que permite agrupar recursos de diversos actores públicos y privados, y con ello evitar la dispersión de recursos, duplicidades de servicios o el trabajo disperso y no conectado entre actores** (Junta de Andalucía, 2016). Pero, sobre todo, genera un aumento en las posibilidades de éxito de la intervención con personas con problemas de adicciones, y con ello se optimizan notablemente la eficiencia no solo de las políticas públicas dirigidas a las adicciones, sino de otras relacionadas, como las de seguridad, salud, educación o formación.

Las redes existentes en España pueden servir como modelo, aunque claramente mejorable, con la existencia de redes de atención a las adicciones a escala nacional, regional y local, donde se generan sinergias entre actores públicos, sociales y privados, además de con otras redes asistenciales, con un enfoque amplio, incluyendo a actores especializados en este ámbito y a otros actores no específicos, relacionados con el ámbito social, para abarcar más servicios. Se trata de una coordinación interinstitucional, entre distintos actores sociales y a diferentes niveles, es decir, que se aprovechan las capacidades locales, regionales y nacionales mediante su interacción y coordinación. En todo caso, es evidente que, ya sea en España o en América Latina, el Modelo Triple I, con las dimensiones que cubre y los enfoques que propone, no existe hoy en día. No hay modelo ideal equiparable, lo que significa que todos los actores del ámbito iberoamericano que trabajan en el sector de las drogas y las adicciones pueden avanzar hacia la propuesta encarnada en el Modelo Triple I, adaptándolo siempre a la realidad social concreta.

3.4.1. Redes de atención a las adicciones formales e informales

Con respecto a la integración de una asociación a la Red, esto dependerá en buena medida de su nivel de formalidad: si se trata de una **red formal**, liderada por una administración pública, el servicio, dispositivo o programa deberá cumplir con unos requisitos técnicos (enfoques de atención, sistemas de calidad, evaluación, etc.) y administrativos que permitan la integración. Asimismo, si la Red está consolidada, una organización puede aspirar a la gestión de espacios y servicios de titularidad de la administración competente, mediante concesión o subvención.

Si se trata de una **red informal**, construida por la sociedad civil, es muy importante el contacto previo entre organizaciones y la búsqueda simultánea de integralidad, complementariedad entre servicios y oferta suficiente para el acce-

so. Es recomendable que la red cuente con unos requisitos de acceso, promueva protocolos y procedimientos reglados, de uso común y evaluables, y tratamientos que aseguren el respeto a los derechos de las personas usuarias, con modelos de atención biopsicosociales y educativos, así como códigos de conducta y de ética.

La ventaja de estas redes construidas desde la sociedad civil es su base comunitaria, lo cual le permite movilizar los recursos existentes en la zona donde opere y la construcción de espacios de participación e inclusión, en los cuales el énfasis está puesto en luchar contra todas las expresiones de las desigualdades económicas, sociales, políticas y culturales, en las cuales las drogas y las adicciones forman una parte importante, pero dentro de un contexto más amplio de acción comunitaria.

La formalidad de la Red tiene el efecto positivo de que para que un servicio pueda integrarse en ella debe cumplir con unos requisitos mínimos de calidad a todos los niveles: en cuanto a la gestión de la organización y del propio servicio, pasando por la obligación de basar todos los aspectos de los tratamientos y terapias en la evidencia científica, evaluar los resultados. Esto puede ser un acicate para mejorar los procesos y con ello obtener mejores resultados en los tratamientos.

Por estas razones **no hay un camino determinado para generar una red de atención a las adicciones**, generalmente se realiza a través del contacto acumulativo entre múltiples actores, como entre organizaciones entre sí, con las administraciones locales, redes de investigación y académicas de la zona, asociaciones de vecinos y vecinas, comunitarias, líderes de las comunidades, entre otras.

La existencia de redes institucionales no limita la creación y desarrollo de redes de la sociedad civil; al contrario: es imprescindible que existan redes a escala nacional, regional y local de organizaciones sociales que trabajen en el ámbito de las drogas y las adicciones, puesto que genera muchos beneficios. Una red que nace desde la sociedad civil permite coordinar los servicios y dispositivos existentes en un territorio determinado, lo que beneficia a la persona que acude a dichos servicios y acerca la meta de conseguir servicios integrales e integrados, y con ello se dan las condiciones de que se dé también un servicio integrador. Esto incide positivamente en numerosos ámbitos, ya sea en el tratamiento, en la inserción social o en la prevención de consumos.

3.4.2. Protocolos y espacios de toma de decisiones

En la articulación de una red integrada de atención a las adicciones hay que tener en cuenta otro factor esencial, que es **la existencia de espacios de toma de decisiones y de coordinación de la Red**, otras redes y otros actores externos con influencia en esta.

Con la creciente digitalización de los trámites y de la gestión de organizaciones e instituciones públicas es evidente que **la articulación de una red de atención a las adicciones debe regirse por sistemas de gestión de la información y de coordinación entre las diferentes instancias de la Red por medio de herramientas en línea**. Lo más habitual es que exista una aplicación web en la que haya una base de datos centralizada con información de las personas usuarias, de los recursos de la red, de las organizaciones de la sociedad civil (Junta de Andalucía, 2016, pp. 130-132). Los datos personales que figuren en la aplicación deberían ser la trasposición de aquellos que se recogen cuando la persona usuaria entra en un servicio. Si bien todos los recursos deben estar centralizados en la aplicación, se recomienda organizar la información por tipo de recurso (reducción de daños, comunidades terapéuticas).

Con relación a los **espacios de toma de decisiones y coordinación**, en las redes integradas de atención a las adicciones existe una diversidad de foros que coordinan las acciones, revisan los planes, mantienen la comunicación entre actores internos y externos, según la dimensión y complejidad de la red, así como de la voluntad de las partes. Asimismo, en línea con la necesidad de mantener unos sistemas de comunicación adecuados entre los actores de la red, también debe contemplarse desarrollar un sistema de información que difunda noticias e incidencias.

