

Identificación,
promoción y difusión
de buenas prácticas
de Intervención
de las ONG de la

RiOD

RED IBEROAMERICANA de ONG
que TRABAJAN en DROGODEPENDENCIAS

Índice

- | | |
|---|---|
| 1. Carta de la Presidencia. | 4 |
| Margarita María Sánchez Villegas. RIOD | |
| 2. “La buena práctica de las Buenas Prácticas”. | 6 |
| Domingo Comas Arnau. Fundación Atenea. | |
| 3. Buenas prácticas de intervención en la Red Iberoamericana de
ONGs que trabajan en drogas y otras adicciones – RIOD. | 8 |
| Yolanda Nieves. Fundación Atenea. | |

4. Selección de buenas prácticas	27
4.1. “Protección integral y ayuda contra la drogadicción de niños y adolescentes de la calle. Bolivia, Ecuador, Perú. 4 años”.	28
Centro de Estudios de Problemas Económicos y Sociales de la Juventud (CEPESJU), Perú y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), España.	
4.2. “Casa Santa Clara”:	38
Centro de Integración para mujeres de orientación para la vida. Fundación Convivir. Argentina.	
4.3. Análisis de drogas dirigido a personas consumidoras: Una práctica de reducción de riesgos.	44
Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD), España.	
4.4. “Desde el Jardín”.	54
Grupo de padres de los viernes. Fundación Proyecto Cambio. Argentina.	
4.5. Programa Sísifo. Programa de Intervención Precoz con Drogodependientes en situación de Emergencia Social.	60
Fundación Erguete - Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), España.	
4.6. Centro de Día en el ámbito de las drogodependencias.	70
Fundación Gizakia – Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), España.	
4.7. Centro de Día Adicciones. Tratamiento Urbano de las Adicciones.	78
Fundación Salud y Comunidad – Unión de Asociaciones y Entidades de atención al drogodependiente (UNAD), ESPAÑA.	
4.8. Programa de prevención selectiva e indicada para jóvenes experimentadores de sustancias psicoactivas en el municipio de Itagüí Antioquia-Colombia.	86
Corporación Surgir, Colombia.	
4.9. “Futuro Posible”. Programa de Inclusión Educativa.	98
Fundación Anpuy, Argentina.	
4.10. Centro Residencial Portadaex para la desintoxicación y deshabitación de mujeres con problemas de adicción, con o sin hijos/as a cargo.	104
Asociación para la Prevención, Orientación y Ayuda al drogodependiente (APOYAT) – Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), España.	
4.11. Noctámbul@s: Observatorio cualitativo de abusos sexuales en contextos de ocio nocturno y drogas.	110
Fundación Salud y Comunidad – Unión de Asociaciones y Entidades de atención al drogodependiente (UNAD), ESPAÑA.	
4.12. ARIADNA: Programa de Intervención psicosocial sobre drogodependencias en Centros Penitenciarios.	122
Fundación Atenea, España.	
4.13. Servicio de pruebas de alcoholemia en contextos de ocio.	132
Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD), España.	
5. Anexos	138
5.1. Ficha de presentación de proyectos orientados a buenas prácticas.	138
5.2. Ficha de valoración.	143



CARTA DE LA PRESIDENCIA

Margarita María SÁNCHEZ VILLEGAS
Presidenta de RIOD

La intervención social en el ámbito de las adicciones genera año tras año una gran cantidad de experiencias satisfactorias, exitosas, inspiradoras, que parten del humanismo propio de las organizaciones sociales que trabajamos en esta área, con criterios de calidad y eficiencia. En muchos casos, el éxito de un proyecto, está determinado por la capacidad que este tiene de aprender de otros anteriores, de sus experiencias y aprendizajes, de saber escuchar e introducir aquello que genera cambios, transformaciones sociales y políticas, y que puede adaptarse en diferentes contextos; es a esto a lo que llamamos buenas prácticas, tema central que nos convoca en esta publicación.

En RIOD, una de nuestras grandes riquezas es la pluralidad y diversidad en ámbitos de intervención que abarcan las entidades socias de la red. Esto nos permite un intercambio de experiencias permanente e inagotable, que favorecen nuestra mejora continua y aprendizaje común. En este contexto, hace ya tres años, se lanzó la propuesta de identificación de proyectos orientados a buenas prácticas, con la doble intención de favorecer el trabajo de transferencia de conocimiento entre las organizaciones de la red, y de difundirlo, además, hacía fuera. En este sentido, nuestro Seminario anual es el marco perfecto para presentar, compartir y reconocer las experiencias aportadas por parte de las organizaciones.

La iniciativa, desde sus orígenes, pretende fomentar la difusión de experiencias y un espíritu de mejora en el diseño y ejecución de nuestras intervenciones, al tiempo que desarrollamos una cultura de calidad y favorecemos el fortalecimiento de la red. Para alcanzar nuestro objetivo, hemos contado en todo momento con el apoyo de una comisión de valoración constituida por profesio-

nales de los ámbitos de las adicciones, la salud y la gestión; voluntarios externos a la red, y de amplio reconocimiento, a quienes no podemos dejar de agradecer el tiempo invertido y el acompañamiento en este proceso. Igualmente, todo esto no sería posible sin la participación de las entidades socias de RIOD a las que, desde aquí, animamos a que sigan formando parte de este proyecto, que ha contado con una gran acogida.

Tras tres ediciones, nos sentimos en el momento de compartir el trabajo realizado y reflejar nuestra experiencia, siempre con el ánimo de seguir mejorando, creciendo y fortaleciéndonos como red. Una de las mejores formas de mejorar, es identificando, sistematizando, y promoviendo las buenas prácticas que nuestras organizaciones lideran, y que sirven como insumo, y ejemplo para muchas otras que necesitan nuevos aprendizajes.

Valoramos el aporte y participación de D. Domingo Comas Arnau, con quien haremos un recorrido por los distintos criterios, o estándares, que se han ido adoptando para la recopilación de buenas prácticas, en distintos escenarios territoriales y temáticos, para centrarnos definitivamente en el ámbito de las drogodependencias y, en concreto, en el de la intervención de las ONG de RIOD, de las cuales añadimos una selección de las buenas prácticas realizada del total que se han ido recogiendo en todas las ediciones.

Por último, queremos agradecer a la Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas de España, la confianza depositada en RIOD, apostando por nuestro proyecto y permitiéndonos llevar a cabo esta publicación que esperamos sea una herramienta no sólo de lectura y aprendizaje, sino también de inspiración.





LA BUENA PRÁCTICA DE LAS BUENAS PRÁCTICAS

Domingo COMAS ARNAU
Fundación Atenea

La noción de "buenas prácticas" surgió en ambientes académicos y profesionales hace más de tres décadas como un instrumento para expresar y dar la palabra a las y los profesionales para que pudieran comunicar y diseminar sus experiencias y los conocimientos adquiridos a partir de las mismas. La primera vez que escuché el término "buena práctica" se asociaba a la idea de "facilitar y compartir nuestras experiencias y avances", en un contexto de solidaridad y trabajo en red. El espíritu que animaba a las primeras recopilaciones de "buenas practicas" formaba parte de los movimientos de intervención y trabajo comunitario y utilizo de forma consciente y explícita la palabra "movimiento" porque la experiencia comunicada solía ser muy local, obedecer a criterios de territorialidad y en la misma intervenían muy diferentes (y diversos) actores sociales presentes en dicho territorio.

En los textos predominaba un estilo propio de la antropología y la psicología social, unida a la idea de la intervención comunitaria y fue en alguna de estas recopilaciones de buenas prácticas cuando tuve noticia, por primera vez, de los trabajos de Manfred Max Neef y del enfoque de necesidades y derechos humanos, antes de que se popularizara a través del PNUD a través de figuras como Amarya Sen y Martha Nussbaum.

Por otra parte el tono de aquellas primeras recopilaciones de buenas prácticas era tan emotivo como comprometido, y al tiempo muy fresco y sugerente. De alguna manera formaba parte de un movimiento profesional que defendía la idea de que las cosas bien hechas eran las que de verdad servían a la gente a lo que algunos añadían que el cambio social y político solo se podía alcanzar con "un trabajo de calidad". Recuerdo, de enton-

ces, una entrevista con el premiado director de cine Costa Gravas, que ahora me resulta imposible ubicar, que venía a decir que "una película crítica y políticamente comprometida no tiene utilidad si no muestra una gran belleza, una alta calidad produciendo emoción en aquellos que la ven". Estoy convencido que esta era la lógica que sustentaba las primeras recopilaciones de buenas prácticas: realizar una labor socialmente relevante y que resultara atractiva, aceptable y emotiva para profesionales, usuarios/as y el público en general.

Esta idea de calidad en el trabajo fue recogida, integrada y sistematizada por las incitativas en torno a la calidad, aunque no por todas, y poco después comenzó a utilizarse como un mecanismo de selección institucional, hasta el punto que en la actualidad disponemos de muchas selecciones de buenas prácticas producidas por administraciones públicas, algunos de carácter internacional, que tratan de orientar sobre "qué hacer y cómo hacerlo" a los y las profesionales. En estas narraciones el trabajo en red y la idea de compartir (y no digamos lo aspectos emocionales), pasan a un segundo plano y, con alguna excepción, prima la idea jerárquica de "nosotros sabemos que es lo mejor y lo seleccionamos para que vosotros lo apliquéis a ciegas". Con lo cual ya no se informa de una buena práctica sino que se presenta un diseño, en ocasiones un protocolo, para que se copie y se aplique de una forma estricta.

La elipse entre aquellos primeros trabajos de recopilación de buenas prácticas y esta idea normativa resulta muy llamativa y escenifica una de las tantas paradojas y malentendido con las que se han querido confundir a los profesionales durante los últimos decenios. La primera noción es muy espontánea, casi demasiado espontánea dirían al-

gunos y la última noción resulta muy formal, casi excesivamente formal dirían otros.

Pero la solución no pasa por buscar un punto de equilibrio, sino de integrar ambas perspectivas. Una recopilación de buenas prácticas debe ser útil a las y los profesionales porque trasmite la experiencia obtenida por pares iguales, así como sentido, seguridad, conocimiento y cotidianeidad. La labor institucional se refiere a la garantía de lo que se dice, es decir la veracidad del programa o la acción que se describe. La institución no debe interferir en la determinación de la utilidad, para esto está el libre albedrío (y el mejor conocimiento de lo local) por parte de los propios/as profesionales, pero también sabemos que estos últimos no tienen modo ni manera de contrastar la veracidad de lo que se afirma, y con los disgustos que nos ha ido dando la experiencia en forma de proyectos (y evaluaciones) que nunca salieron de los despachos, sabemos que, en demasiadas ocasiones, no todo es como lo pintan.

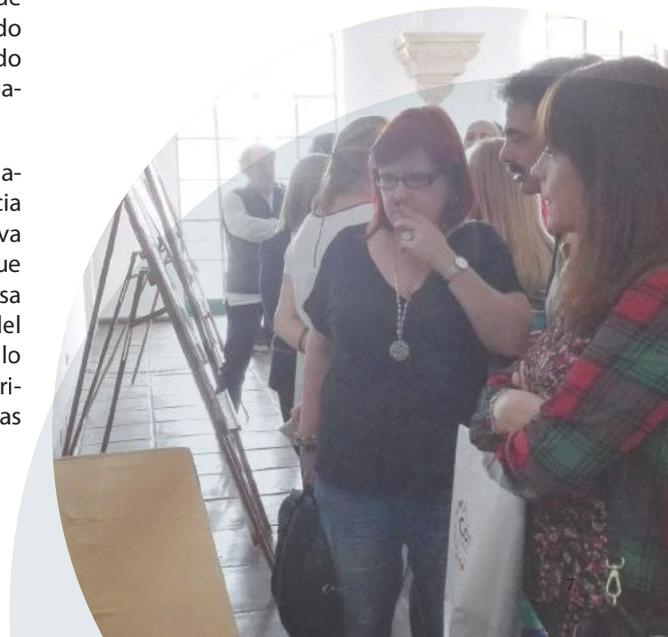
De otra parte, se puede observar como en muchas ocasiones las buenas prácticas tropiezan y deben afrontar la agresividad de la noción de "basado en evidencia". En mi propio ámbito de trabajo es muy frecuente oír descalificaciones en torno a la noción de buenas prácticas porque "no tiene que ver con el método científico", lo cual en parte puede ser cierto, pero a la vez es un argumento falaz, porque, como creo haber demostrado en algunas publicaciones la noción de "basado en evidencia" suele mostrar escaso rigor científico y casi nunca incluye uno de los imprescindibles estándares de evidencia, en concreto aquel que afirma que todo conocimiento deber ser "evaluado y contrastado por los profesionales en su trabajo real y cotidiano".

Como consecuencia si no se cumplen los estándares de evidencia científica, la supuesta evidencia no es tal y precisamente desde una perspectiva científica resulta incompleta, y el resultado es que la noción de "basado en evidencia" no es otra cosa que retórica hueca, insidiosa manifestación del poder corporativo (y en ocasiones financiero) y lo que es peor, con creciente frecuencia, pura retórica comercial de franquicias poco adecuadas a las necesidades humanas.

En esta perspectiva la determinación y diseminación de las buenas prácticas forma parte de la estrategia y el corazón de la evidencia científica y además sirve para denunciar las falaces retóricas de "basado en evidencia", otorgando el rol que merecen a las/los profesionales: ser los que contrastan si la evidencia es útil para atender necesidades y defender derechos en una perspectiva de desarrollo humano.

Por este motivo el trabajo de selección de las buenas prácticas que se presentan en esta publicación y que se realizado a través de la RIOD en los últimos años, obedece a una doble estrategia. De una parte, son útiles a las entidades de la red (y a otras similares que no pertenecen a la misma), facilitando no solo información sino la posibilidad de ampliarla e intercambiar otras ideas, formas de resolver problemas y sugerencias prácticas. Pero a la vez y por otra parte contribuyen a desarrollar una cultura en torno a la evaluación, la comprobación experimental y la difusión de resultados que constituyen uno de los componentes imprescindibles para el avance del tipo de conocimiento científico que contribuye al desarrollo humano.

Expresado, en otros términos, es útil por sí mismo y es útil como parte de un proceso en el que una red (RIOD) trata de mejorar la vida de las personas ofreciendo las mejores alternativas metodológicas para lograrlo.





BUENAS PRÁCTICAS DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN LA RED IBEROAMERICANA DE ONGS QUE TRABAJAN EN DROGAS Y OTRAS ADICCIONES - RIOD

Yolanda NIEVES MARTÍN
Fundación Atenea

Las Buenas Prácticas se encuadran dentro del desarrollo de los procesos de calidad y el impulso de la evaluación en los programas y entidades del ámbito de las drogodependencias.

La apuesta por la calidad y la mejora continua, lleva aparejada la idea de incrementar la eficacia y utilidad de los programas desarrollados. El incremento de la eficacia, eficiencia e impacto de las actuaciones pasa por la identificación de aquellos procesos, programas y actividades que por su impacto e innovación han de ser reseñadas como claves dentro de la actividad de las entidades. La identificación de estos, y su difusión al resto de la Red de drogodependencias, se muestran como factores clave para la mejora de los programas a través de la generación de un conocimiento compartido sobre prácticas innovadoras y eficaces, que permiten evolucionar las actuaciones en drogodependencias. Paralelamente a la incorporación de sistemas de calidad, la recopilación de Buenas Prácticas y su difusión se han mostrado como un aspecto clave para la innovación de las actuaciones en materia de drogodependencias.

En este marco general se impulsa la recogida de Buenas Prácticas y su difusión. Las recopilaciones, sobre todo en sus orígenes adolecían de una definición de criterios claros para su selección. Se daba por sobreentendido cuales eran estos criterios, y se procedía a la identificación de los mismos sin un contexto y una explicación del porqué de su selección.

La necesidad de criterios para la selección es fundamental para argumentar la relevancia de la práctica, y para construir el abordaje teórico de la conceptualización de Buena Práctica.

La disparidad de criterios a la hora de recopilar Buenas Prácticas impulsó a diferentes organismos internacionales a fijar unos estándares a modo de criterios comunes que orientaran la selección de las mismas.



Desde Naciones Unidas en 1996 se realizó una primera aproximación al establecimiento de estándares comunes para la identificación de Buenas Prácticas. Aunque referidos a asentamientos humanos, estos se han tomado como marco base como indicadores de Buenas Prácticas, por tanto han ayudado a definir también el propio concepto:

Impacto

Demostración de las mejoras tangibles en las condiciones de vida de las personas en cualquiera de las esferas temáticas propuestas.

Asociación

Desarrollo de la iniciativa entre al menos dos de las siguientes instituciones:

- Gobierno nacional y regional.
- Ciudades, autoridades locales o sus asociaciones.
- Organizaciones no gubernamentales y organizaciones de base comunitaria.
- Sector privado y fundaciones públicas o privadas.
- Organismos internacionales.
- Instituciones académicas y/o de investigación.
- Asociaciones profesionales.
- Medios de comunicación.
- Líderes cívicos.
- Voluntarios, profesionales y personas físicas.

Sostenibilidad

Manifestación de cambios duraderos en:

- Marcos legislativos, normas, ordenanzas o estándares.
- Políticas sociales y estrategias sectoriales con posibilidad de aplicación en otras situaciones.
- Marcos institucionales y procesos para la adopción de decisiones.
- Sistemas de gestión que sean eficientes, transparentes y responsables.

De los anteriores indicadores se infiere que **toda Buena Práctica ha de ser aquella actividad, programa o política con un impacto positivo en la población diana, una inserción coherente en su contexto sociopolítico y una sostenibilidad a medio plazo.**



A estos estándares fundamentales, las Naciones Unidas añaden otros de valoración complementaria:

· **Liderazgo y fortalecimiento de la comunidad, a través de:**

- Iniciativas que inspiren actividades innovadoras, fomenten cambios e incluyan cambios en las políticas públicas.
- Habilitación de la gente, barrios y comunidades e incorporación de sus habilidades en:
 - La aceptación y respuesta a la diversidad cultural y social.
 - La posibilidad de intercambio, transferencia y aplicación de experiencias.
 - La existencia de medidas adecuadas a las condiciones y niveles de desarrollo locales.