Para que la toma de decisiones y la coordinación de una red se base en criterios científicamente avalados y verificables, así como por la calidad técnica y la gobernanza sea lo más democrática y participativa posible (especialmente en las redes formales) tiene que haber distintos niveles de toma de decisiones y de coordinación. En general, toda red debe coordinarse con instancias superiores y debe articular el trabajo con servicios, dispositivos, programas y otras redes asistenciales de acuerdo con su nivel de implementación (regional, local).

Estos espacios, que pueden considerarse auxiliares a la red de atención a las adicciones, son recomendables para mejorar la coordinación entre los actores inte-

grantes de la red, la detección de necesidades y el intercambio de buenas prácticas, a nivel local, regional, nacional e internacional. *Entre estos espacios, destacamos:*

COMISIONES LOCALES Y REGIONALES SOBRE ADICCIONES

Son comisiones creadas para la coordinación interinstitucional y entre actores. Integra personas de la administración local o regional en materia de adicciones y áreas relacionadas (salud, servicios sociales, igualdad, etc.), junto con el tercer sector que trabaja en drogas y adicciones, y cualquier otro actor que sea relevante para tratar aspectos relacionados con la coordinación de la red, de los programas, proyectos y dispositivos (familias, entorno comunitario, etc.). **Especialmente importante es la participación de personas delegadas de los centros coordinadores de atención y seguimiento a las adicciones (CCA)**, tanto para proporcionar información, como para coordinarse con las demás redes y actores.

OBSERVATORIOS SOBRE DROGAS Y ADICCIONES Y CONSEJOS ASESORES

Son organismos de carácter consultivo y asesor, en donde suelen participar, además de instituciones, la sociedad civil organizada (desde organizaciones que proveen servicios o asociaciones de personas consumidoras) y otros ámbitos sociales, como representantes de la academia, sociedades médicas y de investigación o medios de comunicación. Estos observatorios son útiles para obtener información estadística que permita evaluar el funcionamiento de la Red; realizar propuestas para su mejora; asesorar a las administraciones públicas y entidades del tercer sector; promover encuentros entre profesionales; compartir información con otras administraciones a nivel local, regional, nacional, internacional; y presentar una rendición de cuentas anual.

FEDERACIONES LOCALES, REGIONALES, NACIONALES E INTERNACIONALES DE ENTIDADES QUE TRABAJAN EN DROGAS Y ADICCIONES

Las federaciones de organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el ámbito de las drogas y las adicciones son imprescindibles para actuar con una sola voz frente a los demás actores concernidos (especialmente las administraciones públicas), realizar incidencia política, llevando la voz del tejido social y comunitario, así como la de las propias personas consumidoras, además de tener un papel decisivo en la extensión de buenas prácticas tanto en prevención, tratamiento, inserción, investigación o gestión en su radio de influencia.

LAS FEDERACIONES Y REDES DE ORGANIZACIONES QUE TRABAJAN EN DROGAS Y ADICCIONES

En el ámbito de las drogas y las adicciones, las redes y federaciones de organizaciones en los niveles local, regional, nacional e internacional son de gran importancia para realizar incidencia política, actuar con una sola voz ante actores políticos, mejorar la calidad de las intervenciones y los servicios de las organizaciones, intercambiar conocimientos, buenas prácticas, realizar formaciones, etc.

A nivel nacional, destacamos un ejemplo en España y otro de Argentina:

- **UNAD:** se trata de la red española que engloba en torno a 215 organizaciones vinculadas al ámbito de las adicciones. Desarrolla proyectos propios de incidencia y publicaciones. Esta red forma parte también de redes orientadas a la inclusión social más generales, como la Plataforma del Tercer Sector, el Pacto social contra el VIH, la Plataforma del Voluntariado o la Red Europea contra la Pobreza y la Exclusión (EAPN), además de la RIOD. Más información en: https://www.unad.org/
- **FONGA:** agrupa y representa a 60 ONG argentinas dedicadas a la prevención y el tratamiento del abuso de drogas en funciones de incidencia política, articulación de acciones conjuntas y capacitación para el fortalecimiento de la red de la sociedad civil en este ámbito. Forman parte también de la RIOD y de la FLACT. Más información en: https://fonga.org.ar/

*A nivel internacional, además de la RIOD (*https://riod.org/*), cuyo ámbito de actuación es América Latina y España, destacamos:*

- **FLACT:** esta federación agrupa a asociaciones de comunidades terapéuticas de América Latina para el intercambio de experiencias, investigaciones y eventos, coordinándolas en acciones en común, incentivando el conocimiento y el diálogo. Se busca también asumir códigos de ética en las normas y pautas y los derechos de los residentes. Más información en: https://www.facebook.com/federacionlatinoamericanaCT

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

- **Red Americana de Organizaciones que Intervienen en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS):** la RAISSS tiene como misión fortalecer los procesos de integración social y comunitaria de personas en situación de sufrimiento social (vinculados al consumo, el encarcelamiento, etc.) mediante el uso del Modelo de tratamiento comunitario ECO2. Agrupa a numerosas organizaciones de toda América Latina, organizadas en redes nacionales. Más información en: http://raisss.org/
- **Consorcio Internacional de Políticas de Drogas (IDPC):** es una red global de organizaciones no gubernamentales especializadas en las cuestiones relacionadas con la producción y uso de las drogas ilegales. El Consorcio tiene como objetivo generar debates para cambiar las políticas sobre drogas a nivel nacional e internacional, bajo un enfoque de derechos humanos y de reducción de daños. Más información en: https://idpc.net/
- **Los Comités de Viena y de Nueva York de ONG (VNGOC y NYNGOC):** son comités de organizaciones no gubernamentales cuyo objetivo es generar espacios de debate e intercambio con las agencias y organismos de Naciones Unidas relacionadas con el ámbito de las drogas y las adicciones (la Comisión de Naciones Unidas sobre Drogas Narcóticas, UNODC, ECOSOC, etc.). Más información en: https://vngoc.org/