Igualdad de género e inclusión social:

Aceptación y respuesta a la diversidad social y cultural; promoción de la igualdad y la equidad social, por ejemplo en el reparto de recursos económicos, género y edad, origen y etnia, condiciones físicas y mentales y reconocimiento y valoración de las distintas capacidades.

Innovación: Difusión y transferencia de la iniciativa.

Medios usados para compartir o transferir conocimientos.

Transferencias:

Impacto tangible resultante de la transferibilidad de ideas; cambios en políticas o prácticas resultantes y sostenibilidad de la transferencia como parte de un proceso continuo de aprendizaje.

A estos criterios generales se añade, en los programas de drogodependencias, la necesidad de identificar por un lado el ámbito y nivel al que pertenece el programa, los recursos con los que cuenta y los elementos de coordinación con la red de atención de esa población (en ámbitos sanitarios, sociales y laborales y en general en un ámbito de cobertura de necesidades básicas o derechos y no sólo específicamente en drogodependencias). La inserción en sistemas de calidad hace además necesario explicitar la población a la que se dirige el programa para valorar la igualdad de acceso de toda la población diana, la eficiencia de los servicios y la eficacia de los mismos 1.

En la citada conferencia de la ONU se produce también un hecho menos reseñado, y es que fueron las organizaciones no gubernamentales las que plantearon la necesidad de la creación de bancos de datos de Buenas Prácticas y el papel de Naciones Unidas como elemento clave para la difusión de estas a nivel local y global, por su carácter supranacional.

Las Buenas Prácticas en Drogodependencias

Una vez establecida la necesidad de adaptar al contexto las buenas prácticas de drogodependencias, otra de las características de éstas es la necesidad de insertarse dentro de las directrices políticas ², como parte de la respuesta integral y coordinada a este fenómeno. Por tanto dentro del campo de las drogodependencias las intervenciones seleccionadas han de encuadrarse dentro de los principios que han de guiar las políticas públicas.

Principios marco ³:

Evidencia científica:

Utilizada como criterio por muchas de las recopilaciones, se utiliza una concepción científica, remiten-te generalmente a casos clínicos y ensayos, con criterios difícilmente aplicables en el terreno social. Apostamos por un concepto de evidencia científica que contemple prácticas evaluadas con rigor y contrastadas por las y los profesionales en el desarrollo de su trabajo real, mostrándose como eficaces.

Promover la inclusión y la equidad de acceso a programas y recursos:

Han de valorarse especialmente todos aquellos programas y actuaciones que fomenten la atención y prevención de aquellas personas en situación de mayor vulnerabilidad y aquellos con acciones orientadas a la eliminación de toda barrera de acceso a los mismos. Desde la perspectiva de garantizar la igualdad de derechos facilitar el acceso a las personas dependientes de drogas a un sistema de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, que ofrezca varios modelos integrales de intervenciones terapéuticas es uno de los fundamentos básicos ⁴.

Incorporación de perspectiva de género:

A la hora de lograr la participación de todas las personas es necesario tener en cuenta los diferentes condicionantes de género que actúan sobre hombres y mujeres, perjudicando especialmente a las mujeres, (mayor penalización social del consumo, dificultades de acceso a programas y recursos, actividades y programas diseñados sin atender a sus necesidades reales...) incorporando tanto en el diseño de las actuaciones como en el desarrollo de las mismas la perspectiva de género con el objeto de asegurar el alcance y la efectividad de las mismas sobre las mujeres.

1- Babor, T y Poznyak, V. The world health organization substance abuse instrument for mapping services. Nordic studies on Alcohol and drugs. 27. 2010

2- Idea presente ya en el I Manual de Buenas Prácticas de la FEMP y Cómo desarrollar una política nacional sobre drogas CICAD

3- SAVIA_AECID:CICAD_PNSDO-EA Integración social y drogas en América Latina. 2012
OEA-CICAD-CARICOM. Cómo desarrollar una política nacional sobre drogas. 2010
PNSD. Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016.

4- CICAD Plan de acción hemisférica sobre drogas 2011-2015

Enfoque de justicia restaurativa

Acciones y programas encaminados a atender las necesidades y las responsabilidades individuales y colectivas, y a lograr la reintegración de la víctima y del delincuente posibilitando medidas alternativas al encarcelamiento. La justicia restaurativa, impulsada por UNODC como respuesta flexible a las circunstancias del delito, delincuente ⁵ y víctima, supone la posibilidad de que cada caso sea estudiado individualmente y la respuesta a éste se adapte a las circunstancias. Esta línea es seguida por los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA) que adoptaron la Estrategia Hemisférica sobre Drogas 2010 y su Plan de Acción 2011-2015, acordando explorar vías para ofrecer servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a infractores de la ley penal dependientes de drogas, como medida alternativa al encarcelamiento, y en algunos casos, a su prosecución penal.

La participación social

Las acciones y los programas deberán contemplar la participación tanto de las personas usuarias como de la comunidad en la que se desarrollan; como medida de sensibilización de la población, pero también como elemento de integración social de las personas consumidoras de drogas en exclusión, y como medio para maximizar la eficacia de los programas adaptándolos al contexto y necesidades de la población.

Una vez establecidos los principios básicos y un marco de estándares de selección, es imprescindible ajustarse al contexto social y psicológico de su población diana ya que en principio, programas eficaces pueden no ser automáticamente transferibles en otras realidades. El consumo de sustancias está sometido a diferentes patrones y modelos de consumo según el entorno sociocultural. De la misma forma la necesidad de contemplar la realidad individual hace que aplicar una buena práctica contrastada no signifique éxito asegurado en todos los casos, aunque ello no debe limitar su aplicación pero sí debe tenerse en cuenta a la hora de su aplicación la posibilidad de introducir modificaciones que se adapten a las necesidades específicas ⁶.

La complejidad del fenómeno de las drogodependencias como realidad multifactorial dificulta la selección de Buenas Prácticas y su aplicación, pero no las invalida. Es más, el conocimiento de Buenas Prácticas se muestra como relevante para avanzar en las actuaciones en este campo, como muestran iniciativas como el EMCCDA ⁷, dónde se recopilan buenas prácticas, remarcando la necesidad de adaptarlas a las características del programa y las características del contexto local, y de seleccionarlas en torno a su relevancia científica, con metodología transparente, relevante y transferible.

Como bien señala Domingo Comas, el hecho de que las prácticas hayan sido validadas siguiendo criterios científicos, no significa automáticamente que sean relevantes, transferibles ni que sean extrapolables a todos los contextos. Por ello en el campo de las drogodependencias es necesaria su validación por parte de los equipos profesionales que han de implementarlas en base a la utilidad de las acciones para mejorar la calidad de vida de las personas.

5- UNODC Manual sobre programas de justicia restaurativa 2006

6- Uchtenhagen, A. ¿Qué significa mejores prácticas en el tratamiento de toxicomanías? :RED. 2012

7- European Monitoring Centre for drugs and Drug addiction

8- Ferri, M y Griffiths, p. Good Practice and Quality Standards. Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives. 2015

9- Estrategia PNSD 2009-2016

10- OEA Escenarios para el problema de drogas en las Américas. 2013

Ahondando en este principio la EMCDDA, aterraza la existencia de buenas prácticas en materia de drogodependencias, enfatizando la necesidad de que estas sean relevantes para aquellas personas implicadas en el sector de las drogodependencias, ya sean profesionales, responsables de políticas, personas con consumos problemáticos de drogas y sus familias ⁸. La participación de estos grupos de interés se ha mostrado como una de las claves del éxito de las actuaciones, permitiendo su adecuación al contexto.

La finalidad de las buenas prácticas es permitir compartir conocimientos de manera que toda aquella práctica que se demuestre eficaz y relevante pueda ser accesible a la comunidad para su puesta en marcha dentro de los programas.

Dentro de cada ámbito de actuación sobre drogodependencias, existen criterios de eficacia de los programas que también han de ser tenidos en cuenta a la hora de valorar su justificación como buena práctica. Por ello, es necesaria una definición clara del área en el que se enmarca el programa y de la población a la que se dirigen.

El Plan Nacional sobre Drogas de España establece 5 ámbitos de actuación: Reducción de la demanda; Reducción de la oferta; Mejora del conocimiento científico básico y aplicado; Formación y Cooperación Internacional. De ellos nos centraremos en definir los dos primeros.

Reducción de la demanda:

· Prevención:

Sea universal, selectiva o indicada. Se considera toda actividad encaminada a potenciar los factores de protección y minimizar los factores de riesgo de la población ante las drogas.

· Asistencia e integración social:

Dirigida a la incorporación social de la persona, al acceso y disfrute de los derechos sociales básicos (vivienda, empleo, educación, salud, protección social, etc.), adaptada a sus necesidades, desde sus potencialidades y capacidades. Implicando diversidad e individualización en la atención, acompañamiento y tratamiento. Incluyendo las actuaciones en ámbito judicial con el objeto de promover y facilitar un enfoque orientado a la incorporación social de las personas en situaciones vulnerables ⁹.

· Disminución del riesgo y reducción del daño:

Acciones encaminadas a evitar que el consumo experimental y el uso esporádico se conviertan en uso continuado y/o problemático, sobre todo, reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos socio sanitarios indeseables relacionados con su uso problemático. La reducción del daño supone reconocer la realidad multifacética del consumo y abordarla desde el respeto a los derechos de las personas que consumen maximizando las opciones de intervención, posibilitando el logro de objetivos a corto plazo y el acceso a la atención y la participación de las personas con consumo activo de sustancias. La reducción de daños se basa en el principio de que las personas usuarias de drogas, más que la sociedad, son las principales agentes de cambio en la reducción de daños derivados de su consumo ¹⁰.

· Formación:

Puede ser online o presencial. Tiene por objeto ampliar las capacitaciones de los/as profesionales del campo de drogodependencias y fomentar el conocimiento sobre éstas en profesionales relacionados/as con personas en riesgo o con problemática de consumo con la finalidad de mejorar la calidad y eficacia de las intervenciones desarrolladas en todos los ámbitos de las drogodependencias.

Reducción de la oferta:

Las actuaciones vinculadas a la reducción de la oferta, dependientes del ámbito político y penal son objeto de buenas prácticas específicas, dadas las características de estas intervenciones, como muestra el “Manual de Buenas Prácticas para el abordaje de las drogodependencias en el ámbito jurídico”¹¹ o “Buenas Prácticas para el análisis delictual en América Latina”¹².

Los criterios de eficacia y calidad de las intervenciones en cada una de las áreas de las drogodependencias son objeto de múltiples publicaciones y guías. La inserción dentro de sistemas de calidad de las intervenciones y el cumplimiento de los estándares establecidos para las intervenciones de cada área, es un requisito básico para su selección como Buena Práctica. La mayoría de los portales de recopilación de Buenas Prácticas contienen abundante bibliografía sobre criterios de calidad y eficacia de las intervenciones, si bien es verdad que existe más producción sobre los criterios en prevención que en atención, ya que ésta se suele insertar en sistemas de calidad de servicios estándar. Dos publicaciones básicas sobre estos aspectos son “Calidad y Evidencia en la Reducción de la Demanda de Drogas”¹³ y “Estándares europeos de Calidad en Prevención de Drogas”¹⁴. Esta última fija como criterios de calidad de las intervenciones preventivas, aunque podría ser extrapolado a las intervenciones en cualquier campo de las drogodependencias:

- Relevancia de las actividades para la población diana y las políticas públicas.
- Adherencia a principios éticos reconocidos.
- Integración y promoción de la evidencia científica.
- Coherencia interna, viabilidad del proyecto y sostenibilidad.

Sin ánimo de resultar redundantes, señalar tres aspectos comunes en la eficacia de las intervenciones en drogodependencias, derivados de los anteriores, independientemente del área de intervención a la que pertenezcan:

Adaptación a las necesidades de la población:

A través del diagnóstico y las demandas de las personas participantes. Asegura el incremento de la eficacia y su relevancia para la población.

Evaluación de la actuación/ programa:

Proporciona información sobre el diseño, desarrollo e impacto de la actuación permitiendo introducir ajustes y mejoras en la misma, sirviendo de base a la evidencia científica sobre los efectos de la misma.

Participación de la población usuaria en el diseño y desarrollo de las actividades:

Este mecanismo asegura una mayor eficacia de las intervenciones ya que posibilita su adaptación a las necesidades reales de la población, mejorando su eficacia y eficiencia.

11- Gordon Nuevo , Berta.. 2014

12- Guajardo García, Carlos. 2014

13- COPOLAD 2014

14- OEDT 2013

15- La primera edición data de 2003

16- Criteria. Salvador, T. 2010

Algunas experiencias de éxito en el ámbito de Buenas Prácticas en España:

Siguiendo las directrices europeas, desde el Plan Nacional Sobre Drogas en España se han propulsado diferentes líneas encaminadas al fomento y difusión de las Buenas Prácticas, culminando con la creación de la Base de Datos de Buenas Prácticas y Protocolos (EDDRA). La estrategia del Plan Nacional sobre Drogas 2009-2016 identifica claramente la necesidad de coordinar las actuaciones, dotando de una atención integral, adaptándose a las transformaciones de los perfiles y patrones de consumo de sustancias y potenciando la evaluación como método de validación de las prácticas y programas.

En el caso de la recopilación de Buenas Prácticas, la primera iniciativa a nivel nacional puede establecerse en el inicio de los Premios Reina Sofía contra las drogas de la Fundación CREFAT cuya concesión durante sus XXI ediciones, supone un reconocimiento y una selección implícita como buena práctica en los ámbitos de prevención, sensibilización, intervención e investigación.

A nivel local son referentes los catálogos de Buenas Prácticas impulsados por la Federación Española de Municipios ¹⁵, desarrollados durante VI ediciones, si bien enfocados exclusivamente al área de prevención, dónde las administraciones locales tienen competencias, abordan todas las áreas temáticas dentro de ésta y se constituye como referente de Buenas Prácticas en materia de planificación y actuaciones de prevención.

Desde el ámbito autonómico con un desarrollo más tardío se han realizado esfuerzos en el campo de las Buenas Prácticas, también vinculados fundamentalmente a prevención, como puede ser el manual de Buenas Prácticas para el diseño y evaluación de los programas de prevención de drogodependencias, editado en 2010 por el Gobierno de la Región de Murcia ¹⁶.

La recopilación de Buenas Prácticas en España ha seguido una evolución doble. Por un lado el impulso a este tipo de publicaciones se ha dado desde plataformas y organismos nacionales, pero el desarrollo actual de este tipo de publicaciones está vinculado a entidades y administraciones locales o autonómicas. Por otra parte, la tendencia en cuanto a contenido ha variado. Desde recopilaciones de programas y proyectos concretos se ha pasado a identificar las características innovadoras y su difusión a través de manuales de Buenas Prácticas. La diferencia es que estos manuales difunden las características innovadoras o de éxito de esas actuaciones, para su incorporación en los programas, más que la descripción de la actuación o programa en sí. Este hecho ha llevado aparejado que las iniciativas vinculadas a Buenas Prácticas se han ido centrando en ámbitos concretos de las drogodependencias.



A modo de muestra:

Referidas a la inserción social:

- “Manual de Buenas Prácticas en los centros de incorporación social”. Martínez, N. 2003
- “Manual de Buenas Prácticas en integración laboral en drogodependencias”. Madrid Salud. 2009
- “Buenas Prácticas en la reinserción sociolaboral de la población de mujeres ex consumidoras”. Cas- taño, V 2010

Actuaciones comunitarias:

- “Manual de Buenas Prácticas en mediación comunitaria en el ámbito de las drogodependencias” UNAD 2008

Prevención selectiva:

- “Guía de Buenas Prácticas para la intervención en programas de prevención selectiva e indicada”. Ados 2009
- “Buenas Prácticas en el uso de redes sociales en los programas de prevención con población juvenil”. Nieves, Y. 2015

Ámbito jurídico:

- “Buenas Prácticas para el abordaje de las drogodependencias en el ámbito jurídico”. Madrid Salud. 2008

Si tomamos como ejemplo tres de las recopilaciones sobre buenas prácticas en materia de drogode- pendencias pioneras como pueden ser el I y II “Catalogo de Buenas Prácticas en Drogodependencias” de la FEMP ¹⁷ ; “Manual de Mediación Comunitaria en el Ámbito de las Drogodependencias” ¹⁸, “Guía de Buenas Prácticas de Incorporación UNAD” ¹⁹ ; encontramos criterios comunes de selección que siguen las líneas desarrolladas anteriormente.

FEMP	UNAD/APH/MADRID SALUD	UNAD
Impacto de la actuación		Metodología
Coordinación	Coordinación	Complementariedad
Sostenibilidad	Trabajo en Red	Sostenibilidad
Fortalecimiento de la comunidad	Participación	Participación
	Accesibilidad	Discriminación positiva
	Adaptación al contexto	Perspectiva de género
	Equidad	
Innovación y transferencia		Transferencia
Evaluación	Acreditación	Innovación
Planificación y desarrollo integral	Interdisciplinariedad equidad	Integralidad
		Coherencia

Deteniéndonos en el de la FEMP por su carácter pionero desde 2003 aunque centrada en actividades de prevención, la definición de actuaciones de carácter preventivo de base local con el establecimiento de criterios básicos de selección:

- Políticas sectoriales de prevención encuadradas dentro de políticas globales.
- Respuesta a la problemática desde estructuras ordinarias de las que se ha dotado a nuestra sociedad en las áreas de educación, salud, servicios sociales...etc.
- Programas de prevención diseñados para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo.
- La eficacia de las políticas preventivas está relacionada con el grado en el que sean asumidas por los diversos interlocutores sociales.
- La responsabilidad de la prevención es compartida, más allá de los servicios sociales o sanitarios, implicando a todos los estamentos con competencias en la materia, y al conjunto de la sociedad.



17- Federación española de Municipios 2006

18- UNAD,APH, Madrid Salud, 2008

19- UNAD, 2005

Algunas experiencias de éxito en el ámbito de las Buenas Prácticas en América Latina y el Caribe

El impulso de Buenas Prácticas en América Latina y el Caribe, ha seguido una línea similar, con mayor papel protagonista de los organismos multilaterales.

La Fundación CREFAT, sin realizar una recopilación exhaustiva, sí ha premiado en cada una de sus ediciones programas y entidades de América Latina y el Caribe que por su relevancia consideraban reseñables, de tal manera que la compilación de estos programas puede tomarse como una primera aproximación a la identificación de buenas prácticas desarrolladas en América Latina, ya que desde que inauguró la edición Iberoamericana en 1999, ha otorgado 14 premios.

1ª Edición

Premio compartido para la Fundación SEAMOS de Bolivia, por su trabajo "Democracia y Prevención" y la Asociación Civil de Investigación y Desarrollo (IDES) de Uruguay.

2ª Edición

Asociación Niños de Papel de Colombia. El jurado otorga Mención honorífica al Instituto de educación popular "El abrojo" de Uruguay.

3ª Edición

A la "Unidad de adicciones" de la Fundación Universidad Empresa de Chile por un novedoso programa de formación de técnicos en prevención y rehabilitación dirigido a dotar de formación universitaria a personas ex adictas y ex alcohólicas.

4ª Edición

Asociación argentina Tecpremer, por el Proyecto "TEA: Técnicas Educativas para las Adicciones y la Promoción de la Salud", desarrollado en Mercedes, provincia de Buenos Aires.

5ª Edición

Instituto de educación popular "El abrojo", por su programa: "Habilidades para la vida". Uruguay.

6ª Edición

Asociación Casa Alianza. Guatemala, por el Programa: "Atención Integral a niños y niñas de la calle con adicción a las drogas". Se conceden dos Menciones de Honor a la Asociación Civil El Caracol, de México, y a la Corporación Caminos, de Colombia

7ª Edición

Fundación Universitaria Luis Amigó de Colombia, por el Proyecto "Acoger".

8ª Edición

Fundación Proniños de la Calle I.A.P (México D.F), por el Programa: "Opción de vida/proceso de desintoxicación". El jurado otorga una Mención honorífica a la Fundación Despertando Corazones (Cartago-Valle) de Colombia, por el programa "Un milagro del amor y la fe".

9ª Edición

Fundación Paréntesis (Chile) por el proyecto Tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de alcohol y otras drogas para personas adultas en situación de calle. Se otorgaron además dos accésit a la Corporación Surgir para la prevención del alcoholismo y la farmacodependencia (Colombia) y al Centro de Integración Juvenil A.C. (México).

10ª Edición

María Paulina Tello Delgado. Chiclayo (Perú) por "Historia de vida en adolescentes pandilleros: alcohol y drogas"

11ª Edición

Integración para la Vida IMPAVI (México).

12ª Edición

Área de prevención de la policía nacional de Colombia por el programa de prevención al consumo de drogas.

13ª Edición

Proyecto Victoria-Comunidad terapéutica hondureña

14ª Edición

Proyecto "Formación de Trabajadores Sociales cubanos como gestores de prevención comunitaria de las drogodependencias", de MARÍA SOLEDAD SOÑORA CABALEIRO



Fruto de la apuesta por el intercambio y diálogo entre entidades de drogodependencias y organismos de ambos lados del atlántico surge la iniciativa COPOLAD programa de cooperación entre la Unión Europea (UE) y América Latina (AL), destinado a mejorar la coherencia, el equilibrio y el impacto de las políticas sobre drogas, mediante el intercambio de experiencias, la coordinación bi-regional y el impulso de respuestas multisectoriales, integrales y coordinadas. Ya desde su primer encuentro anual en 2011, muestra la necesidad de contar con un espacio de intercambio de prácticas y la necesidad del mismo como factor de mejora de políticas y actuaciones. Necesidad de intercambio que ha sido reforzada en las sucesivas ediciones enfatizando como base del mismo la experiencia adquirida y la evidencia disponible. A partir de 2013 esta apuesta se complementa con la identificación de Buenas Prácticas en planificación y actuaciones en cuanto al enfoque de género, línea en la que se avanza con la elaboración del informe, "Perspectiva de género y programas sobre drogas: El abordaje de las desigualdades como medio para impulsar la incorporación de este en políticas y programas"²⁰. El informe identifica Buenas Prácticas en este campo. En 2014, se edita uno de los productos clave de la primera fase de COPOLAD, "Criterios de Calidad y Evidencia en Reducción de la Demanda de Drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas".

Este trabajo desarrollado después de realizar en 2013 el "Estudio para la definición de criterios de acreditación de programas de reducción de la demanda", explica el proceso de definición y selección de criterios de calidad y base en la evidencia y relaciona un serie de criterios básicos y avanzados comunes para todos los programas de reducción de la demanda y específicos para programas de prevención, reducción de riesgos, tratamiento, reducción de daños e incorporación social. Además en dicha publicación se plantean estrategias para poner en marcha sistemas de acreditación a nivel supranacional después de estudiar los sistemas de acreditación existentes en cada país y criterios para la apertura de centros de tratamiento para personas adictas.

Reseñable es también el desarrollo de la mesa “De la evidencia a la práctica en políticas de drogas: actuar es posible” con una selección de buenas prácticas en implantación de políticas y desarrollo de programas en el encuentro anual en 2016, “De la evidencia a la práctica: retos en el ámbito de las políticas sobre drogas”.

Desde la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD de la Organización de Estados Americanos OEA, también se ha impulsado el intercambio de Buenas Prácticas inicialmente enfocadas a los Gobiernos como muestra la iniciativa “Buenas Prácticas de Bienes decomisados e incautados”, ya en 2009. En la misma línea y a través de un proyecto de la cooperación española, lidera el proyecto SAVIA-Drogas (Salud y Vida en las Américas) que contempla iniciativas de cooperación iberoamericanas, que permiten el intercambio de experiencias y buenas prácticas, y contempla la recopilación de materiales sobre las mismas.

Este impulso de localización y difusión en América Latina y el Caribe desde el ámbito internacional, está produciendo el fomento de identificación y difusión de Buenas Prácticas a nivel nacional en cada uno de los países.

Ejemplo de este hecho es la realización de la convocatoria nacional de Buenas Prácticas en Materia de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas, del Gobierno de Perú, cuyo propósito es identificar y divulgar programas y proyectos realizados por diversas instituciones en busca de una mejora de las estrategias de intervención, que lleva ya tres ediciones.

En Bolivia se sigue una línea semejante, aún emergente, con la I convocatoria nacional al reconocimiento de buenas prácticas en iniciativas de prevención y tratamiento del consumo de drogas.

Si bien a diferencia del caso español, las iniciativas de recopilaciones son generalistas, existen iniciativas ceñidas a ámbitos concretos de la intervención en drogodependencias.

Como ejemplo:

- “Buenas Prácticas para el análisis delictual en América Latina”. Fundación Paz Ciudadana. 2014 Chile
- “Compendio de Buenas Prácticas en el abordaje del consumo nocivo de alcohol y drogas en la región de Lagos”. Gobierno de Chile. 2011
- “Proyectos Comunitarios: Buenas Prácticas”. CONACE 2009.
- “Proyectos de Tratamiento y Rehabilitación con Perspectiva de Género para Mujeres Adultas con Consumo Problemático de Drogas: Las Buenas Prácticas”. CONACE 2006

Como observamos, el impulso hacia el intercambio de buenas prácticas y por tanto la identificación y la difusión de las mismas, se está impulsando desde las diferentes esferas pero no es una práctica generalizada en todos los países.

Buenas Prácticas de intervención de las ONG de RIOD

Desde esta perspectiva de un intercambio de experiencias y procesos eficaces es desde dónde la Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogodependencias RIOD se plantea iniciar la recopilación de Buenas Prácticas entre sus miembros. Como plataforma supranacional de organizaciones de la sociedad civil de diferentes países en España y América Latina y el Caribe y diversos ámbitos de intervención, configura un espacio ideal para el intercambio y difusión de las mismas, siguiendo la línea ya esbozada por la ONU. El trabajo diario de las organizaciones con personas que padecen consumos problemáticos de drogas les hace estar continuamente detectando necesidades, diseñando y ejecutando proyectos. Por ello comienza en el año 2013 la convocatoria de Buenas Prácticas entre sus organizaciones.

RIOD define como buena práctica en programas vinculados a las drogodependencias a aquellas actuaciones o programas que además de percibirse como eficaces para profesionales y personas destinatarias fomentan la participación de éstas. Además la evaluación de dichos programas muestra que son pertinentes, sostenibles y pueden ser transferibles contando con elementos innovadores.

Se establecen como criterios de selección los siguientes:

Innovación:

Todas las acciones y programas seleccionados han de mostrar elementos novedosos en el campo de la actuación en drogodependencias.

Transferibilidad:

Se valora su capacidad de ser aplicados en otras poblaciones de similares características después de adaptarse al contexto social y cultural.

Sostenibilidad:

Las actuaciones deben mostrar ser capaces de continuar en el tiempo con las mismas condiciones de financiación.

Participación de profesionales y personas destinatarias:

Las actuaciones y programas valorados deben contemplar mecanismos de participación de profesionales y usuarios/as.

Impacto de la actuación:

Las actuaciones y programas deben contemplar la medición de consecución de los objetivos y satisfacción de la población diana.

Pertinencia del proyecto:

Las actuaciones y programas han de mostrar su adaptación al contexto tanto en el diseño de las mismas como en la metodología.

Evaluación:

Las actuaciones y programas deben contemplar la evaluación como parte del proceso.

Desarrollo de la iniciativa

Este manual recoge las buenas prácticas más representativas de las tres ediciones de la convocatoria desarrollada por RIOD.

Desde 2013 RIOD identifica la necesidad de apostar por la difusión de buenas prácticas de sus entidades miembro, como medio para difundir metodologías novedosas y eficaces. Poniendo en marcha la convocatoria de buenas prácticas entre entidades de la Red, con el objeto de difundir los avances en la intervención sobre drogodependencias.

La recopilación de buenas prácticas a través de las diferentes ediciones tiene como objetivos específicos:

- 1. Fomentar la difusión de experiencias y un espíritu de mejora continua que repercutan positivamente en población destinataria de actuación de las organizaciones de RIOD.**
- 2. Facilitar el aprendizaje mutuo mediante el intercambio continuado de experiencias.**
- 3. Motivar a las entidades, a través del reconocimiento de la Red, para el desarrollo e implantación de buenas prácticas.**
- 4. Desarrollar una cultura de la calidad, fomentando el interés en la mejora continua de nuestros programas.**
- 5. Favorecer el fortalecimiento de la red, y el sentimiento de pertenencia y la cohesión interna.**

Cada convocatoria ha sido difundida entre las entidades pertenecientes a RIOD a través de una carta de la presidencia invitando a participar en la iniciativa.

La convocatoria, abierta a todas las entidades de la Red, consta de un proceso de candidatura al que las entidades presentan todos aquellos programas que consideren pertinentes.

Las entidades participantes cumplimentan una ficha con datos básicos del proyecto/actividad para su valoración por el comité de personas expertas.

Esta ficha concentra información básica sobre el programa y entidad que lo desarrolla y los aspectos más reseñables como buena práctica de forma concentrada:



1. Programa o proyecto:

a. Resumen ejecutivo (breve descripción del proyecto)

b. Tipo de intervención:

Prevención, tratamiento, inserción social, reducción de daños, reducción de riesgos, otros (formación, supervisión, investigación, evaluación...)

c. Descripción de los beneficiarios/as directos e indirectos

d. Número de beneficiarios/as directos e indirectos

e. Ubicación/País

f. Fechas de ejecución

2. Objetivos e Indicadores:

Objetivo general del programa y un máximo de 3 objetivos específicos, centrados en cambios en el estado de la población diana, acompañados de un indicador que permita la evaluación de resultados.

3. El contexto y el marco teórico:

a. Situación inicial

b. Supuestos básicos/teoría: Identificación y breve descripción del marco teórico en el que se basa la buena práctica.

4. Actividades:

Breve descripción de las actividades realizadas así como identificación de las técnicas utilizadas para la modificación de conductas de riesgo.

a. Persuasión (usar comunicación para inducir sentimientos o acciones)

b. Educación (crear conocimiento y comprensión)

c. Modelamiento (proporcionar modelos a seguir o a imitar, p.ej. adultos tutores, profesores estimuladores, o personajes atractivos con comportamientos deseables)

d. Formación (transmitir habilidades ej. competencias sociales, toma de decisiones)

e. Capacitación (proporcionar posibilidades o reducir obstáculos para fomentar la modificación de conductas, p.ej. dar apoyo escolar, empoderar a padres, tratar el TDAH)

f. Incentivación (crear expectativas de recompensa, p.ej. autoestima al reducir consumo, premios para controlar impulsos)

g. Presión normativa (crear expectativas de punición, vergüenza o incrementar costes, p.ej. aumentando el precio mínimo de alcohol, normas sociales entre pares)

h. Restricción (usar reglas/normas para reducir las oportunidades de los comportamientos a prevenir, p.ej. prohibición de ventas a menores, o de fumar en espacios cerrados)

i. Restructuración de contexto/ambiente (modificar ambientes sociales o físicos, p.ej. bares con mejor ventilación, iluminación, con más clientes femeninos y menos gente intoxicada; barrios con mayor cohesión social; buena protección de menores).

j. Otros (especifique a continuación) Describir otros

5. Programa de formación y materiales producidos

6. Evaluación: Tipo de evaluación e instrumentos utilizados

7. Resultados

8. Valoración:

El porqué el proyecto/programa es valorado como buena práctica: informaciones sobre su aceptabilidad, utilidad y pertinencia percibida por los grupos de interés (incluyendo el grupo diana).

9. Referencias bibliográficas

10. Datos entidad

Las candidaturas recibidas son evaluadas por un equipo de expertos/as externos/as:

- **Gregor Burkhar.**- Máster en Salud Pública. Doctor en Medicina. Desde 2014 es consultor para la CICAD/OEA en cuestiones de reducción de la demanda. Tiene una experiencia de dieciocho años y aporta su especialización en la intersección entre la investigación, la práctica de la implementación y las estrategias políticas.
- **Luis Alfonso Bello.**- Médico psiquiatra venezolano, especialista en Adicciones y Salud Pública (epidemiología). Actualmente es el Asesor Regional para Abuso de Sustancias, en la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Desde 2006 hasta 2011, formó parte del equipo de especialistas de Reducción de la Demanda de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CI-CAD-OEA). En Venezuela, ocupó la Dirección de los programas nacionales de “Prevención y tratamiento de dependencias” y de “Salud mental”, del Ministerio de Salud. Fue Asesor de la Comisión Nacional contra el Uso Ilícito de Drogas (CONACUID) y del Ministerio de Ciencia y Tecnología.
- **Iban de Rementería.**- Licenciado en Filosofía y en Ciencias Políticas. Profesor en diferentes universidades de América Latina. Experto en drogas, desarrollo alternativo y seguridad ciudadana. Funcionario y Consultor de Naciones Unidas, CEPAL, GTZ, e IICA. Autor de varios libros sobre drogas y seguridad ciudadana.
- **Nuria Rodríguez Calleja.**- Directora de la Fundación Grupo Develop. Licenciataria EFQM en evaluación y formación acreditada por el Club de Excelencia en Gestión desde 1997. Auditora ISO 9001 (IRCA). Evaluadora de Premios de Gestión Autonómicos y Premios EFQM. Responsable de Calidad de la Fundación Luis Vives de 2007 a 2009. Directora de Recursos Humanos y Calidad de la Asociación Punto Omega de 2004 a 2007.

Cada buena práctica es valorada, en torno a los criterios de selección establecidos, por un equipo de profesionales independientes.

1. **Innovación.**
2. **Transferibilidad.**
3. **Sostenibilidad.**
4. **Participación de profesionales y personas destinatarias.**
5. **Impacto de la actuación y grado de consecución de los objetivos.**
6. **Pertinencia del proyecto.**
7. **Metodología de evaluación y mejora del proyecto.**

Una vez valorada la candidatura, el equipo evaluador realiza una devolución de la misma, proporcionando el retorno necesario hacia las propuestas que contribuye a la identificación de fortalezas, y a la mejora de los propios programas, contribuyendo al refuerzo de los programas presentados y a la identificación de las mejoras necesarias a nivel global en RIOD. La devolución se agrupa en torno a tres bloques temáticos:

1. **Aspectos consistentes de Buenas Prácticas.**
2. **Aspectos de mejora.**
3. **Otras consideraciones a juicio de los evaluadores.**

De la misma forma se posibilita a las organizaciones que valoren el proceso en torno a los siguientes ítems:

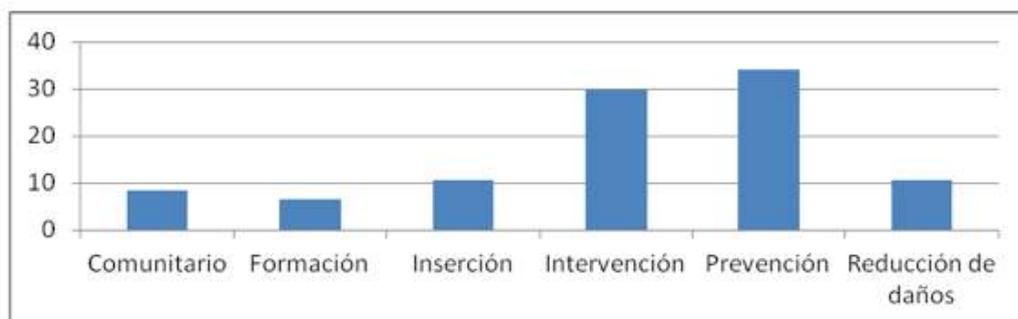
1. **Pertinencia del modelo/ficha.**
2. **Acuerdo y utilidad de los informes.**
3. **Reflexión propiciada en equipos y organización.**
4. **Valoración de la necesidad de una asesoría externa profesional.**

Además, las Buenas Prácticas seleccionadas elaboran un poster que es presentado en las diferentes ediciones de los seminarios anuales iberoamericanos sobre drogas y cooperación de RIOD, con el objeto de contribuir a la difusión de las mismas entre las entidades presentes, configurando un espacio de debate e intercambio entre profesionales. Los poster contienen información sintetizada de la buena práctica, centrada en los elementos innovadores y las claves de éxito y aprendizaje, y son presentados por las y los profesionales de las organizaciones.