3.4.3. Los costes de no contar con redes de atención a las adicciones

El trabajo coordinado desde hace décadas entre actores públicos, sociales y privados en torno a las redes de atención a las adicciones no está exento de problemas y de deficiencias, pero ha demostrado ser mucho más eficaz que la falta de coordinación. Lo contrario, es decir, *la no existencia de redes de atención a las adicciones y el trabajo desarticulado tiene numerosos efectivos negativos:*

- En el **tratamiento** de las personas con consumos problemáticos o con adicciones sin sustancia, ya que no podrán acceder a ciertos servicios -aun cuando existan- por desconocimiento de las propias entidades a las que acuden, o bien no podrán tener un tratamiento más adecuado a sus necesidades. Asimismo, si no hay articulación en el ámbito concreto del tratamiento a las adicciones, será todavía más difícil que accedan a otros servicios, principalmente a los referidos a la inclusión social;
- **Económicamente**, para todos los actores (públicos, sociales y privados), puesto que pueden darse duplicidades en la provisión de los servicios, así como en los gastos. La desarticulación entre actores termina siendo más costosa que la articulación, ya sea en términos absolutos (presupuesto dedicado) o en términos de eficacia (coste por usuaria/o del sistema);
- En la **articulación** entre organizaciones de la sociedad civil, dado que cada una de ellas seguirá trabajando aisladamente, sin organizarse para hacer incidencia política en las áreas que lo requieran o proporcionarse apoyo mutuo, ya sea en la derivación de usuarias/os, apoyo económico, social, etc.; y
- **Socialmente**, porque no se transmite la percepción de que se esté actuando con un problema que -por desgracia- suscita generalmente rechazo y alarma social, y que afecta a la realidad social concreta de mucha gente, en vinculación con problemas socioeconómicos, políticos y culturales estructurales, y en las propias personas que consumen o tienen adicciones, puesto que son estigmatizadas.

En el ámbito social nada está concluido ni es definitivo, la realidad social se construye mediante procesos realizados por grupos articulados en torno a varios objetivos. **Construir una red de atención a las adicciones es, por tanto, un proceso que requiere de la unión de la sociedad civil que trabaja en este sector y de la voluntad política**, guiada por la visión de las drogas y las adicciones como un problema de salud pública y colectiva, sin que tenga por ello que renunciar necesariamente a una visión centrada en la seguridad y la lucha contra las redes de distribución o la producción.

Crear una red de atención a las adicciones que materialice el Modelo Triple I requiere tiempo y adaptación a las realidades concretas donde se intervenga e incidencia política. Se trata de un modelo de máximos, pero si se interioriza un modelo de atención biopsicosocial y educativo, que integre todas las esferas problemáticas de una persona que consume; si se da una articulación adecuada entre la sociedad civil y entre esta y las instituciones; si se trabaja por la inclusión social de personas cuyos derechos son vulnerados, los resultados pueden ser muy positivos. Este es el Modelo sobre el que la RIOD, como unión y lugar de expresión de las entidades sociales del ámbito de las drogas y las adicciones de América Latina y España, quiere incidir.

04

CONCLUSIONES CÓMO INTEGRAR EL MODELO TRIPLE I EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE DROGAS

En RIOD defendemos que toda política pública relacionada con el tratamiento de las adicciones debe basarse en los **derechos humanos** y partir del **derecho a la atención sanitaria y a la universalidad de la atención**, en circunstancias de **acceso equitativo** y **flexible**, como prerrequisitos para la garantía de los demás derechos y avanzar en el desarrollo humano, lo que se traduce en recursos necesarios para dar respuesta a cualquier problemática derivada del consumo de drogas (Romaní, 2019, p.14). Estos problemas deben contemplarse primordialmente desde la óptica de la **salud pública** y **colectiva**.

Esto es lo que debe inspirar la creación o fortalecimiento de **modelos de atención integrales, integrados e integradores en materia de drogas y adicciones**. El fenómeno de las drogas y las adicciones es multidimensional, no se puede limitar a una cuestión de lucha contra la oferta de sustancias codificadas como ilegales, lo que en la práctica ha supuesto una vulneración de derechos fundamentales a personas con problemas de consumos y a numerosas comunidades, con un impacto diferencial en las mujeres (principalmente en su mayor encarcelamiento por cuestiones vinculadas a las drogas). En materia de consumos de drogas y adicciones es indispensable reconocer que las causas son muy variadas y complejas, que afectan al ámbito personal, a la salud, pero también es resultado de la interacción de factores sociales, económicos, culturales y de la relación de las personas con el entorno social.

Este es el espíritu del Modelo de Atención Triple I y lo que se propone a lo largo del documento, con implicaciones para todos los actores comprometidos en asegurar los derechos de las personas. Partimos de la constatación de que queda mucho por hacer en el ámbito de las drogas y las adicciones en Iberoamérica, no solo a nivel teórico, sino también en las políticas generales de los Estados, en las específicas sobre drogas y adicciones, en la forma como intervienen y conciben los servicios las organizaciones sociales y en el fortalecimiento de una red de servicios que plasme los derechos que, como cualquier persona, deben tener las personas que consumen o tienen adicciones.