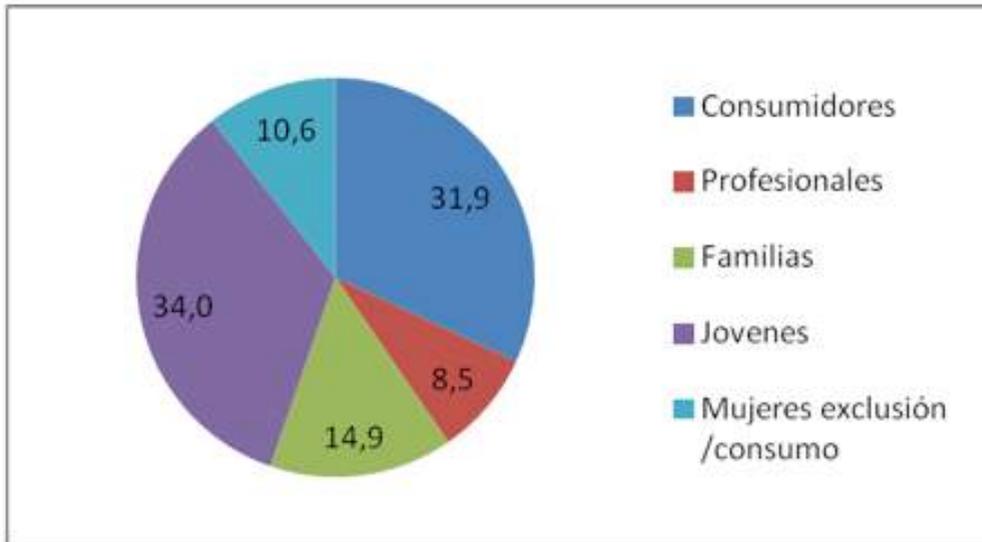
Desarrollo de las Buenas Prácticas:

A lo largo de estas tres ediciones se han recopilado 47 Buenas Prácticas, vinculadas a actividades concretas o a programas y proyectos. En total se han recogido 2 iniciativas transnacionales, 18 buenas prácticas localizadas en España y 27 propuestas de países de América Latina. La participación y puesta en común de Buenas Prácticas de once países del ámbito iberoamericano supone un importante espacio de puesta en común y reflexión sobre el funcionamiento de la red de drogodependencias, de las distintas realidades nacionales, lográndose uno de los objetivos claves del proyecto y configurándose un espacio de comunicación vital para el desarrollo de nuevas iniciativas.

En lo referente a los ámbitos de desarrollo de las Buenas Prácticas presentadas, principalmente se centran en actuaciones vinculadas a prevención e intervención.



En cuanto a la población diana de las Buenas Prácticas recogidas, fundamentalmente ha sido población juvenil, fundamentalmente objeto de programas de prevención, y población consumidora. Un 10% de las buenas prácticas tienen como destinatarias específicas a mujeres consumidoras o en contextos de alto riesgo de consumo.



Respecto a las recomendaciones realizadas por los evaluadores, la devolución de las Buenas Prácticas señala aspectos de mejora, fundamentalmente centrados en el impulso y revisión de procesos de evaluación, vinculados en gran medida a la medición del impacto de los programas y la evaluación de los procesos de los mismos. En algunos casos se realizan aclaraciones sobre la necesidad de explicitar la participación de la población en las actividades y programas, su satisfacción; y, en el caso de ser programas con trayectoria, la explicitación de la incorporación de las mejoras y variaciones producidas por los años de desarrollo.

Buenas Prácticas seleccionadas en esta publicación:

El proceso de selección de las Buenas Prácticas contenidas en esta publicación ha sido similar al de valoración y selección anual. Un comité de personas expertas externas ha revisado la totalidad de buenas prácticas presentadas y seleccionado 17 de las mismas.

Los criterios seguidos en la selección de las mismas son:

- Puntuación obtenida en la valoración de la Buena Práctica por las personas expertas en su respectiva edición
- Revisión de las recomendaciones realizadas a las mismas
- Representatividad y replicabilidad como buena práctica
- Vinculación directa al ámbito de las drogodependencias

A continuación se encuentran las prácticas seleccionadas, como muestra representativa de la iniciativa.

4. Selección de buenas prácticas

4.1. "Protección integral y ayuda contra la drogadicción de niños y adolescentes de la calle. Bolivia, Ecuador, Perú. 4 años".

Centro de Estudios de Problemas Económicos y Sociales de la Juventud (CEPESJU), Perú y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), España.

4.2. "Casa Santa Clara":

Centro de Integración para mujeres de orientación para la vida. Fundación Convivir. Argentina.

4.3. Análisis de drogas dirigido a personas consumidoras: Una práctica de reducción de riesgos.

Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD), España.

4.4. "Desde el Jardín".

Grupo de padres de los viernes. Fundación Proyecto Cambio. Argentina.

4.5. Programa Sísifo. Programa de Intervención Precoz con Drogodependientes en situación de Emergencia Social.

Fundación Erguete - Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), España.

4.6. Centro de Día en el ámbito de las drogodependencias.

Fundación Gizakia – Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), España.

4.7. Centro de Día Adicciones. Tratamiento Urbano de las Adicciones.

Fundación Salud y Comunidad – Unión de Asociaciones y Entidades de atención al drogodependiente (UNAD), ESPAÑA.

4.8. Programa de prevención selectiva e indicada para jóvenes experimentadores de sustancias psicoactivas en el municipio de Itagüí Antioquia-Colombia.

Corporación Surgir, Colombia.

4.9. "Futuro Posible". Programa de Inclusión Educativa.

Fundación Anpuy, Argentina.

4.10. Centro Residencial Portadaex para la desintoxicación y deshabitación de mujeres con problemas de adicción, con o sin hijos/as a cargo.

Asociación para la Prevención, Orientación y Ayuda al drogodependiente (APOYAT) – Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), España.

4.11. Noctámbul@s: Observatorio cualitativo de abusos sexuales en contextos de ocio nocturno y drogas.

Fundación Salud y Comunidad – Unión de Asociaciones y Entidades de atención al drogodependiente (UNAD), ESPAÑA.

4.12. ARIADNA: Programa de Intervención psicosocial sobre drogodependencias en Centros Penitenciarios.

Fundación Atenea, España.

4.13. Servicio de pruebas de alcoholemia en contextos de ocio.

Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD), España.

1. Programa o proyecto:

Convenio AECID FAD 07-CO1-046: “Protección integral y ayuda contra la drogadicción de niños y adolescentes de la calle. Bolivia, Ecuador, Perú. 4 años»

El convenio se presenta como una actuación global en la que sus distintos componentes interactúan y se complementan en la búsqueda de dos grandes objetivos: el desarrollo de recursos preventivos y la mayor protección de las poblaciones diana de niños, niñas y adolescentes en relación con los riesgos derivados de los consumos de drogas, y el reforzamiento de las capacidades institucionales, en esta materia, de las contrapartes locales y de las instituciones y administraciones con las que éstas colaboran.

Proyecto Perú: Convenio AECID FAD 07-CO1-046 “Desarrollo de propuestas integrales de intervención en materia de prevención de drogodependencias y otros riesgos, con la población de niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad”

a. Resumen ejecutivo (breve descripción del proceso)

La intervención se localizó en 3 distritos situados al Sur de Lima Metropolitana, (San Juan de Miraflores – SJM-, Villa María del Triunfo –VMT- y Villa El Salvador –VES-), que se constituyen en barrios populares caracterizados por tener aproximadamente un 60% de población en condición económica media y pobre, y cuyo grueso poblacional está conformado mayoritariamente por población adolescente y juvenil (aproximadamente un 65%. Existiendo en este espacio territorial un riesgo latente y vulnerabilidad que atenta contra la integridad de niños/as y adolescentes expresado en problemas como: embarazo precoz, delincuencia, pandillaje y consumo de drogas etc. problemáticas que afectan la expectativas de vida de estos.

El proyecto desarrollado ha incluido el diseño de estrategias de orden metodológico y formativo; de intercambio y trabajo compartido con entidades gubernamentales; de elaboración de instrumentos técnicos y, de un canal de comunicación abierto y útil, para generar una cultura de intercambio y avance común en las estrategias implementadas para el trabajo preventivo dirigido a niños/as y adolescentes en dificultad social. El proyecto desarrollado se fundamenta en:

- El desarrollo de un modelo e instrumentos de intervención para la prevención del consumo de drogas y otros riesgos psicosociales en niños/as, adolescentes y jóvenes vulnerables en convergencia con las políticas públicas vigentes.
- Desarrollo de una acción a través de estrategias integrales para la formación, el establecimiento de compromisos y acciones de los entes locales, con el fin de dar una respuesta oportuna y acertada a los problemas de drogas, riesgos sociales y marginalidad que afecta a niños/as, adolescentes y jóvenes ejecutándose procesos de formación y fortalecimiento de las capacidades y habilidades de personal del ámbito educativo, comunitario y sanitario en materia de prevención de los problemas de drogas y otros riesgos a través de la formación on-line.
- Actuación con población niño/a, adolescente y juvenil para potenciar su formación en desarrollo personal, a través de la puesta en marcha de programas preventivos que les permitan actuar para reducir los riesgos frente a los problemas de drogas, riesgos sociales y marginalidad.
- Potenciar la labor que desarrollan las instituciones educativas y las organizaciones de base comunitaria, buscando que ejecuten programas preventivos de desarrollo integral del individuo y de desarrollo comunitario respectivamente, las que se incluyan de manera transversal en sus programaciones institucionales/organizacionales.
- Las estrategias de intervención utilizadas desde la prevención han seguido una metodología sujeta a revisión constante, que tiene como vértices las propuestas ligadas a la educación, la participación y la vertebración social.

Tipo de Intervención:

Tipo	Prevención	Tratamiento	Inserción social	Reducción de daños	Otros
		<i>Tipo programa</i>	<i>Tipo programa</i>	<i>Tipo programa</i>	<i>Formación, Asesoramiento...</i>

Tipo	Prevención	Tratamiento	Inserción social	Reducción de daños	Otros
	- <i>Modalidad Inespecífica</i>				

b. Descripción de los beneficiarios directos e indirectos

Para el proyecto es beneficiario aquel individuo varón o mujer, niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos con exposición moderada o alta a riesgos sociales, pertenecientes a tres distritos de la zona sur de Lima Metropolitana: Villa El Salvador, Villa María del Triunfo y San Juan de Miraflores, y que participan de las actividades del proyecto. Esta participación podrá ser continuada, sostenida o eventual.

1er. Nivel.

Los beneficiarios de los programas preventivos y dispositivos de información, orientación y atención receptores primarios de la intervención: Niños, niñas, adolescentes y jóvenes de instituciones educativas de nivel primaria, secundaria y técnico ocupacional en situación de riesgo social moderado a alto comprendidos entre los 10 y 29 años de edad residentes en los distritos de intervención Adultos y jóvenes participantes en los programas preventivos familiares y comunitarios.

2do. Nivel.

Docentes de las instituciones educativas y CETPRO's que desarrollan actividades preventivas. Líderes y representantes de organizaciones e instituciones familiares de base comunitaria, adolescentes y jóvenes líderes pertenecientes a organizaciones juveniles de los distritos de Villa El Salvador, Villa María del Triunfo y San Juan de Miraflores y Profesionales de los establecimientos municipales y de salud que participan de las actividades preventivas.

3er Nivel.

Las familias, comunidades y población en general que serán sujetos de las acciones de sensibilización y difusión acerca de las actividades que desarrolla el proyecto

c. Número de beneficiarios directos e indirectos

Nº Beneficiarios	Beneficiario	Hombres	Mujeres
directos	Mediadores escolares formados y liderando los proyectos de prevención escolar	180	300
	Tres programas de prevención escolar de los problemas de drogas, riesgos sociales y marginalidad.	4620	6680
	Mediadores sociales de los centros comunitarios de referencia formados y liderando los proyectos de prevención comunitaria	90	210
	Un proyecto de prevención comunitaria de las drogodependencias, los riesgos sociales y la marginalidad.	140	260
	Dispositivos de atención compensatoria para la protección de niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad en función de las realidades y necesidades de cada zona de referencia.	150	450
Nº Beneficiarios indirectos		15540	23700

d. Ubicación/País

País: Perú

Provincia de Lima- Zona Sur de Lima Metropolitana

Región: Lima

Distritos: San Juan de Miraflores, Villa El Salvador y Villa María del Triunfo

e. Fechas de ejecución

Mayo 2008 – abril 2012

2. Objetivos e Indicadores:

a. Objetivo General:

Mejorada en Perú la situación actual y las expectativas de futuro de los colectivos de niños/as y adolescentes vulnerables, desde la prevención de drogodependencias y otros riesgos psicosociales

b. Objetivos Específicos e indicadores de resultados

Objetivo específico 1

Desarrolladas la competencia, la implantación y la capacidad de interlocución de las instituciones locales, y desarrollado un modelo y unos instrumentos regionales para la prevención de problemas de drogas y otros riesgos psicosociales en niños, niñas y adolescentes vulnerables”, y para la formación de mediadores y profesionales del sector

Indicadores del resultado 1

- Al finalizar el Convenio, 70% de las entidades gubernamentales de referencia participan de forma activa en las reuniones de coordinación interinstitucional y en las acciones propuestas dentro del Convenio para asegurar su desarrollo y viabilidad final.
- Concluido el Convenio, el 100% de las OL's se han apropiado de los materiales y los utilizan habitualmente en sus labores de prevención, a raíz de los cuales diseñan propuestas de intervención en base a estas metodologías y contenidos compartiéndolas con al menos 10 OL's y OG's de su entorno de trabajo.
- A lo largo del Convenio, el 100% de los recursos humanos de las OL's implicados en el Convenio se beneficia de los procesos formativos y participa de forma activa en los intercambios de la Red Regional de información. Al menos un 80% aplica las metodologías de formación en prevención en su trabajo cotidiano.
- 1 INTRANET puesta en marcha como instrumento de coordinación e intercambio de información entre las OL's a partir del primer año del Convenio, y en funcionamiento una vez finalizado.
- Al término del Convenio, el 70% de los beneficiarios directos del Convenio informan y difunden los contenidos de los materiales audio-visuales utilizados en el Convenio.
- Se han desarrollado el 100% de las acciones de visibilidad y de sostenibilidad planteadas en el Convenio al finalizar el Convenio.
- A lo largo del convenio, 1 plataforma on-line en funcionamiento y utilizada por las OLS para la capacitación de profesionales y mediadores.
- 70 % de los participantes en los cursos de la plataforma on-line alcanza la certificación de haber superado el proceso formativo al finalizar el Convenio.
- Durante el convenio, el 100% de las OLS participa activamente en la definición del diseño del estudio de percepciones y se comprometen a aplicar los resultados y conclusiones como marco de referencia para futuras intervenciones.
- A lo largo del Convenio, el 100% de las OL's adoptan y cumplen los procedimientos de seguimiento y evaluación adoptados en conformidad a la normativa de la AECID.
- Se ha desarrollado 1 informe de buenas prácticas del Convenio que será socializado e integrado en las metodologías futuras de las OL's durante el último año del Convenio.

Objetivo específico 2

Desarrollada y consolidada, en las comunidades de referencia, una experiencia de prevención de problemas de drogas y otros riesgos psicosociales, a partir de un trabajo integral de educación, formal y no formal, y de acciones de intervención comunitaria, dirigidas a población vulnerable.

Indicadores del resultado 2

- Durante los 4 años de duración del Convenio, 1 programa de prevención escolar desarrollado con instituciones educativas (colegios y CETPRO's seleccionados) que involucra al 80% de la población total docente.
- 70% de docentes mediadores desarrolla actividades preventivas conformes a las metodologías formativas diseñadas en el Convenio a lo largo de su duración.
- 70% de la población estudiantil total de las instituciones educativas se beneficia de las actividades de los programas de prevención escolar, de los cuales el 60% adquiere mejores habilidades y destrezas para afrontar los riesgos psicosociales, al finalizar el Convenio
- Durante los 4 años de duración del Convenio, 1 programa de prevención comunitaria desarrollado por mediadores sociales, que incluye 1 intervención por distrito con padres, madres o responsables de familias y 1 intervención por distrito con niños, niñas y adolescentes, incluidos en los planes de actuación social de las instituciones y organizaciones comunitarias a las que pertenecen los mediadores sociales.
- 70% de mediadores sociales desarrolla actividades preventivas conformes a las metodologías formativas diseñadas en el Convenio a lo largo de su duración.
- 60% de la población total de las instituciones y organizaciones comunitarias se benefician de las actividades de los programas de prevención familiar, de los cuales el 60% adquiere habilidades y destrezas para la mejora en su convivencia e integración familiar, al finalizar el Convenio.
- Al término del Convenio, se cuenta con 3 Centros de Información y Orientación Juvenil (CIOJ's) en funcionamiento cumpliendo funciones dinamizadoras en el espacio de intervención, con proyección desde los CETPRO's hacia la comunidad.
- Durante los 4 años de duración del Convenio, 1 programa de desarrollo integral implementado en los CETPRO's que beneficia al 70% de la población total estudiantil, de los cuales el 70% adquiere mejores habilidades y destrezas para afrontar los riesgos psicosociales y 25% adquiere capacidades en materia sociolaboral y microempresas.
- Implementado durante la duración total del Convenio, un programa de becas que beneficiará a un 25% de la población total estudiantil de los CETPRO's.
- 3 CETPRO's de las zonas de intervención desarrollan ofertas educativas más completas al mejorar en un 60% sus condiciones de infraestructura y de equipamiento en las especialidades de mayor demanda, al terminar el Convenio.
- A lo largo del Convenio, 1 estrategia de apoyo a la inserción escolar y de atención compensatoria para niños, niñas y adolescentes: 3 funcionando en los Municipios y 3 en centros del ámbito sanitario

3. El contexto y la teoría:

a. Situación inicial

El Perú es en esencia un país joven ya que el 32% de la población total tiene menos de 15 años y el 28,1% tiene entre 15 y 29 años y la ciudad de Lima Metropolitana concentra cerca del 30 por ciento de la población total, equivalente a los seis departamentos más poblados del país. El 54% de las familias peruanas están en condiciones de pobreza y el 14% vive en condiciones de extrema pobreza.

Son los adolescentes, conjuntamente con los jóvenes, los más vulnerables al uso y abuso de drogas, el Estudio Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas en estudiantes de secundaria 2005 realizado por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin drogas (DEVIDA) reporta que seis de cada diez estudiantes de secundaria ha consumido alguna sustancia legal en algún momento de su vida y nueve de cada cien estudiantes, ya se ha iniciado en el consumo de alguna sustancia ilícita en lo que va de su vida y la edad promedio de inicio del consumo de drogas se ubica entre los trece y los catorce años en todas las sustancias, sin que se registren diferencias significativas entre hombres y mujeres. Esta edad de inicio del consumo coincide con el ingreso a la adolescencia, etapa en la que enfrentan una serie de condiciones críticas inherentes a su desarrollo, sumado a problemas emocionales, déficits de comunicación, violencia, problemas de adaptación en la escuela o al grupo de pares, la disponibilidad de drogas en el entorno, entre otros, que son algunos de los factores de riesgo que el adolescente enfrenta en este contexto y los hace personas más vulnerables al consumo de drogas.

La población mayoritaria de San Juan de Miraflores son jóvenes y niños: el 27,8% de la población son menores de 15 años y si sumamos a esto el grupo de 15 a 29 años (27,7%) claramente se configura como una de las características demográficas más importantes del distrito

La población de Villa María está compuesta en su mayoría por jóvenes cuyas edades fluctúan entre los 15 y 35 años de edad, que es a la postre su fortaleza. Del total de la población, el 57.25% es pobre, mientras que el 22.20% se encuentra en situación de pobreza extrema.

Villa El Salvador, es uno de los diez distritos de Lima Metropolitana, donde se concentra la pobreza y existe también un margen de población distrital en situación de extrema pobreza debido a la inaccesibilidad a los servicios básicos, al desempleo y subempleo y al bajo nivel de escolaridad y presencia de analfabetismo, ante esta problemática, se deduce que la su población sufre exclusión social y económica.

Ante este panorama macro de la situación social y económica en nuestro país urge desarrollar iniciativas que busquen prevenir la aparición y frecuencia de problemáticas en niños, adolescentes y jóvenes, propuestas como las del presente proyecto que buscan aportar a la mejora de la calidad de vida de estos grupos poblacionales.

4. Supuestos básicos/teoría

- Existencia de un marco legal que da soporte a la intervención en el ámbito educativo (lineamientos de tutoría y orientación educativa del Ministerio de Educación) y en reducción de la demanda (Estrategia nacional de lucha contra las drogas – DEVIDA), atención en salud mental (lineamientos para la atención de salud mental y etapa vida adolescente –MINSa).

-Respaldo político de la intervención y estabilidad que garantiza el desarrollo de las actividades del proyecto.

-Temática de intervención relacionada con la vigencia del cumplimiento de derechos humanos.

-Apertura política para el desarrollo de intervenciones con enfoques de prevención en sus diferentes modelos.

-Capacidad de comunicación y disposición para la concertación entre diversos actores

-Prioridad de atención a la problemática abordada en el proyecto, en razón a las políticas sociales vigentes.

5. Participación de los destinatarios

- Los beneficiarios que participaron de forma continua y que se han involucrado en las acciones del proyecto siendo parte de los procesos de fortalecimientos de capacidades como agente preventivos
- Los miembros y representantes de instituciones y/o organizaciones que formados como mediadores sociales han incorporado un nuevo rol a sus desempeños sociales siendo a partir del proyecto actores activos en la ejecución de acciones de reducción de la demanda en sus propios contextos de desenvolvimiento.
- Instituciones públicas conformadas por los equipos técnicos de las entidades de gobiernos: El Ministerio de Educación Ministerio de Salud, y Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables que tuvieron una participación activa como expertos en la temática y que dieron sus opiniones técnicas para el Diseño de los cursos de formación online, asimismo fueron asesores durante el desarrollo de los cursos.
- Entidades del ámbito educativo local (Instituciones Educativas) y de Salud (Establecimientos de Salud) quienes desde el inicio de la intervención con el proyecto firmaron compromisos para su participación en las acciones del proyecto, cada institución designó un representante para desarrollar las coordinaciones de la ejecución siendo el nexo para canalizar todas iniciativas y planteamientos desarrollados en materia preventiva.
- Desarrollo de mesas de seguimiento con tomadores de decisiones para alcanzar los logros en las acciones ejecutadas en el marco del proyecto y su conexión y aporte a la concreción de las políticas públicas.



6. Actividades

- Se han identificado y firmado los convenios de colaboración con los centros escolares seleccionados para el desarrollo de los "programas de prevención escolar de drogodependencias y otros riesgos sociales". Del mes 1 al 6 del convenio.
- Se han llevado a cabo y evaluado los procesos formativos para la capacitación y reciclaje de los profesores de los centros de referencia del convenio, al inicio del segundo semestre del ejercicio.
- Se ha mantenido abierta desde el sexto mes del convenio, un "aula virtual de formación permanente" que, atendida por los técnicos de las OL's, han dado cobertura a las demandas puntuales realizadas por los profesores que han liderado la aplicación de los programas preventivos en los centros escolares incluidos en el convenio.
- Desarrollados desde el sexto mes y en base al modelo de intervención recogido en el convenio y plasmado en los materiales 01 programa de prevención escolar de los problemas de drogas, riesgos sociales y marginalidad (uno x país), orientados a los niños y adolescentes de las comunidades de referencia, teniendo presentes las singularidades de los territorios intervenidos: 3 Centros de Formación Ocupacional CETPROS u otros, 24 colegios y 14,000 alumnos (9.000 mujeres y 5.000 varones)
- Desarrolladas a lo largo de todo el convenio e implementadas anualmente en base a los procesos de reciclaje y formación así como, de la incorporación de los nuevos materiales
- Identificadas, comprometidas y fortalecidas 15 asociaciones y ONG's y 30 organizaciones de base comunitaria. Del mes 1 al 6 del convenio.
- Seleccionados y formados en procesos formativos de capacitación y reciclaje a lo largo del proyecto 150 mediadores familiares (120 mujeres y 30 hombres) y 300 mediadores
- Desde el sexto mes del convenio, se ha implementado y mantenido en funcionamiento una "aula virtual permanente de formación y animación socio-cultural para los mediadores sociales"
- Diseñado, desde el sexto mes del convenio y en base al modelo de intervención, 3 proyectos de prevención comunitaria de las drogodependencias, los riesgos sociales y la marginalidad, orientados a 300 niños y adolescentes de las comunidades de referencia y a 100 familias, implementado a lo largo del proyecto
- Insertado los proyectos preventivos en los planes de las organizaciones familiares a partir del sexto mes del proyecto
- Implementados en Lima a lo largo de los cuatro años de duración del convenio tres dispositivos de formación ocupacional y profesional que, creados a partir de las infraestructuras y equipos humanos de los CETPROS u otras instituciones de formación ocupacional, han ofertado un proceso de capacitación y de elaboración de un proyecto de vida a adolescentes en grave riesgo social y en situación de "en la calle".
- Durante los cuatro años implementado un programa de desarrollo integral en los CETPROS que beneficiará a 2.400 alumnos de los cuales 1.400 serán mujeres. Se estima que el primer año de Convenio se beneficien 600 alumnos de los cuales 350 serán mujeres
- Remodelada en el primer y segundo año del Convenio la infraestructura de los CETPROS
- Equipados durante el primer y segundo año los diferentes talleres ocupacionales de los CETPROS.
- Implementado durante los cuatro años un programa de becas para acceder a la formación ocupacional que tendrá una cobertura de 200 alumnos por año, de los cuales 120 serán mujeres y 80 hombres.
- Desde el sexto mes del convenio, desarrollada una estrategia de apoyo a la inserción escolar: contención del abandono de los estudios y creación de dispositivos de educación compensatoria en el seno de las OL's.

7. Programa de formación y materiales producidos

La Propuesta del proyecto apuesta por mejorar la capacidad de actuación de los actores aumentando su participación en el medio social. Se ha desarrollado 02 tipos de formaciones:

- Formación de mediadores educativos y sociales fortaleciendo sus capacidades como agentes preventivos activos ejecutando un Programa Preventivo que se ajuste a las necesidades de sus instituciones, organizaciones y poblaciones

- Formación online dirigido a profesionales de 03 ámbitos de intervención como facilitadores de prevención del consumo de drogas (Docentes, profesionales que trabajan en comunidad: de municipios, instituciones públicas y de la sociedad civil, y profesionales que realizan atención primaria en salud: médicos, psicólogos, trabajadoras sociales, enfermeras, obstetras y técnicos en enfermería)

Se han desarrollado los siguientes materiales formativos

- Cuaderno de Actividades PIDE Educativo, Familiar y Comunitario, material didáctico para el desarrollo de acciones preventivas por mediadores educativos y sociales.

- Cuaderno de Trabajo PIDE Educativo, Familiar y Comunitario, material didáctico para el desarrollo de acciones preventivas por mediadores educativos y sociales.

- Módulos de Formación Online para la Facilitadores Educativos.

- Módulos de Formación Online para la Facilitadores Comunitarios.

- Módulos de Formación Online para la Facilitadores de Salud.

- Manual de Aula Permanente de Formación Virtual.

- Protocolo de atención del Centro de Información y Orientación Juvenil – CIOJ

- Materiales informativos sobre temas diversos para atención en el Centro de Información y Orientación Juvenil – CIOJ (Autoestima, comunicación, ITS, Drogas, Sexualidad, VIH Sida).

8. Evaluación

- Todas las actividades del proyecto estaban consideradas en el Plan Operativo – PAC's que eran formulados año a año, este instrumento permitió desarrollar un proceso de seguimiento continuo a la intervención en el proyecto

- El proyecto estipuló además la ejecución de una Evaluación de medio término que permitió realizar los ajustes necesarios para el logro de las metas y objetivos planteados por el proyecto. Y además implementar estrategias suficientes para la incorporación de actores y el trabajo de las acciones de sostenibilidad.

- Como el proyecto fue ejecutado por dos organizaciones locales con periodicidad mensual se revisaban los logros de las estrategias implementadas así como el avance en el alcance de las metas.

9. Resultados

• Los mediadores incorporados en el proyecto han fortalecidos sus habilidades y capacidades para la actuación preventiva. Siendo identificados por sus comunidades como líderes y referentes de una cultura preventiva y promotora de habilidades sociales y hábitos saludables

• Se han desarrollado 06 cursos de formación on line de facilitadores en prevención del consumo de drogas.

• Se han desarrollado procesos de formación que ha beneficiado a 894 actores preventivos entre docentes, líderes y representante de organizaciones e instituciones locales y 14100 son los beneficiarios de las acciones preventivas desarrolladas por mediadores.

• Se ha trabajado con el 95% de las instituciones/organizaciones educativas y comunitarias; los programas preventivos elaborados se han desarrollado a partir de algunas necesidades, problemáticas e inquietudes detectadas por los mediadores dentro y fuera de su comunidad educativa o social.

• De la atención brindada por los CIOJ's (7749 usuarios) 3309 recibieron atención psicológica en los CIOJ's, y 4440 son beneficiados de los talleres de desarrollo integral y las acciones de proyección a la comunidad.

10. Valoración porque el proyecto/programa es valorado como buena practica

• Consideramos que el desarrollo de las buenas prácticas de este proyecto se centra en los procesos de desarrollo de los cursos de formación y fortalecimiento de las capacidades y habilidades del personal en materia de prevención de los problemas de drogas y otros riesgos sociales ejecutadas desde una plataforma de formación on-line instalada por el proyecto.

• Se valora muy positivamente el proceso de incorporación y apropiación progresiva en los tres ministerios de la propuesta de formación on line y su participación activa en los cursos de formación on line que en la actualidad se gestionan desde DEVIDA en coordinación con los tres sectores de intervención.

• Se elaboraron guías para la atención Servicios de Atención Compensatorias (CIOJ's) los que han permitido dejar un modelo de intervención en primer nivel de atención en problemas de drogas y otros riesgos, asimismo existe la necesidad de incorporar este tipo de servicios en los colectivos de referencia, habiendo sobrepasado las metas inicialmente planteadas.

11. Referencias bibliográficas

• III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General del Perú 2006, http://www.devida.gob.pe/images/documentacion/Encuesta_Nacional_De_Consumo_De_Drogas.pdf

• DEVIDA – CEPESJU / Altamirano Nilda y Campos Julia, "Guía de información básica de Drogodependencias", editora gráfica AVANFIT, Lima, 2005

12. Contacto:

- a. Nombre: Julia Margarita Campos Guevara
- b. Dirección: Av. Ignacio Merino 1855-301
- c. Municipio: Lince Provincia: Lima País: Perú
- d. Teléfono: 4713587
- e. Correo Electrónico: jmcampos@terra.com.pe, juliacamposguevara@gmail.com
- f. Sitio Web: www.cepesju.org
- g. Resumen breve de la misión y el enfoque de la organización:
Persona Contacto.
 - a. Nombre: Julia Margarita Campos Guevara
 - b. Cargo: Directora Institucional Teléfono:4713587
 - c. jmcampos@terra.com.pe, juliacamposguevara@gmail.com

13. Información adicional

- Número de personas participantes:
14994 participantes
- Equipo y profesionales:
8 profesionales de las ciencias sociales, humanas y de la salud
- Tipo de evaluación (interna/externa)
interna
- Otros:
ONGD Española: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción - FAD



1. Programa o proyecto:

"Casa Santa Clara"

Centro de Integración para mujeres de orientación para la vida

a. Resumen ejecutivo (breve descripción del proceso)

El presente proyecto surge como resultado del trabajo de articulación que la fundación viene desarrollando en la comunidad, con las organizaciones de base presentes en la misma (por ejemplo curas villeros) y las iniciativas que los gobiernos locales ponen a disposición para el abordaje de poblaciones vulnerables (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires), todo ello desde la perspectiva de producir un encuentro entre procesos de abajo hacia arriba (auto-organización de la comunidad) y procesos de arriba hacia abajo (políticas públicas).

Esta iniciativa se desarrolla desde hace 3 años. Enmarcado en una metodología de investigación en la acción, se comenzó realizando un diagnóstico estratégico utilizando como herramienta el SiDiEs – Sistema de Diagnostico Estratégico – dentro del marco teórico del Tratamiento con Base Comunitaria – modelo ECO2 – Epistemología de la Complejidad, Ética y Comunitaria. Como resultado del SiDiEs, se redefinió el objetivo del dispositivo a desarrollar y la población beneficiaria.

Inicialmente se conforma la red operativa, integrada por técnicos y profesionales de la fundación asignados al proyecto, junto con los líderes barriales, vecinos, agentes y promotores de la comunidad. Esta red articula los recursos comunitarios y brinda apoyo humano, logístico, material, simbólico e institucional, y se fortalece la red subjetiva comunitaria.

Como estrategia de desarrollo se adquiere una casa dentro de la villa urbana 21-24 Barracas, Buenos Aires, que se constituye como sede del dispositivo para facilitar la interacción con las adolescentes y jóvenes que participan.

Desde el inicio hasta la fecha, el proyecto desarrolla un abordaje comunitario integral de las adicciones y las situaciones críticas asociadas, basado en brindar un dispositivo de bajo umbral, con la prestación de servicios que aumentan en cantidad y calidad la complejidad de los mismos. Todo ello en función de construir en conjunto con las jóvenes mujeres que participan un proyecto de vida y de dinamizar sus propias redes subjetivas, con el objetivo de contar con mayores recursos que les permitan salir de las condiciones de vulnerabilidad.

b. Tipo de intervención

Tipo	Prevención	Tratamiento	Inserción social	Reducción de daños	Otros
	X	X	X	X	X

c. Descripción de los beneficiarios directos e indirectos

Las beneficiarias directas son jóvenes mujeres de 13 a 21 años que presentan diferentes problemáticas como el consumo de sustancias psicoactivas, embarazo adolescente, violencia familiar y sexual, abandono, falta de acceso a los servicios convencionales, entre otras situaciones que las ubican en una progresiva zona de riesgo, en términos de su condición de vulnerabilidad y sufrimiento social.

Los beneficiarios indirectos son las familias, amigos, referentes de las jóvenes que asisten al programa, los vecinos y las organizaciones e instituciones que operan en el barrio.

d. Número de beneficiarios directos e indirectos

Nº Beneficiarios directos 100

Nº Beneficiarios indirectos 1000

e. Ubicación/País

En la Villa urbana 21-24-NTH Zavaleta ubicada en el Barrio Barracas,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

2. Objetivos e Indicadores

El proyecto comenzó a implementarse en Mayo de 2013 y continúa a la fecha.

a. Objetivo General:

Generar una estrategia integral de abordaje con la población objeto de la intervención, que permita mejorar las condiciones de vida por medio de la reducción o disminución de las conductas de riesgo y de sus consecuencias críticas asociadas.

b. Objetivos Específicos e indicadores de resultados

Objetivo específico 1 :

DESARROLLAR UN DISPOSITIVO COMUNITARIO DE BAJO UMBRAL (ACCESIBILIDAD), CON UN PROGRESIVO NIVEL DE COMPLEJIDAD (SERVICIOS PRESTADOS) EN FUNCIÓN DE LAS PROBLEMÁTICAS PRINCIPALES DE LA POBLACIÓN OBJETO DE LA INTERVENCIÓN.