El Modelo de Atención Triple I se concibe como:

- **Integral:** se trata de realizar una atención en materia de drogas y adicciones guiada por el modelo biopsicosocial y educativo, para lo cual deben trata se

todas las esferas vitales de la persona (social, médica, psicológica, educativa) y la aplicación de un plan terapéutico global y personalizado, todo ello guiado por dar respuesta a la situación concreta en la que se encuentra la persona, incorporando los determinantes sociales al diagnóstico y al tratamiento. Para ello es imprescindible asegurar el principio de la atención centrada en la persona y la integración de los enfoques de género, derechos y generacional. Asimismo, la persona debe ser protagonista de su tratamiento y del itinerario que quiera seguir.

- **Integrador y comunitario:** reconoce la importancia de que la atención tenga una base comunitaria, trabajando desde la comunidad para que la persona que consume drogas o tiene una adicción sin sustancia logre la autonomía, el empoderamiento y las capacidades para su inclusión social y la participación plena en la comunidad, en su entorno familiar y social, con sus derechos y deberes garantizados.
- **Integrado:** todos los servicios de un ámbito territorial deben estar coordinados, con protocolos comunes y servicios complementarios. La integración de servicios asegura la continuidad en las atenciones, integralidad y la participación de la comunidad en los servicios y de los servicios en la comunidad.

Por todo ello, **el Modelo Triple I solo puede materializarse a través de redes específicas y especializadas de atención a las adicciones**, no subordinadas a otras redes de atención sociales o sanitarias, y de titularidad pública, puesto que es la única manera de asegurar los derechos de las personas y el deber de las instituciones de garantizarlos. Todas están en construcción y tienen déficits, pero como mínimo, hay unos servicios indispensables, como los centros ambulatorios, las unidades de desintoxicación, las de reducción de daños y las comunidades terapéuticas, puesto que aseguran una intervención apropiada a las casuísticas vinculadas a una adicción.

Estos servicios deben ser completados mediante **programas complementarios**, en cualquier caso esenciales para trabajar todas las esferas vitales de las personas que consumen drogas, especialmente las relacionadas con la inclusión social y laboral y la mejora de sus competencias educativas y profesionales. Frente a la especificidad de los servicios dedicados a la prevención, reducción de riesgos y daños y al tratamiento de las adicciones, **en estos servicios debe buscarse la complementariedad**, ya sea con otras redes de atención sociales, médicas, educativas, legales, con organizaciones sociales, o bien con las redes comunitarias.

Es importante recalcar que **la propuesta en torno al Modelo Triple I no significa crear redes paralelas:** la integración de una red específica de atención a las adicciones es hacia el interior, entre los servicios, programas y dispositivos sobre drogas y adicciones existentes, y hacia el exterior, es decir, hacia otras redes y hacia la comunidad. En las políticas públicas sobre drogas y adicciones, la introducción del Modelo Triple I pasaría por desarrollar modelos de gobernanza compartida, basada en la cooperación, la complementariedad y corresponsabilidad entre actores y entre redes de atención, en donde colaboran las administraciones públicas, el sector social y el sector privado (Varghese y Kutty, 2012) en proveer servicios de salud, sociales, educativos y formativos, justicia, culturales, de ocio, etc. De esta manera se pueden evitar duplicidades y reducir costes.

Sin embargo, **una red de las características que proponemos debe tener su propia entidad y especificidad, basada en un abordaje especializado**, reflejo de considerar el fenómeno de las drogas y las adicciones como multicausal y de respuesta interdisciplinaria, y ante la evidencia de que **las necesidades de las personas consumidoras no están cubiertas por otras redes asistenciales** y solo parcialmente por las redes comunitarias.

La realidad es que en muchas ocasiones la sociedad civil es quien asume la titularidad del deber de atención y de garantía de los derechos de la ciudadanía. Esto pone de manifiesto que el **trabajo que realizan las organizaciones de la sociedad civil del sector de las drogas y las adicciones en Iberoamérica es imprescindible para garantizar la inclusión social de muchas personas vulnerables**, no solo con problemas de adicciones o consumos. Es un trabajo que permanece invisibilizado por vincularse a causas estructurales, de varios años, pero que en momentos como el originado por la pandemia de la Covid19 ha demostrado su importancia y fortaleza, lo cual debe ser apoyado financieramente por las instituciones.