Indicadores del resultado 1

- Sistema de Diagnostico estratégico implementado en la comunidad.
- Dispositivo conformado y en funcionamiento de acuerdo a las necesidades detectadas en el diagnostico
- Conformación y capacitación del equipo técnico y los operadores comunitarios

Objetivo específico 2:

DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN QUE MEJOREN LAS CONDICIONES DE VIDA DE LAS BENEFICIARIAS DEL PROYECTO, QUE CONTEMPLAN LOS 5 EJES DEL TRATAMIENTO COMUNITARIO: PREVENCIÓN, ASISTENCIA BÁSICA Y REDUCCIÓN DEL DAÑO, EDUCACIÓN Y REHABILITACIÓN, CURA MÉDICA Y PSICOLÓGICA, OCUPACIÓN Y TRABAJO.

Indicadores del resultado 2

- Dispositivo como espacio de referencia y acogida para las beneficiarias del proyecto
- Implementación de iniciativas de reducción del daño en situación de consumo problemático.
- Acceso de los beneficiarios a recursos de educación formal e informal.
- Cantidad de prestaciones médicas y psicológicas a las que acceden las beneficiarias
- Desarrollo sustentable de vínculos con el ámbito laboral formal e informal.

Objetivo específico 3

FORTALECER LA RED SUBJETIVA DE LAS BENEFICIARIAS QUE PARTICIPAN DEL DISPOSITIVO Y FACILITAR LA ACCESIBILIDAD A LA RED DE RECURSOS COMUNITARIOS.

Indicadores del resultado 3

- Ampliación de la red subjetiva de los beneficiarios del proyecto.
- Construcción de una red subjetiva alternativa al consumo.
- Identificación y uso de la red de recursos comunitario.

3. El contexto y la teoría

a. Situación inicial

Las mujeres constituyen una población oculta, de difícil acceso y fuertemente estigmatizada por el consumo de sustancias psicoactivas, el embarazo adolescente, la violencia familiar y sexual, entre otras. Esta situación de exclusión e invisibilidad que se evidencia en el mercado de trabajo, el sistema de bienestar o protección social y en los hogares, también se percibe en la escasa oferta de opciones de contención y tratamiento.

b. Supuestos básicos/teoría

-La intervención se focaliza en las redes (subjetiva, subjetiva comunitaria y operativa comunitaria) más que en las personas.

-Las potencialidades de cambio se fortalecen a través de la construcción de redes alternativas.

-El consumo de sustancias psicoactivas es una de las formas de sufrimiento social y su abordaje desde la comunidad representa un camino alternativo de intervención en contextos de alta vulnerabilidad.

-El abordaje, diagnóstico e intervención debe ser a través de los líderes de opinión, las minorías activas, considerando la historia de la comunidad, ritos y mitos, los elementos sociológicos, los temas generadores y la identificación y descripción de los conflictos de base en el interior de la comunidad.

-El cambio debe surgir de un proceso continuo de investigación en la acción y formación en la acción en y con la comunidad, a través del desarrollo de la escucha y el acompañamiento.

Trabajar sobre las representaciones sociales que juegan un papel importante en la exclusión social y en la construcción de los problemas.

4. Actividades

- Escucha y Orientación continúa.
- Talleres de prevención y reducción del daño
- Talleres sobre sexualidad, habilidades psicosociales, autoestima y cuidado personal.
- Articulación con servicios sociales y de salud a través del acompañamiento y derivación.
- Sesiones de psicoterapia para las beneficiarias del proyecto.
- Apoyo escolar y clases de inglés.
- Capacitación laboral.
- Trabajo en calle y en domicilios.

Indique las técnicas de modificación de comportamiento aplicadas en la intervención (En rigor, todos los componentes de intervenciones preventivas podrían ser atribuidas a una o varias de las 9 funciones listadas aquí):

- Persuasión (usar comunicación para inducir sentimientos o acciones)
- Educación (crear conocimiento y comprensión)
- Modelamiento (proporcionar modelos a seguir o a imitar, p.ej. adultos tutores, profesores estimuladores, o personajes atractivos con comportamientos deseables)
- Formación (transmitir habilidades ej. competencias sociales, toma de decisiones)
- Capacitación (proporcionar posibilidades o reducir obstáculos para fomentar la modificación de conductas, p.ej. dar apoyo escolar, empoderar a padres, tratar el TDAH)
- Incentivación (crear expectativas de recompensa, p.ej. autoestima al reducir consumo, premios para controlar impulsos)
- Presión normativa (crear expectativas de punición, vergüenza o incrementar costes, p.ej. aumentando el precio mínimo de alcohol, normas sociales entre pares)
- Restricción (usar reglas/normas para reducir las oportunidades de los comportamientos a prevenir, p.ej. prohibición de ventas a menores, o de fumar en espacios cerrados)
- Reestructuración de contexto/ambiente (modificar ambientes sociales o físicos, p.ej. bares con mejor ventilación, iluminación, con más clientes femeninos y menos gente intoxicada; barrios con mayor cohesión social; buena protección de menores).
- Otros (especifique a continuación)

Describir otros:

- Intervención sobre los nodos y vínculos de las redes sociales de los sujetos

5. Programa de formación y materiales producidos

- Se realizan encuentros periódicos de formación para el equipo.
- Seminario con certificación universitaria: Introducción al Tratamiento con Base Comunitaria – UMSA.
- Reunión semanal del equipo para revisión de los procesos.
- Se lleva registro a través de diarios de campo, hoja de primer contacto, hoja clínica para la sistematización de la información y posterior evaluación.

6. Evaluación

- Interna: Se realiza en forma periódica estudio de casos y una evaluación a través del SPICL – Programa y Procesos Individuales en Comunidades Locales – que permite evaluar los procesos de cambio subjetivos.
- Externa: Se lleva adelante mediante el cuestionario de evaluación del tratamiento comunitario (CBT). El mismo busca codificar, ponderar y evaluar el cambio en las conductas /contextos/prácticas de riesgo, lo que permite analizar y entender cuál es el resultado de las acciones del tratamiento comunitario llevadas adelante.

7. Resultados

En el programa a lo largo del tiempo que lleva operando, se destaca:

- la consolidación de un dispositivo de bajo umbral con un continuo y progresivo desarrollo de los servicios que se prestan en función de abordar las adicciones y las situaciones críticas asociadas.
- la participación creciente de los beneficiarios y la ampliación de sus redes subjetivas a través del fortalecimiento de vínculos de confianza con pares y con institucionales formales e informales.
- creciente participación de la comunidad en las actividades barriales que se realizan desde el dispositivo.
- integración con el afuera de la villa urbana, a través de actividades recreativas programadas que permiten a las jóvenes mujeres incluir a toda la ciudad (fuera de los márgenes de su barrio en la villa) como parte de su hábitat de desarrollo.
- reinserción educativa en la escolaridad a nivel primaria y secundaria de varias jóvenes que habían abandonado su asistencia.
- aumento de la demanda de participación de jóvenes mujeres.

8. Valoración porque el proyecto/programa es valorado como buena practica: informaciones sobre su aceptabilidad, utilidad y pertinencia percibida entre el los involucrados (incluyendo el grupo diana).

Este proyecto se valora por la forma en que da respuesta a las necesidades de las jóvenes mujeres en la villa urbana 21-24, en términos de contar con un dispositivo, que permite la accesibilidad a diferentes tipos de servicios.

Este dispositivo les posibilita encontrar un espacio de escucha, orientación, contención, acompañamiento y respuesta que lleva al abordaje de las diferentes problemáticas y les permite ampliar su red subjetiva con nodos alternativos.

Asimismo facilita el trabajo conjunto para la construcción de un proyecto de vida saludable como alternativa a la repetición de las historias familiares que desencadenan y sostienen la exclusión.

9. Referencias bibliográficas

Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave. Efreml Milanese,

-Tratamiento Comunitario. Manual de trabajo – E. Milanese

- Psicología de las Minorías Activas – Serge Moscovici.

-La teoría de las representaciones Sociales – Serge Moscovici.

-Redes sociales y farmacodependencias. Aportes para la intervención – Juan Machín –E. Milanese, R. Merlo.

10. Datos entidad:

a. Nombre: FUNDACION CONVIVIR

b. Dirección: Gallo 950

c. Municipio: Ciudad de Buenos Aires ----- País: Argentina

d. Teléfono: 54 11 4866 2422 /1365----- FAX: 54 11 4866 2422 /1365

e. Correo Electrónico: convivir@convivir.org / info@convivir.org

f. Sitio Web: www.convivir.org

a. Resumen breve de la misión y el enfoque de la organización:

Fundación CONVIVIR tiene como objetivo la promoción de la salud, la prevención de las adicciones y el tratamiento para personas con problemas por consumo de sustancias psicoactivas. Desarrolla distintos programas en, con y a través de la comunidad para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y su integración social y cuenta con un Centro Ambulatorio de Tratamiento de las Adicciones.

Persona de contacto

- a. Nombre: Lic. María de las Mercedes Aranguren
- b. Cargo: Presidente
- c. Teléfono: 54 11 4866 2422 / 1365
- d. Correo Electrónico: mercedes.aranguren@convivir.org, mmaranguren@yahoo.com

11. Información adicional

Número de personas participantes:

Equipo y profesionales:

En el dispositivo participan 12 integrantes entre profesionales y operadoras comunitarias.

-3 Lic. en psicología, 1 Lic. en filosofía, 2 Lic. en trabajo social, 6 operadoras comunitarias y talleristas. Todos los integrantes del equipo tienen una participación part - time con frecuencia entre 2, 3 y 4 veces por semana.

- Se cuenta con una coordinación general y una coordinación operativa territorial quienes planifican las actividades a desarrollarse.

Vale aclarar que el contexto donde se desarrolla el dispositivo es de alta vulnerabilidad social, se presentan situaciones de riesgo por la marginalidad presente lo que genera desgaste en el equipo. Por esta razón se ha decidido su participación part-time lo que evita la rotación y aumenta el compromiso con la comunidad.

12. Presupuesto

US\$ 6000 mensuales.

13. Observaciones adicionales

El proyecto "Casa Santa Clara" es financiado por la Subsecretaría de Fortalecimiento Familiar y Comunitario - Ministerio de Desarrollo Social – Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Se promueve la articulación del estado con las Organizaciones de la Sociedad Civil en la construcción de políticas públicas sociales.

Integra el acuerdo con la Parroquia Caacupé – Vicaría de las Villas y Barrios Necesitados del Arzobispado de Buenos Aires.

1. Programa o proyecto:

Análisis de drogas dirigido a personas consumidoras:**Una práctica de reducción de riesgos.**

a. Resumen ejecutivo (breve descripción del proceso)

El análisis de sustancias es una herramienta de contacto con población usuaria de drogas de difícil acceso que se enmarca en un programa más amplio de reducción de riesgos. Permite a las personas que consumen drogas (cocaína, éxtasis, anfetamina, LSD,...) analizar las sustancias que va a consumir y recibir asesoramiento para un consumo de menor riesgo.

Pretende avisar e informar desde una actitud neutra y en base a información objetiva, de manera atractiva y próxima a las personas que consumen drogas, de la presencia de sustancias dañinas y/o inesperadas, permitiéndoles de este modo descartar el uso de sustancias potencialmente dañinas o adaptar el patrón al resultado y el asesoramiento recibido.

b. Tipo de intervención

Tipo	Prevención	Tratamiento	Inserción social	Reducción de daños	Otros
	<i>Indicada</i>)	...

c. Descripción de los beneficiarios directos e indirectos

La población diana del servicio son todas aquellas personas usuarias de drogas recreativas, en especial, aquellas jóvenes que salen de fiesta durante los fines de semana. Son beneficiario/as directo/as todas aquellas personas que utilizan nuestro servicio de análisis.

Los beneficiarios indirectos son todos aquellos agentes implicados y/o interesados en la información que genera el servicio (como nuevos patrones de uso, detección de nuevas drogas psicoactivas –NPS-, alertas por adulteración o alta pureza,...). Destacamos el Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) y todos los organismos que forman parte del mismo, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), profesionales de salud y/o del ámbito de drogas, investigadore/as, entidades o proyectos que utilizan nuestro servicio, otros servicios de análisis de sustancias, proyectos de la red TEDi (Trans European Drug Information <http://www.tediproject.org/>) o la industria del ocio, entre otros.

d. Número de beneficiarios directos e indirectos

Nº Beneficiarios directos

El número de beneficiarios directos en el 2014 son 1.684 totales, de los cuales tan solo 59 han sido internacionales.

Nº Beneficiarios indirectos

Indet.

e. Ubicación/País

El servicio de análisis de Energy Control tiene alcance internacional, aunque mayoritariamente se reciben muestras del territorio español y, en especial, de las regiones donde dispone de sede (Andalucía, Cataluña, Madrid y Baleares).

f. Fechas de ejecución

El programa Energy Control realiza análisis de sustancias desde 1998.

2. Objetivos e Indicadores

a. Objetivo General:

Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas.

b. Objetivos Específicos e indicadores de resultados

Objetivo específico 1 :

ESTABLECER CONTACTO CON LOS USUARIOS DE DROGAS PARA QUE CONOZCAN LA COMPOSICIÓN DE LAS SUSTANCIAS QUE VAN A TOMAR Y QUE PUEDAN DESCARTAR AQUELLAS QUE POR SU ADULTERACIÓN CONLLEVEN UN RIESGO PARA LA SALUD.

Indicadores del resultado 1

Nº personas atendidas a través del servicio de análisis.

% de personas que rechazan consumir una sustancia que se recomienda no consumir.

% de personas que adaptan su consumo a nuestras recomendaciones (según el resultado obtenido).

Objetivo específico 2:

MEJORAR NUESTRO CONOCIMIENTO SOBRE LA SITUACIÓN DEL MERCADO ILEGAL DETECTANDO DE MANERA PRECOZ SUSTANCIAS, PATRONES EMERGENTES DE CONSUMO Y/O INCIDENCIAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO RECREATIVO DE DROGAS.

Indicadores del resultado 2

Nº sustancias analizadas y tipología.

Grado de adulteración de las diferentes drogas

Nº de NPS detectadas anualmente (Legal Highs, Chemicals Research).



Objetivo específico 3 :

DIFUNDIR LOS HALLAZGOS DEL PROGRAMA ENTRE AGENTES INTERESADOS.

Indicadores del resultado 3

Nº resultados comunicados a las personas usuarias.

Nº informes y artículos publicados.

Nº alertas comunicadas al SEAT

Nº visitas al apartado de Resultados del Servicio de Análisis de la web (<http://energycontrol.org/analisis-de-sustancias/resultados.html>)

Nº presentaciones del servicio en congresos, jornadas y seminarios

Nº formaciones sobre análisis impartidas.

Nº apariciones en medios de comunicación.

Nº sustancias incluidas en la base de datos europea TEDI.

3. El contexto y la teoría

a. Situación inicial

La mayoría de drogas recreativas disponibles, excepto el alcohol y el tabaco, son ilegales en toda Europa. Más de cien años de experiencia demuestran que aplicar solo medidas represivas no previene el consumo. Parece evidente que se seguirán consumiendo todo tipo de sustancias y, por lo tanto, la prudencia y el rigor en términos de salud se imponen. La naturaleza clandestina de su tráfico ilegal y el impulso para maximizar las ganancias son dos de las principales fuerzas que dan forma a este mercado. Uno de los efectos adversos de esta situación es que las drogas ilegales son a menudo adulteradas o reemplazadas por otras sustancias, mayoritariamente más baratas, con la intención de aumentar las ganancias. Esto significa que no sólo existe un riesgo relacionado con la sustancia, sino también con su calidad. Muestra de ello es la presencia de adulterantes con un margen de seguridad bastante bajo, como son la 4-Metilanfetamina, la PMA o la PMMA, que distribuidas como éxtasis o anfetamina han sido responsables de varias muertes acontecidas en distintos países (EMCDDA, 2003; EMCDDA, 2012). Afortunadamente, en la mayoría de los casos este riesgo no llegar a ser letal, aunque la presencia de adulterantes que presentan una toxicidad acumulativa sí que es habitual. Durante el año 2009 se informó en EE.UU. y Canadá de la aparición de casos de agranulocitosis asociada a consumo de cocaína adulterada con levamisol (Knowles et al., 2009; Legatt; Turner; Zhu, 2009). Desde entonces esta sustancia ha sido detectada como adulterante de la cocaína en varios países europeos, incluido España (Ventura et al., 2010).

Incluso si las sustancias no están adulteradas, puede existir un riesgo relacionado con la pureza, sobre todo cuando se trata de sustancias con una pureza alta, pero desconocida por el consumidor, como por ejemplo los comprimidos de éxtasis con dosis altas de principio activo. Varios estudios científicos demuestran que la probabilidad de causar daño neurotóxico en el sistema serotoninérgico crece -entre otros factores- con la cantidad de MDMA que se consume (Cuyàs et al., 2010). Además, se ha sugerido que una proporción de los daños y efectos tóxicos asociados al uso de éxtasis podría atribuirse a ingredientes psicoactivos distintos del MDMA, que se han podido detectar en las pastillas vendidas como éxtasis (Parrott, 2004; Harkin; McNamara; Vanattou-Saïfoudine, 2012).

En este contexto, los servicios de análisis de sustancias se confieren como una práctica de reducción de riesgos relevante, que cada vez obtiene mayor apoyo y reconocimiento institucional y está dando lugar al nacimiento de nuevas iniciativas de drugtesting en el ámbito internacional.



b. Supuestos básicos/teoría

No existe una teoría explícita que guíe los servicios de análisis de sustancias. En su lugar, estos se basan en los siguientes supuestos:

1. Los servicios de análisis de sustancias atraen hacia un recurso especializado a consumidores recreativos de drogas que son reticentes a acudir a otros dispositivos.
2. El conocimiento de la composición de las sustancias ayuda a la persona consumidora a adoptar decisiones informadas sobre si consumir o no una determinada sustancia y, en caso de consumo, a adoptar estrategias de reducción de daños.
3. Los mercados de drogas son opacos y dinámicos. Los servicios de análisis de sustancias permiten mejorar nuestro conocimiento sobre los mismos y actuar de manera temprana ante situaciones de riesgo para la salud de las personas consumidoras a través de la rápida difusión de sus hallazgos.
4. Los servicios de análisis de sustancias son operados por personal técnico y voluntario a través de estrategias de intervención entre iguales que les confieren credibilidad, disminuyen las barreras de acceso a los servicios y permiten la participación de los usuarios en los programas.

4. Actividades

- Capacitación teórica y práctica para el voluntariado del programa Energy Control en técnicas de análisis y comunicación preventiva con las personas usuarias del servicio.
- Difusión del servicio hacia la población destinataria.
- Análisis de sustancias en espacios de ocio.
- Atención de personas usuarias en los servicios de análisis ubicados de forma permanente en las sedes de Madrid, Barcelona y Palma de Mallorca con periodicidad semanal.
- Análisis de especímenes en laboratorio (IMIM).
- Comunicación del resultado junto con asesoramiento para un consumo de menor riesgo.
- Evaluación del servicio.
- Publicación de un informe anual de actividad.
- Incorporación de los resultados a la BBDD europea TEDI
- Formación externa
- Contacto y comunicación con las administraciones regionales o estatales competentes.
- Promoción del análisis de sustancias en otros países.



Indique las técnicas de modificación de comportamiento aplicadas en la intervención (En rigor, todos los componentes de intervenciones preventivas podrían ser atribuidas a una o varias de las 9 funciones listadas aquí):

- Persuasión (usar comunicación para inducir sentimientos o acciones)
- Educación (crear conocimiento y comprensión)
- Modelamiento (proporcionar modelos a seguir o a imitar, p.ej. adultos tutores, profesores estimuladores, o personajes atractivos con comportamientos deseables)
- Formación (transmitir habilidades ej. competencias sociales, toma de decisiones)
- Capacitación (proporcionar posibilidades o reducir obstáculos para fomentar la modificación de conductas, p.ej. dar apoyo escolar, empoderar a padres, tratar el TDAH)
- Incentivación (crear expectativas de recompensa, p.ej. autoestima al reducir consumo, premios para controlar impulsos)
- Presión normativa (crear expectativas de punición, vergüenza o incrementar costes, p.ej. aumentando el precio mínimo de alcohol, normas sociales entre pares)
- Restricción (usar reglas/normas para reducir las oportunidades de los comportamientos a prevenir, p.ej. prohibición de ventas a menores, o de fumar en espacios cerrados)
- Reestructuración de contexto/ambiente (modificar ambientes sociales o físicos, p.ej. bares con mejor ventilación, iluminación, y menos gente intoxicada; barrios con mayor cohesión social; buena protección de menores).
- Otros (especifique a continuación)

5. Programa de formación y materiales producidos

Es imprescindible que las personas implicadas en el programa estén capacitadas de forma adecuada para que se garantice una intervención de calidad.

Energy Control implementa regularmente cuatro formaciones respecto al análisis:

- Manejo tests colorimétricos
- Manejo cromatografía de capa fina
- Manejo técnica análisis de cannabis
- Comunicación preventiva con el/la usuario/a.

En cuanto a materiales producidos, se disponen de un procedimiento estandarizado y protocolos de actuación compartidos y actualizados que garantizan una intervención de calidad. Se dispone también de postafree como material de difusión del servicio. Anualmente se publica un informe de resultados disponible en nuestra web y se presenta en medios de comunicación.

6. Evaluación

- Interna: Se realiza en forma periódica estudio de casos y una evaluación a través del SPICL – Programa y Procesos Individuales en Comunidades Locales – que permite evaluar los procesos de cambio subjetivos.

- Externa: Se lleva adelante mediante el cuestionario de evaluación del tratamiento comunitario (CBT). El mismo busca codificar, ponderar y evaluar el cambio en las conductas /contextos/prácticas de riesgo, lo que permite analizar y entender cuál es el resultado de las acciones del tratamiento comunitario llevadas adelante.

7. Evaluación

Se desarrolla una evaluación interna de proceso, resultados e impacto:

- Evaluación de proceso

Se define un plan anual del área y un seguimiento trimestral por parte del equipo técnico de los objetivos previstos y los resultados alcanzados. En este proceso, se reajustan las posibles desviaciones.

Se realiza monitorización por parte del coordinador del proyecto y la responsable del área.

Las asambleas del grupo, cuentan con un espacio fijo dirigido a la actividad de análisis, en el que se repasa la actividad realizada y se comparte información relevante.

- Evaluación de resultados

El programa de análisis cuenta con un aplicativo de gestión on line de datos de actividad que nos permite monitorizar a tiempo real la evolución del servicio y extraer datos sobre número de muestras analizadas, tipología, zonas de procedencia, grado de adulteración por sustancias,...)

- Evaluación de impacto

Las personas que utilizan nuestro servicio responden un cuestionario de evaluación en el momento de devolución del resultado. Se sondea su grado de satisfacción respecto al servicio prestado, la utilidad de la información facilitada a través de éste y si el resultado obtenido a modificado su consumo y en caso de hacerlo, de qué manera.

8. Resultados

El servicio se ha establecido en los últimos años como referente entre las personas usuarias y el número de muestras analizadas y personas atendidas crece exponencialmente año tras año. Valga decir que desde 2010 (1.681 muestras analizadas) hasta 2015 (4.519 muestras), el servicio ha tenido un aumento del 168% en su actividad.

En 2015 se analizaron 4.519 muestras de 2.397 personas. Se detectaron 81 sustancias consideradas como nuevas (NPS) y se notificaron al Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) un total de 49 NPS.

El 100% de las personas encuestadas recomiendan el servicio a amigos mientras que el 50% personas usuarias declara haberlo a través de amigos/as. De este modo, el boca-oreja se configura como es el principal canal de difusión del servicio entre la población diana.

La valoración del servicio por parte de las personas usuarias (promedio de 9,27 en una escala 0-10) y respecto a la utilidad de la información recibida (promedio de 9,31) es excelente y nos confirma la idoneidad del servicio en nuestra población diana.

La decisión de consumir o no la sustancia (impacto) viene determinada por el resultado obtenido:



Del total de usuario/as que han decidido consumir la sustancia, independientemente de su resultado, el 85% afirma que adoptaría medidas de reducción de riesgos, como "disminuir la dosis" y "no mezclar con otras sustancias".

9. Valoración porque el proyecto/programa es valorado como buena practica: informaciones sobre su aceptabilidad, utilidad y pertinencia percibida entre el los involucrados (incluyendo el grupo diana).

Las organizaciones no gubernamentales desarrollan programas de reducción de riesgos en los contextos recreativos de ocio nocturno mediante “la ubicación en los contextos de ocio de puntos de información y apoyo, y trabajo entre pares, para incrementar la capacidad de los y las jóvenes para la toma de decisiones informadas y la gestión del riesgo relacionado con el uso recreativo de drogas y las prácticas sexuales de riesgo” (Salvador, 2009). Desde estos programas se establece contacto con la población consumidora en los propios espacios recreativos, se les suministra información, se les da acceso a servicios de reducción de riesgos como el análisis de sustancias o las pruebas gratuitas de alcoholemia, y se les atrae hacia otros recursos. A partir del contacto con la población consumidora de sustancias se tiene acceso a las sustancias por ella consumidas, lo que permite la monitorización de los mercados en términos de composición de las sustancias que lo conforman y la detección y seguimiento de pautas emergentes de consumo o de nuevas sustancias.

El desarrollo de acciones de reducción de daños en los entornos de consumo permite el acceso de ciertos grupos de población a dispositivos de atención específicamente diseñados para ellos. Estos dispositivos, por sus características (operados por iguales y con acciones ajustadas a sus intereses y necesidades), suponen en muchas ocasiones el único contacto que estas personas mantienen con recursos específicos y propician el desarrollo de acciones como el análisis de sustancias que son voluntariamente entregadas por ellas mismas.

Un servicio de análisis de drogas integral crea conciencia sobre los efectos positivos y adversos de una sustancia, educa a lo/as usuario/as acerca de los métodos de reducción de riesgos, y por lo tanto reduce los riesgos para los consumidores de drogas. Por otra parte, las alertas de sustancias pueden revelar los riesgos del consumo de drogas a un público más amplio. Las alertas emitidas en relación a una droga en particular, tras su análisis químico, puede tener efectos de largo alcance y positivos en aquellas personas más implicadas en el consumo de drogas. Una investigación desarrollada en tres ciudades europeas reveló que el análisis de sustancias no estimula el aumento del consumo de drogas e incluso podrían reducir ligeramente los niveles de uso de drogas entre el público objetivo (Benschop, 2002). Además, las evaluaciones del ‘Party Drug Prevention’ en la ciudad de Zurich muestra que desde que el servicio de análisis de drogas fue implementado, el número de personas que consumen más de una droga o abusan de una sustancia está en declive (Hungerbuehler, Buecheli, Schaub, 2011).

El análisis de sustancias se configura como una herramienta preventiva con amplia aceptación entre la población destinataria, que da respuesta a sus necesidades, cumple sus expectativas y mejora su conocimiento para una adecuada gestión de placeres y riesgos asociados al consumo de drogas.

10. Referencias bibliográficas

- EMCDDA (2006). Monitoring new drugs. Lisboa: EMCDDA [Online] Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index40105EN.html>
- Prochaska, JO; DiClemente, CC; Norcross, JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992 Sep; 47(9):1102–14. Accessed 2009 Mar 16.
- Andreasen M.F., Telving R., Birkler R.I., Schumacher B., Johannsen M. (2009). A fatal poisoning involving Bromo-Dragonfly. *Forensic Science International* 183 (1-3), 91–6.
- Benschop, A., Rabes M. and Korf D.J. (2002). Pill Testing – Ecstasy & Prevention, Niedersächsische Landesstelle Suchtgefahren, Germany.
- Brunt, T.M. Niesink, R.J.M. (2009). An analysis of cocaine powder in the Netherlands: content and health hazards due to adulterants. *Addiction* Abingdon England 104(5), 798-805.
- Bücheli, A. Quinteros–Hungerbühler, I. Schaub, M. (2010). Evaluation of Party Drug Prevention in the City of Zurich, 16(8), 38-43.
- Caudevilla-Gállico F., Riba J., Ventura M., González D., Farré M., Barbanj M.J., Bouso J.C. (2012). 4-Bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine (2C-B): presence in the recreational drug market in Spain, pattern of use and subjective effects. *Journal of Psychopharmacology*. 26(7), 1026-35.
- Cuyàs, E., Verdejo-García A., Fagundo A.B., Khymenets O., Rodríguez J., Cuenca A., de Sola Llopi S., Langohr K., Peña-Casanova J., Torrens M., Martín-Santos R., Farré M., de la Torre R. (2011). The Influence of Genetic and Environmental Factors among MDMA Users in Cognitive Performance. *PLoS One*. 6(11).
- EMCDDA. (2003). Report on the riskassessment of PMMA in the framework of the joint action on new syntheticdrugs . Extraído el 23 de Noviembre de 2012 desde <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index33349EN.html>

- EMCDDA. (2012). Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 4-methylamphetamine. Extraído el 23 de Noviembre de 2012 desde <http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-reports/4-methylamphetamine>
- Energy Control. (2011a). Análisis de sustancias, Informe 2011, Energy Control. Extraído el 12 de Noviembre de 2012 desde http://energycontrol.org/files/analisis/Informe_analisis_EC_2011.pdf
- Erowid. (2009). Information on Reported Deaths Related to 2C-B-Fly. Extraído el 23 de Noviembre de 2012 desde http://www.erowid.org/chemicals/2cb_fly/2cb_fly_death1.shtml
- Fornís I., Vidal C., Caudevilla F., Ventura M. (2012). Nuevas drogas de síntesis: legal highs en España (2010-2012). Medicina Clínica. S0025-7753(12)00608-2.
- Hungerbuehler, I., Buecheli, A., Schaub, M. (2011) Drug Checking: A prevention measure for a heterogeneous group with high consumption frequency and polydrug use – evaluation of Zurich’s drug checking services. Harm Reduction Journal, 8:16.
- Johnston, J., Barrat, M., Craig, L., Kinner, S., Stoové, M., Degenhardt, J., George, J., Jenkinson, R., Dunn, M., Bruno, R. (2006). A survey of regular ecstasy users’ knowledge and practices around determining pill content and purity: Implications for policy and practice. International Journal of Drug Policy, 17, 464-472.
- Knowles, L., Buxton, J.A., Skuridina, N., Achebe, I., Legatt, D., Fan, S., Yan Zhu, N., Talbot, J. (2009). Levamisole tainted cocaine causing severe neutropenia in Alberta and British Columbia. Harm Reduction Journal. 6:30.
- Pardo, R. Alvarez, Y. Barral, D. Farré, M. (2007). Cafeína: un nutriente, un fármaco, o una droga de abuso. Adicciones, 3(19), 225-238.
- Parrot, A.C. (2004). Is ecstasy MDMA? A review of the proportion of ecstasy tablets containing MDMA, their dosage levels, and the changing perceptions of purity. Psychopharmacology. 173(3-4), 234-41.
- Rovira J., Ibáñez V. (2002). Testeo y análisis de sustancias como práctica para una reducción de riesgos. Eguzkilore: Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología, 16, 61-76.
- TED: Trans European Drug Information. (2012a). TEDI Drug Checking Consultation and Counselling Guidelines: <http://www.tediproject.org/index.php/main/guidelines>
- TED: Trans European Drug Information. Good practice standards: http://newip.safernightlife.org/pdfs/drug_checking/NEWIP_D_standards-final_20.12-A4.pdf
- Vanattou-Saïfoudine, N., McNamara, R. and Harkin A. (2012). Caffeine provokes adverse interactions with MDMA (“Ecstasy”) and related psychostimulants: mechanisms and mediators. British Journal of Pharmacology, 167(5), 946-59.
- Ventura, M., Caudevilla F., Vidal C., Grupo Investigadores SELECTO. (2010). Cocaína adulterada con levamisol: posibles implicaciones clínicas. Medicina Clínica, 136(8), 367-8.
- Zhu, NY., Legatt, DF., Turner, AR. (2009) Agranulocytosis after consumption of cocaine adulterated with levamisole. Annual Internal Medicine, 50(4), 287-9.



11. Datos entidad:

- a. Nombre Organización: Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD)
- b. Dirección: C/ Quevedo, 2 bajos
- c. Municipio: Barcelona Provincia: Barcelona País: España
- d. Teléfono: 93 289 05 30 FAX: 93 325 68 35
- e. Correo Electrónico: info@abd-ong.org , info@energycontrol.org
- f. Sitio Web: www.abd-ong.org / www.energycontrol.org

a. Resumen breve de la misión y el enfoque de la organización:

La misión de ABD es la Gestión de procesos centrados en las personas y las comunidades para promover y fortalecer su autonomía y convivencia con eficacia, ética, calidad y sustentabilidad contrastada.

Vanguardia, promotor y referente internacional de un modelo de entidad del tercer sector caracterizado por la articulación de: Unos valores éticos en el uso de los recursos y en el trato con las personas, las colectividades, las comunidades y la Administración. Una gestión eficiente de los programas y servicios financiados con recursos públicos y privados. Vehículo del compromiso social de la ciudadanía y de un modelo de convivencia solidaria. Promotor y defensor de los derechos y las responsabilidades de las personas y los colectivos más vulnerables y en riesgo o proceso de exclusión.

Los valores que guían el trabajo de ABD son: Ética y transparencia Profesionalidad Creatividad e innovación Respeto y convivencia Compromiso social

Persona de contacto

- a. Nombre: Núria Calzada
- b. Cargo: Coordinadora Energy Control
- c. Teléfono: + 34 607 191 386
- d. Correo Electrónico: info@energycontrol.org / nuriacalzada@energycontrol.org

12. Información adicional

Energy Control está formado por un equipo heterogéneo de personas compuesto de 17 técnicos y 127 personas voluntarias en cuatro delegaciones (Cataluña, Madrid, Andalucía y Baleares). La comisión de trabajo de análisis está formada por la responsable del servicio (Dra. En Farmacia), técnicos de laboratorio (Biólogo, Farmacéutica), técnicos referentes del análisis en las diversas delegaciones y personas voluntarias con formación mayoritariamente en ciencias.

13. Presupuesto

Recursos humanos:

- 2 TS (35h/sem.): 57.950 €
- 1 TM (20h/sem.): 14.393 €

Infraestructuras:

- Mantenimiento equipos: 4.200€/anual

Recursos técnicos y materiales

- Material fungible de laboratorio: 6.500€/anual

Total presupuesto estimado anualmente: 83.000€

Fuentes de financiación:

- Generalitat de Catalunya
- Plan Nacional sobre Drogas
- Ingresos propios (prestación de servicios/donativos)

14. Observaciones adicionales

Energy Control cuenta con un Sistema de Gestión, conforme a la norma ISO 9001, cuya finalidad es la mejora continua del programa. Este modelo de gestión se basa en la estandarización de los procesos y la toma de decisiones basada en hechos.

El proyecto define un Plan de Desarrollo Anual, documento donde se plantean los objetivos del año en curso. Los coordinadores de cada delegación participan en la elaboración del Plan Anual, mientras que la coordinadora estatal es la responsable de su redacción final.

Para garantizar la calidad del servicio, Energy Control establece un conjunto de procedimientos y define una serie de indicadores de desempeño y de actividad para medir los resultados. Así mismo, anualmente se establecen objetivos de mejora que se recogen en el Plan de Desarrollo Anual.