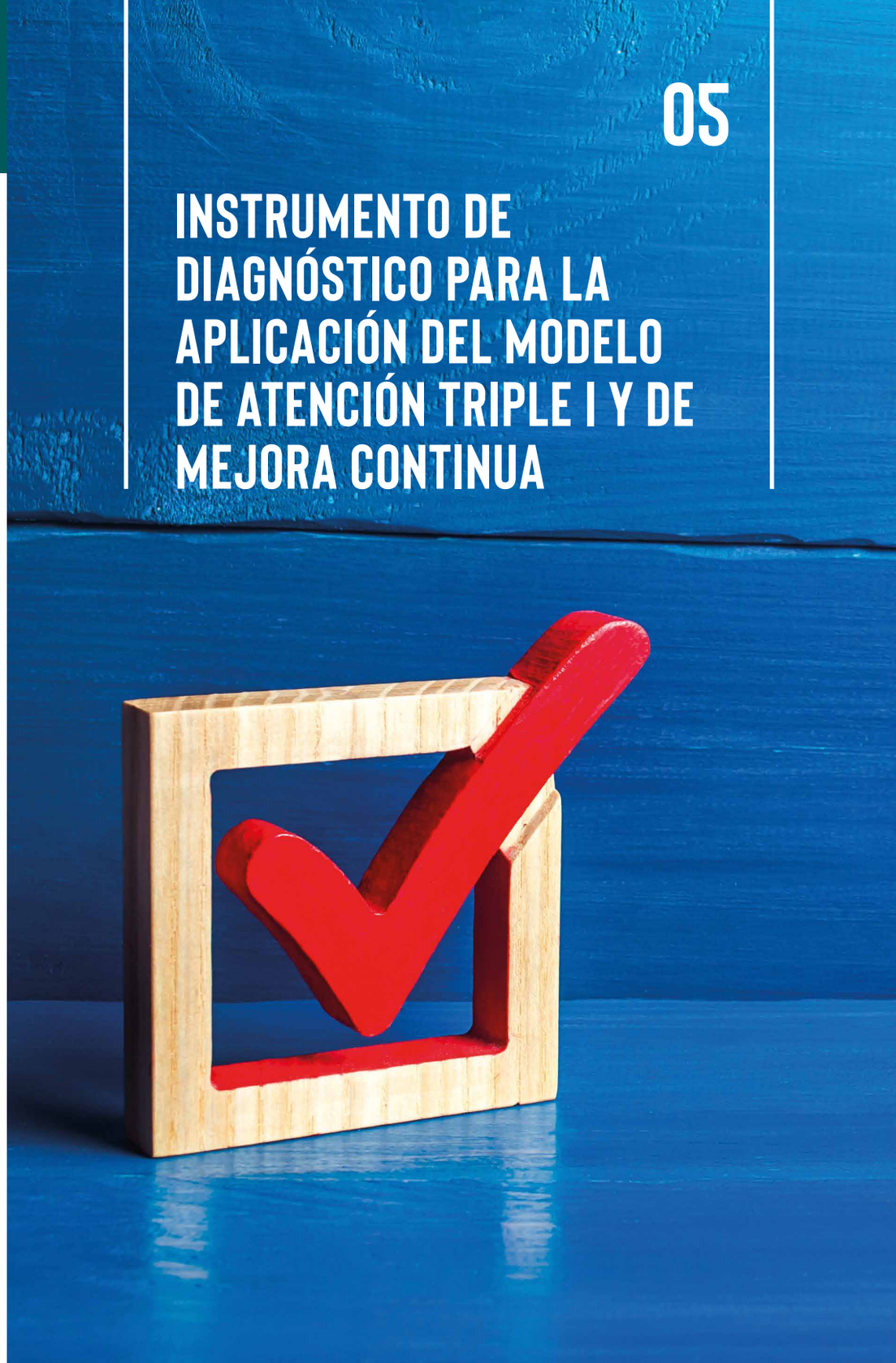
Nada de ello es posible sin voluntad política entendida en un sentido amplio, no solo en lo institucional y sus acciones para garantizar derechos y no vulnerarlos, sino también por la acción decidida de la sociedad por hacer efectivos esos derechos. **Aplicar el Modelo de Atención Triple I requiere pasar de un paradigma restrictivo**, basado en la penalización social y legal del consumo de drogas, centrado en los daños y las consecuencias que el consumo puede tener en las personas y a nivel socio-comunitario, **a uno más abierto**, que garantice

los derechos de las personas que consumen drogas o tienen adicciones sin sustancia, la integralidad de la atención, la realización de intervenciones de base comunitaria es la clave para reducir el sufrimiento social y la vulnerabilidad y exclusión de las personas con consumos problemáticos. Todo ello debe hacerse mediante la integración de servicios de atención a las adicciones específico y la coordinación interinstitucional y entre actores que asegure una atención continuada, integral.

Para que esto se haga realidad, **debe mejorarse la oferta y la cobertura de estos servicios**, ya sean realizados por entidades públicas o apoyando a organizaciones sociales, en todos los niveles administrativos, lo **que implica considerar a la sociedad civil del ámbito de las drogas y las adicciones como un sector esencial**, de modo que se garanticen los recursos financieros suficientes para proveer una atención de calidad.

05

INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO PARA LA APLICACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN TRIPLE I Y DE MEJORA CONTINUA



Las organizaciones de la sociedad civil cumplen un papel fundamental en la aplicación del Modelo Triple I y en el funcionamiento de las redes de atención a las adicciones. Para facilitar su aplicación y determinar qué puntos pueden ser mejorados o fortalecidos tanto en el funcionamiento interno de las organizaciones como con respecto a la relación entre estas y el resto de la red, presentamos a continuación un cuestionario de autoanálisis que cubre las tres dimensiones y los enfoques transversales del Modelo de Atención Triple I.

1. DIMENSIÓN INTEGRAL

	¿CÓMO SE INTEGRAN LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS?	✔	✖
A	Atención centrada en la persona	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
B	Salud pública y colectiva	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
C	Autonomía del usuario para elegir y planear su tratamiento	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

D	Calidad y evidencia científica	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
E	Respeto	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
F	No discriminación	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
G	Creación conjunta	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
H	Apoyo entre iguales	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
I	No estigmatización	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

	AL REALIZAR EL DIAGNÓSTICO, ¿CUBRE LAS SIGUIENTES ÁREAS? ¿CÓMO LO HACE?	✔	✖
A	Médico-psiquiátrica	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
B	Funcional	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
C	Cognitiva	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
D	Tiene en cuenta la etiología del consumo	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
E	Tiene en cuenta las motivaciones para consumir	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
F	Tiene en cuenta las características de la persona	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

G	Tiene en cuenta las características del medio microsocial	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
H	Tiene en cuenta las características del medio macrosocial	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
I	Tiene en cuenta el género	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
J	Tiene en cuenta su situación social-laboral	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
K	Tiene en cuenta su origen o su raza	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
L	Tiene en cuenta su edad	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		

(viene de la página anterior)

AL REALIZAR EL DIAGNÓSTICO INICIAL, ¿CÓMO PARTICIPA LA PERSONA USUARIA?		✔	✖
A	Se le provee información sobre las opciones de tratamiento	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
B	Se cuenta con su participación en el diseño del plan terapéutico	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		

A LA HORA DE REALIZAR EL PLAN TERAPÉUTICO INDIVIDUALIZADO		✔	✖
A	Se contacta con la familia de la persona, su entorno social o comunitario	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
B	Se realiza la valoración interdisciplinar de la persona	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
C	Se realiza una evaluación multidimensional (esferas vitales de la persona)	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

D	Contiene unos objetivos consensuados y el consentimiento de la persona usuaria	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
E	Se establece un itinerario de los servicios a los que asistirá	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
E	El Plan Terapéutico se adapta a los ritmos y necesidades de la persona	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
F	Se realiza un seguimiento y evaluación de los resultados	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
G	Se realiza un seguimiento una vez se cumplen los objetivos de tratamiento	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		

ACCESIBILIDAD DEL SERVICIO: DESCRIBA CÓMO SE REALIZA EL ACCESO AL SERVICIO:		✔	✖
A	Rápida	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

B	Adaptada	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
C	Flexible	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
D	Requiere derivación de parte de otro servicio	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		
E	Requiere derivación a otro servicio	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		

	¿CUBRE LAS SIGUIENTES ESFERAS DE NECESIDAD DE LAS PERSONAS USUARIAS? SERVICIO	✔	✖	NO APLICA	DIRECTAMENTE	DERIVACIÓN
A	Médico-sanitario	☐	☐	☐	☐	☐
B	Servicios sociales	☐	☐	☐	☐	☐
C	Laboral	☐	☐	☐	☐	☐

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

D	Educativo	☐	☐	☐	☐	☐
E	Formativo	☐	☐	☐	☐	☐
F	Habitacional	☐	☐	☐	☐	☐
G	Familiar	☐	☐	☐	☐	☐
H	Comunitario	☐	☐	☐	☐	☐
I	Judicial	☐	☐	☐	☐	☐
J	Cultural	☐	☐	☐	☐	☐
K	Juventud	☐	☐	☐	☐	☐
L	Social-participativo (otras ONG, asociaciones, colectivos LGTBIQ, etc)	☐	☐	☐	☐	☐

2. DIMENSIÓN INTEGRADORA

		✔	✖
A	¿El servicio trabaja dentro de/con la comunidad o del entorno social próximo a su dispositivo?	☐	☐
	Explique su anterior respuesta:		

ACTORES DE LA COMUNIDAD MÁS PRÓXIMA AL SERVICIO:
DESCRIBA SU INCLUSIÓN EN LOS SIGUIENTES PROCESOS:

A	Acceso al servicio:
B	Tratamiento:
C	Participación en las actividades:

FAMILIARES DEL/DE LA USUARIO/A:
DESCRIBA SU INCLUSIÓN EN LOS SIGUIENTES PROCESOS:

A	Acceso al servicio:
B	Tratamiento:
C	Participación en las actividades:

3. DIMENSIÓN INTEGRADA

	¿CON QUÉ OTROS SERVICIOS SE COORDINA SU SERVICIO? SERVICIOS ESPECÍFICOS	✔	✖	NO APLICA	NO EXISTE
A	Unidades ambulatorias de desintoxicación	☐	☐	☐	☐
B	Comunidades terapéuticas	☐	☐	☐	☐
C	Centros ambulatorios	☐	☐	☐	☐
D	Unidades habitacionales de reinserción	☐	☐	☐	☐
E	Servicios de reducción de daños	☐	☐	☐	☐
F	Servicios de reducción de riesgos	☐	☐	☐	☐
G	Servicios complementarios	☐	☐	☐	☐
H	Servicios de orientación laboral	☐	☐	☐	☐
I	Servicios formativos y de educación	☐	☐	☐	☐
J	Servicios de mediación comunitaria y centros de escucha	☐	☐	☐	☐

(viene de la página anterior)

K	Servicios de apoyo frente a la violencia de género	☐	☐	☐	☐
L	Servicios de asesoramiento legal	☐	☐	☐	☐
M	Servicios culturales, de ocio o deportivos	☐	☐	☐	☐
N	Servicios para la juventud	☐	☐	☐	☐

¿CÓMO SE VINCULA CON ESTOS SERVICIOS?		✔	✖	¿CADA CUÁNTO TIEMPO?
A	A través de reuniones presenciales (mesas de coordinación)	☐	☐	
B	Teléfono	☐	☐	
C	Email	☐	☐	
D	Otro (especificar):			

EL CONTACTO CON ESTOS SERVICIOS ES:		✔	✖
A	Formal: protocolos, documentación o software compartido, mesas de coordinación	☐	☐
B	Informal: conversaciones, llamadas telefónicas	☐	☐

4. SOBRE LOS ENFOQUES DEL MODELO TRIPLE I

¿CÓMO Y EN QUÉ GRADO SE INTEGRAN TRANSVERSALMENTE LOS SIGUIENTES ENFOQUES?

GÉNERO:
DESCRIBE SU INTEGRACIÓN EN LOS SIGUIENTES CAMPOS

A	Acceso al servicio:
B	Tratamiento:
C	Participación en las actividades:

EDAD:
DESCRIBE SU INTEGRACIÓN EN LOS SIGUIENTES CAMPOS

A	Acceso:
B	Tratamiento:
C	Procedimientos:

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

DERECHOS HUMANOS: DESCRIBE SU INTEGRACIÓN EN LOS SIGUIENTES CAMPOS	
A	Acceso:
B	Tratamiento:
C	Procedimientos:

06

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfonzo, L. (2012): *Abordaje de salud pública del consumo de sustancias psicoactivas en las Américas.* Disponible en: https://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/Abordaje-salud-publica_Alfonzo_OPS.pdf?ua=1

Antonovsky, A. (1996): *The salutogenic model as a theory to guide health promotion.* Disponible en: https://academic.oup.com/heapro/article/11/1/11/582748

Apud, I. y Romaní, O. (2016): *La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia.* Disponible en: http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/MOD_DROG.pdf

Civil Society Forum on Drugs (2020): *Criterios y recomendaciones para la implementación de estándares mínimos de calidad entre las organizaciones de la sociedad civil (OSC).* Disponible en: https://info.harmreduction.eu/files/88/CEHRN/31/CSFD2020guidelinesrecommendationsESFINAL.pdf

Comas, D. (2010): *Modelos de intervención en adicciones la lógica de las políticas sobre drogas.* Proyecto Hombre: revista de la Asociación Proyecto Hombre.

Comisión de Trabajo de Salud Pública de la RIOD (2017): *El enfoque de Salud Pública en Materia Drogas: Posicionamiento.* Disponible en: https://riod.org/wp-content/uploads/2020/01/SALUD_PÚBLICA_2017_RIOD.pdf

Correlation – Katrin Schiffer (2021): *Nothing About Us, Without Us. Participation and involvement of drug users in health services and policy making.* Disponible en: https://www.correlation-net.org/wp-content/uploads/2021/02/Thematic-Paper_Nothing-About-Us_engels.pdf

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2017): *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024.* Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2021): *Red de atención pública a las drogodependencias en España.* Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/home.htm

EMCDDA (2017): *Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas. Una guía europea.* Disponible en: https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/d8574d27-ae31-11e7-837e-01aa75ed71a1/

Fundación Atenea (2011): *Buenas prácticas para la reinserción laboral de población en situación de vulnerabilidad social en Mérida.* Disponible en: https://fundacionatenea.org/http:/fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2011/02/BUENAS-PRACTICAS-REINSERCION-MERIDA.pdf

Fundación Atenea (2015): *Barreras a la inclusión social de población drogodependiente cronificada. Análisis desde la perspectiva de género.* Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2015_Barreras_inclusion_social.pdf

Fundación Atenea (2016): *Conceptos Básicos en Drogodependencias. Curso de Intervención Social en Drogas e Igualdad de Género 2016.* Elaborado por Indira de la Cruz F.

Fundación Atenea (2019): *Identificación de barreras para la plena inclusión social de las personas usuarias de los proyectos y servicios.* Documento de referencia para equipos de Fundación Atenea. Disponible en: https://fundacionatenea.org/http:/fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2019/11/Barreras-a-la-inclusi%C3%B3n-social5.pdf

Generalitat de Catalunya (2019): *Pla de Drogues i Adiccions Comportamentals 2019 – 2023.* Disponible en: https://drogues.gencat.cat/ca/canalsocults/pla-drogues/#

Instituto de Adicciones de Madrid (2017): *Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid 2017-2021.* Disponible en: https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Adicciones/PlandeAdicciones/ficheros/PlanAdicciones2017-2021.pdf

Junta de Andalucía (2016): *III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2016-2021.* Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/78114.html

Martínez, T. (2017): D*ecálogo de la Atención Centrada en la Persona.* Disponible en: http://www.acpgerontologia.com/acp/decalogodocs/sudecalogo.htm

Montanaro, A. M. (2017): *Una mirada al feminismo decolonial en América Latina.* Editorial Dykinson, Madrid.

Pérez, F. (2019). *Liderar la perspectiva de género en la atención de drogodependencias.* En el número 35 de la revista Infonova (Dianova España). Disponible en: https://dianova.es/quienes-somos/publicaciones/

Pons, X. (2008): *Modelos interpretativos del consumo de drogas.* Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/polis/v4n2/v4n2a6.pdf

Red Iberoamericana de ONG que Trabajan en Drogas y Adicciones (RIOD) (2018): *La reducción de daños en la intervención con drogas. Concepto y buenas prácticas.* Disponible en: https://riod.org/guiareducciondedanos/

Red Iberoamericana de ONG que Trabajan en Drogas y Adicciones (RIOD) (2019): *Prevención y reducción de riesgos asociados al consumo de drogas y las adicciones entre la población joven.* Disponible en: https://riod.org/prevencion-reduccion-riesgos-poblacion-joven/

Romaní, O. - RIOD (2019): *Un enfoque de salud pública en Materia de Drogas. De la cura de la enfermedad a la promoción de la salud colectiva.* Disponible en: https://riod.org/enfoque-de-salud-publica-riod/

UNODC Colombia – Ministerio de la Protección Social de Colombia (2008): *La inclusión social. Una respuesta frente a la drogodependencia.* Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/politica-consumo/CO031052008-la-inclusion-social.pdf

Varghese, J. y Kutty, V. R. (2012). *Governability framework for the evaluation and implementation of complex public health functions.* Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23036913/

Sobre género:

Para profundizar en el ámbito de género, drogas, políticas públicas y modelos de atención recomendamos:

El número 35 de la revista Infonova (Dianova España) sobre género y adicciones, con contenidos sobre género y tratamiento (residencial, de reinserción), violencia de género y consumo de sustancias, tratamiento con adolescentes, en el ámbito penitenciario, en las redes de atención a las adicciones, etc. Disponible en: https://dianova.es/quienes-somos/publicaciones/

Todo el trabajo realizado por Fundación Atenea sobre género y drogas, algunas de sus referencias se han utilizado a lo largo del texto. Disponibles en: https://fundacionatenea.org/que-hacemos/investigacion-y-evaluacion/publicaciones/investigaciones/

Los trabajos de Patricia Martínez Redondo (http://www.generoydrogodependencias.org/).

Hansen, G. (2019): *La perspectiva de género en los programas y servicios de drogodependencias.* En el número 35 de la revista Infonova (Dianova España). Disponible en: https://dianova.es/quienes-somos/publicaciones/

La web Drogas y Género, de la Fundación Salud y Comunidad: https://www.drogasgenero.info/

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD-OEA): *Políticas sobre drogas y perspectiva de género en las Américas: Hallazgos de los informes nacionales de la séptima ronda del Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM)*, disponible en: http://www.cicad.oas.org/mem/Reports/7/Full_Eval/MEM-Gender_Report-ESP.pdf

Consorcio Internacional de Políticas de Drogas (IDPC): *Leyes punitivas sobre drogas: 10 años socavando las Reglas de Bangkok.* Disponible en: http://fileserver.idpc.net/library/Leyes_Drogas_Reglas_BKK.pdf

Los Informes y análisis de WOLA sobre mujeres y drogas en América Latina: https://www.wola.org/es/?s=mujeres

Asimismo, durante 2021 la RIOD preparará un *documento sobre Género y Drogas.*

07

ANEXOS

FICHA DIAGNÓSTICO MODELO TRIPLE I

FECHA:
PROFESIONAL:

1. DATOS PERSONALES

Nombre	
Edad	
Origen	

Si es de otro país, ¿hace cuánto que vive aquí?:

¿Tiene alguna barrera idiomática?

Si el paciente viene acompañado (fuera o durante la consulta), ¿qué relación tiene con la/el acompañante?
- Familiar (cuál), amigo/a, educador social, etc.

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

¿Tiene alergias a algún medicamento?
¿Tiene alguna enfermedad crónica?
¿Qué enfermedades ha pasado?
Motivo de la consulta: ***Consumo problemático, animado por pareja, amigo, familia, por una causa judicial***

2. DATOS SOCIOLÓGICOS

Convivencia durante los últimos 30 días (con quién habita) ***Con la pareja, solo, con la familia (madre, padre, hijos, etc.)***	
Tipo de residencia en la que ha vivido en los últimos 30 días ***Casa, piso, apartamento, no ha tenido residencia fija, vive en la calle***	
Nivel de instrucción	
Situación Laboral	

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

Profesión	
Nº de hijos/as	
Meses trabajados en los últimos 6 meses	
Antecedentes legales	
Nº de ingresos en centro penitenciario	
Meses de condena	
Nº de juicios pendientes	
Nº de detenciones en los últimos seis meses	
Estado de sus relaciones afectivas y sociales. *Para detectar posibles casos de violencia de género y/o situaciones de vulnerabilidad o de exclusión social*	

3. HISTORIA MÉDICA-TOXICOLÓGICA

¿Cómo es su salud? (Buena, regular, mala)	
Algún problema específico	
¿Tiene alergias a algún medicamento?	

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

¿Tiene alguna enfermedad crónica?	
¿Qué enfermedades ha pasado?	
¿Está tomando algún medicamento?	
¿Ha tenido alguna infección?	
¿Hace deporte?	
Drogas que consume	
Año de inicio	
Tiempo de consumo de la droga	
Fecha del último consumo	
¿Se ha inyectado alguna vez?	
¿Ha compartido una jeringuilla?	
¿Utiliza cuchara?	
¿Ha compartido la cuchara o la comparte en la actualidad?	
Antecedentes de consumos/ adicciones en la familia	

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

¿Ha realizado algún tratamiento previamente?	
Edad del primer tratamiento	
¿Ha realizado algún tratamiento de sustitución de opiáceos?	
¿A qué edad?	

4. SALUD MENTAL

¿Cuál es su estado de ánimo? ¿Cómo duerme?	
¿Hace alguna actividad recreativa?	
¿Ha recibido tratamiento psicológico?	
¿Tiene antecedentes psicopatológicos?	
¿Ha recibido tratamiento psiquiátrico?	
¿Ha visitado urgencias por motivos psiquiátricos?	
Número de ingresos en unidades psiquiátricas	
Antecedes familiares de patología psiquiátrica	

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

¿Ha tenido alguna crisis de ansiedad en las últimas semanas? *(leve, moderado, fuerte)*	
¿La persona parecía desorientado o confusa en algún momento de la entrevista?	
Grado de colaboración/ apertura de la persona durante la entrevista	
Notas del entrevistador (Información cualitativa):	

5. MOTIVO DE LA CONSULTA

¿Por qué ha acudido al centro? *¿Le preocupa el consumo? ¿Cómo afecta en el trabajo? ¿Es una obligación judicial? ¿Te lo ha dicho algún familiar / entorno cercano – comunitario?*	
¿Le gustaría obtener tratamiento sobre su consumo?	

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

¿Qué prioridades tiene? ¿Hacia dónde le gustaría enfocar el tratamiento?	

6. INFORMACIÓN A LA PERSONA USUARIA

EXPLICAR:

- **Cómo funciona el centro, qué tratamiento se realiza, bajo qué enfoque, qué seguimiento se realiza (médico, psicológico y social)**
- **Qué tratamientos se hacen**
- **Qué actividades se realizan: individuales, familiares, talleres, etc.**
- **Compromisos que se adquieren al iniciar el tratamiento**
- **Protección en caso de violencia de género**
- **Otros elementos que se consideren importantes**

7. CONSIDERACIONES PARA LA RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES: DERIVACIONES

Se deriva o no	
A qué servicios	
Se solicitan pruebas analíticas	
Otras consideraciones:	

RECURSOS EN RED PARA LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES

CON ESTA PUBLICACIÓN QUEREMOS OFRECER UNA DESCRIPCIÓN DE LO QUE ENTENDEMOS POR **ATENCIÓN INTEGRAL, INTEGRADORA E INTEGRADA** Y LA NECESIDAD DE CONTAR CON UNA RED ESPECÍFICA DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES QUE ARTICULE SERVICIOS E IMPLIQUE A TODOS LOS ACTORES NECESARIOS PARA PODER OFRECERLA.

Financiado por:

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

ISBN 978-84-09-29388-9

9 788409 293889 >

RIOD

www.riod.org
RIOD
@RIOD_oficial
@RIOD.redes