Cabe destacar que Energy Control ha liderado el proyecto europeo TEDI desde el cual se han elaborado guías para la implementación de proyectos de análisis de sustancias (en cuanto a metodologías y asesoramiento preventivo) así como un documento de buenas prácticas y estándares de calidad:

- Drug Checking Consultation and Counselling Guidelines:

<http://www.tediproject.org/index.php/main/guidelines>

- Good practice standards:

http://newip.safernightlife.org/pdfs/drug_checking/NEWIP_D_standards-final_20.12-A4.pdf

1. Programa o proyecto:

DESDE EL JARDÍN

Grupo de padres de los viernes

a. Resumen ejecutivo (breve descripción del proceso)

Espacio grupal de intercambio, de carácter informal y abierto, en el que participan padres cuyos hijos están avanzados en el Programa de Tratamiento Ambulatorio de Rehabilitación de drogodependencia, junto a padres cuyos hijos recién lo empiezan o aun no lo han hecho. Los padres con mas experiencia, funcionan como anfitriones, "dueños de casa", de los recién llegados, los cuales se sienten tensionados, ansiosos, solos y frustrados. Se produce una transmisión de lo vivido, en un proceso identificatorio de unos con otros. Los padres "primerizos" reciben un interés en ser ayudados desde los pares y desde un contacto afectivo, lo cual les genera esperanza y estímulo para seguir adelante.

b. Descripción de los beneficiarios directos e indirectos

Directos:

Padres que recién inician un contacto con el Programa

Padres que tienen un recorrido y comparten sus experiencias, logros y recursos

Indirectos:

Hijos en recuperación y sus hermanos que se benefician debido al cambio, el fortalecimiento y la adquisición de nuevas habilidades por parte de los padres

c. Número de beneficiarios directos e indirectos

Nº Beneficiarios directos

30 a 50 personas

Nº Beneficiarios indirectos

120 a 200

d. Ubicación/País

Buenos Aires, Argentina

e. Fechas de ejecución

Todos los días viernes, en forma paralela al grupo terapéutico en que sus hijos participan.

Se realiza desde hace 15 años en forma ininterrumpida, dado los beneficios logrados.

2. Objetivos e Indicadores

a. Objetivo General:

Afianzar la pertenencia y contención de los padres cuyos hijos están iniciando el Programa ambulatorio a través del testimonio, contacto personal y afectivo de padres con mayor recorrido en el tratamiento

b. Objetivos Específicos e indicadores de resultados

Objetivo específico 1 :

LOGRAR EN LOS PADRES QUE ENTRAN EN CONTACTO CON EL PROGRAMA LA CONTENCIÓN, MOTIVACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE LAZOS DE PROXIMIDAD CON EL RESTO DE LOS PADRES

Indicadores del resultado 1

- Mejora notoria del cuidado del aspecto personal de lo padres
- Modificación del estado de animo: del desasosiego a la esperanza, del abatimiento al buen humor
- Extroversion social: vinculación y toma de confianza con los otros padres

Objetivo específico 2:

TRANSMISIÓN Y DAR TESTIMONIO DESDE LOS PADRES MAS EXPERIMENTADOS A LOS RECIÉN LLEGADOS DE INFORMACIÓN Y EXPERIENCIAS QUE COLABOREN A AFIANZAR EL ACOMPAÑAMIENTO DEL TRATAMIENTO DE LOS HIJOS.

Indicadores del resultado 2

- Aprendizaje de nuevas conductas y recursos de los padres frente a sus hijos
- Mas seguridad ,asertividad y claridad de los padres frente a sus hijos
- Reducción del estado de ansiedad de los padres

Objetivo específico 3 :

CONSOLIDAR EL PROCESO DE CAMBIO DE LOS PADRES AVANZADOS A TRAVÉS DE LA PROPIA VALORACIÓN DE SUS PROPIAS EXPERIENCIAS Y RESULTADOS

Indicadores del resultado 3

- Empoderamiento y reforzamiento de la autoestima: seguridad, autoridad en el tema, soltura con los pares
- Desarrollo de aspectos solidarios y de ayuda espontanea con los demás
- Mayor convicción en sus propios registros y sensaciones



3. El contexto y la teoría

a. Situación inicial

Los padres recién llegados presentan una situación de extrema vulnerabilidad, indefensión y sentimientos de impotencia frente a la problemática y las conductas de sus hijos. Llegan descreídos de que ellos puedan ser parte y recurso fundamental de la curación de los mismos. Este es el estado de ánimo inicial de los padres frente al inicio de un proceso que tienen que comenzar junto a sus hijos, que requiere de los mismos del empeño, la motivación, una creciente confianza en el programa y algún tipo de esperanzas. Al ser un tratamiento ambulatorio es fundamental el papel y la fortaleza de los padres frente a sus hijos que muchas veces no tienen la motivación suficientes para decidirse a dejar el consumo por ellos mismos.

b. Supuestos básicos/teoría

Es necesaria una situación de contención y sostén de estos padres afectados y dolidos, dentro de un marco de acompañamiento personal y afectivo, desde la red de pares, para la posibilitar la eficacia del tratamiento con sus hijos. Se parte del concepto de Red Social como herramienta terapéutica en la cual se da un proceso de co-construcción social, inclusivo y de contención, el concepto de Resiliencia en cuanto a visualizar el potencial de cada persona, familia y grupo social frente a la adversidad, y la Teoría del apego y sostén como aspecto necesario a visualizar y reforzar con una serie de Factores de protección, como es el caso del "Grupo de padres de viernes", frente a personas en situación de crisis y afectadas por reiterados episodios de sufrimiento y desamparo.

4. Actividades

Reunión semanal no obligatoria pero sugerida, de carácter informal y abierta, en un espacio amable, generalmente el jardín, cuya duración es de dos a tres horas, los días viernes de 17 a 20 horas.

Los padres comparten mate, café y traen tortas para compartir. Tiene una coordinación no directiva.

Indique las técnicas de modificación de comportamiento aplicadas en la intervención (En rigor, todos los componentes de intervenciones preventivas podrían ser atribuidas a una o varias de las 9 funciones listadas aquí):

- Persuasión (usar comunicación para inducir sentimientos o acciones)
- Educación (crear conocimiento y comprensión)
- Modelamiento (proporcionar modelos a seguir o a imitar, p.ej. adultos tutores, profesores estimuladores, o personajes atractivos con comportamientos deseables)
- Formación (transmitir habilidades ej. competencias sociales, toma de decisiones)
- Capacitación (proporcionar posibilidades o reducir obstáculos para fomentar la modificación de conductas, p.ej. dar apoyo escolar, empoderar a padres, tratar el TDAH)

5. Programa de formación y materiales producidos

Supervisión de la coordinación del espacio

Escritos y testimonios de los padres

Videos de los testimonios

6. Evaluación

Evaluación participativa grupal en un proceso de investigación-acción interna

A través de entrevistas en las que se recogen los testimonios de los padres participantes durante el proceso, en el momento de la finalización del mismo y durante el seguimiento posterior: ratifican el aporte fundamental de este grupo como factor de apoyo y contención durante el Programa

Se observaron cambios importantes en los padres impulsados por la transmisión de las experiencias entre pares, especialmente en el momento clave del inicio.

La cálida recepción de los padres que han transitado por el mismo proceso es recordada como fundamental para sentirse "en casa" (Confianza)

7. Resultados

Los Testimonios de los padres, dan cuenta que el "Grupo de padres de los Viernes" es fundamental, por eso se continua a lo largo de todos estos años con la experiencia, ya que colabora fuertemente a lograr que los padres se sientan parte de la "Gran Familia" del Tratamiento, y así integrar a una Comunidad Resiliente que lucha en conjunto por la recuperación de sus hijos y del bienestar y calidad de vida familiar. Especialmente lo consideran útil en un momento en que se sienten "en el aire" y necesitan "de donde agarrarse".

8. Valoración porque el proyecto/programa es valorado como buena practica: informaciones sobre su aceptabilidad, utilidad y pertinencia percibida entre el los involucrados (incluyendo el grupo diana).

De acuerdo a los testimonios de los padres y también de los hijos, refieren que , la impronta de este espacio fue importante tanto al principio del programa como también en cuanto a contar cada semana con un día y un momento en que los padres unen fuerza, se retroalimentan, se ayudan en los obstáculos entre si, se sienten dignificados por los pares. "El grupo de padres de los viernes" funciona como el reaseguro y "calor de hogar" que necesita toda persona para continuar adelante y hacer frente a las contingencias.

9. Referencias bibliográficas

- Bowbly J. A (1988) A secure base: clinical applications of attachment theory. Londres. Routledge
- Barilari S., Mazieres G. y Ravazzola M.C. (2004) Terapia Familiar en un programa de rehabilitación ambulatoria de la drogadicción. Sistemas Familiares, Buenos Aires, Argentina
- Choclin Marcelo (2008) De la delegación a la reinvolucración familiar en un proceso de rehabilitación en drogodependencia ambulatorio de jóvenes adolescentes. Sistemas Familiares, año 24 N°1.
- Dabas Elina (1996) Red de Redes, Practicas de Intervencion en redes, Editorial Paidos, Buenos, Argentina
- Gergen Kenneth (1991) Terapia como construcción social. London: Sage (Editado por S. McNamee).
- Landau Judith y Jack Saul. (2004) Cp. 44. Terapia Familiar y de Pareja de A. Roizblatt. Ed. Mediterráneo. Facilitación de la resiliencia de la familia y de la comunidad en respuesta a los desastres graves.
- Mellino Aldo (2001) prefacio del libro "Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas", Ed. Paidos, Buenos Aires, Argentina
- Sluzky Carlos (1996) Redes Sociales; Frontera de la Terapia Sistemica. Editorial Gesida, Buenos Aires Argentina
- Walsh Froma (2003) Family Resilience. A framework for clinical practice. Fam. Peocess,

10. Datos entidad:

- a. Nombre Organización: Fundación Proyecto Cambio
- b. Dirección: General E. Matienzo 2639
- c. Municipio: Buenos Aires_ Provincia: _CABA_ País: __Argentina
- d. Teléfono: 054-11-45536777 _____ FAX: _____
- e. Correo Electrónico: proyectocambio@sion.com , info@proyectocambio.com.ar
- f. Sitio Web: www.proyectocambio.com.ar

a. Resumen breve de la misión y el enfoque de la organización:

Proyecto Cambio es un tratamiento ambulatorio de rehabilitación de drogodependencia, que surge como alternativa hace más de 24 años frente a las dificultades que aparecen en la fase de reinserción social y familiar después de largos períodos de internación. Los jóvenes al volver al contexto social y familiar original sucumbían a los mismos factores que colaboraron a mantener el consumo en el pasado. Esto derivó en la posibilidad de crear un tratamiento para una población principalmente de clase media urbana, que evite la internación a partir del acompañamiento familiar, a manera de contención, para posibilitar primero la abstinencia y luego el cambio de hábitos y patrones relacionales de los jóvenes.

El programa de rehabilitación es fundamentalmente un proceso donde los protagonistas desde el inicio hasta el fin del tratamiento son las familias: convoca a sus miembros en una organización ambulatoria en el que participan los adictos en recuperación, sus padres, las novias, hermanos y amigos en grupos terapéuticos y entrevistas de terapia familiar de orientación sistemática. Todas estas tareas están interrelacionadas entre sí, conformando una unidad estructural de compromiso familiar múltiple.

Este abordaje múltiple involucra distintas disciplinas desde áreas bio-psico-sociales, recreativo-artísticas (fútbol, música, tambores), comunitarias (actividades solidarias) y educativas (talleres, prevención en las escuelas). Incluye profesionales de estas disciplinas como también personas que han sufrido y superado experiencias de adicción-exadictos o adictos recuperados- y padres que han pasado por el programa.

Persona de contacto

- a. Nombre: Marcelo Choclin e Hilda Roberti
- b. Cargos: Coordinador Area Familiar
Teléfono: 054-1150192843 y Coordinadora del Programa "Desde el Jardín" 054-2281561609
- c. Correos Electrónicos: mchoclin@hotmail.com y mikyroberti@gmail.com

11. Información adicional

- Número de personas participantes en el tratamiento:
aproximadamente más de 300 incluidas familiares y amigos de más de 70 pacientes
- Equipo y profesionales:
18 incluidos psiquiatras, psicólogos, psicólogos sociales, profesores, administrativos
- Tipo de evaluación (interna/externa):
interna

12. Presupuesto

Esta actividad esta incluida en el presupuesto general del Programa,
incluidos los honorarios de una coordinadora



1. Programa o proyecto:

**PROGRAMA SÍSIFO. Programa de Intervención Precoz
con Drogodependientes en situación de Emergencia Social.**

a. Resumen ejecutivo (breve descripción del proceso)

A) Fase de Captación Activa: Desplazamiento con la Unidad Móvil para la localización de espacios de consumo. Análisis del entorno y de las condiciones de higiene, seguridad e integración funcional de las intervenciones.

B) Fase de Acogida: Acogida del usuario por parte de un profesional del equipo. Información sobre los servicios y horarios que ofrece el programa. Ofrecimiento para atender sus demandas y necesidades en base a los objetivos y posibilidades del programa.

C) Fase de Evaluación: Recogida de información sobre la situación biopsicosocial, de consumo y prácticas de riesgo del usuario. Evaluación de las necesidades básicas del usuario. Detección precoz de población joven consumidora. Detección de drogodependientes en situación de vulnerabilidad o exclusión.

D) Fase de Intervención: Disminución de los riesgos derivados del consumo, tanto los provocados por el consumo crónico, como por las condiciones y circunstancias en que se produce. Cobertura de necesidades básicas detectadas susceptibles de ser atendidas. Información, orientación y derivación (si procede) en relación a las necesidades básicas detectadas que no pueden ser atendidas. Trabajo de motivación hacia la red asistencial secundaria y terciaria, o a otros servicios de la red primaria que complementen la atención.

E) Fase de Seguimiento: Reevaluación de la situación biopsicosocial y de consumo de las personas beneficiarias susceptibles de realizárseles.

b. Tipo de intervención

Tipo	Prevención	Tratamiento	Inserción social	Reducción de daños	Otros
	<i>Indicada</i>	<i>jeringuillas</i>	<i>normalizada</i>	<i>pública.</i>	<i>Formación sobre salud, drogas, prevención de recaídas, sexo seguro. Asesoramiento sobre pautas de consumo seguras o menos arriesgadas. Información sobre VIH e ITS Realización de pruebas rápidas de VIH</i>

c. Descripción de los beneficiarios directos e indirectos

Población joven drogodependiente con perfil de exclusión social o integrada en el "circuito calle", población de drogodependientes con perfil de exclusión social no adscritos a tratamiento, drogodependientes reclusos que en el momento de su excarcelación se encuentran en situación de desprotección social, sin red social de apoyo, y que están en riesgo de entrar en el "circuito calle", integrándose en estas poblaciones ocultas y situándose en posición de exclusión social, con el consiguiente riesgo de recaída y/o inicio de nuevos consumo. Población drogodependiente con consumos en activo, independientemente de estar o no adscrito a tratamiento.

d. Descripción de los beneficiarios directos e indirectos

Nº Beneficiarios directos 380

Nº Beneficiarios indirectos 800

e. Ubicación/País

Programa de carácter supraprovincial que se desarrolla en tres provincias de las cuatro de la Comunidad Autónoma Gallega en España. (Pontevedra y Coruña en su totalidad y Orense únicamente en su vertiente formativa)

En Vigo (Pontevedra) y Coruña con sendos centros de calor-café, además de atención en calle con unidad móvil. En Poio (Pontevedra) con atención en unidad móvil.

f. Fechas de ejecución

Inicio de actividad en 2006 hasta la fecha.

2. Objetivos e Indicadores

a. Objetivo General:

Detectar, evaluar e intervenir sobre la problemática de consumo y problemas asociados en poblaciones "ocultas" de consumidores de drogas de abuso, que permita un conocimiento cercano a la realidad de la calle y a las condiciones biopsicosociales en que viven estas personas.

b. Objetivos Específicos e indicadores de resultados

Objetivo específico 1 :

SUBPROGRAMA DE CAPTACIÓN ACTIVA E INTERVENCIÓN EN MEDIO ABIERTO (OUTRECH)

Contactar con drogodependientes que no solicitan ayuda para determinar las necesidades de carácter sanitario y social con el objeto de informar, asesorar, orientar y derivar a recursos asistenciales de la red normalizada.

Indicadores del resultado 1

- Nº de personas beneficiarias que reducen su perfil de exclusión social con respecto al total de atendidas.
- Nº de personas beneficiarias que establecen contacto con la red secundaria y terciaria.

Objetivo específico 2:

SUBPROGRAMA DE CENTRO DE ENCUENTRO Y ACOGIDA

Ofrecer un recurso de Centro de Encuentro y Acogida para drogodependientes en situación de emergencia y/o más desprotegido a nivel social con objeto de atender sus necesidades básicas y mejorar su estado físico y mental.

Indicadores del resultado 2

- Nº de personas beneficiarias del centro de encuentro y acogida.
- Nº de artículos de primera necesidad dispensados (alimentación, higiene, lavandería, etc).
- Nº de personas beneficiarias que establecen contacto con la red secundaria y terciaria.

Objetivo específico 3 :

SUBPROGRAMA DE REDUCCIÓN DE RIESCOS Y DISMINUCIÓN DE DAÑOS

Realizar intercambio de material de inyección (kits de inyección higiénica, ácido cítrico, compresores y papel de plata), dispensa de profilácticos, lubricantes, toallitas íntimas así como informar sobre consumos de menor riesgo, prevención de sobredosis, hábitos de higiene relacionados con el consumo, etc. Retirar de la vía pública materiales relacionados con el consumo en campañas de recogida destinadas a concienciar y reducir.

Indicadores del resultado 3

- Porcentaje de recuperación de intercambio de jeringuillas (entregadas/recogidas) y otros productos de consumo.
- Nº de profilácticos y lubricantes entregados.
- Nº de campañas de recogida realizadas y productos recogidos.

3. El contexto y la teoría

a. situación inicial

El plan de Galicia sobre drogas realizó un estudio pormenorizado de las necesidades del colectivo drogodependiente con perfil de exclusión social (adheridos o no a tratamiento) en siete ciudades de la Comunidad Autónoma de Galicia. Tras el análisis de datos obtenidos en ese estudio se diseñó el programa para dar respuesta a alguna de estas necesidades.

El programa recoge una serie de medidas para mejorar la accesibilidad de la población drogodependiente a la red asistencial, impulsando, entre otras, estrategias de captación activa de "poblaciones ocultas" y servicios de emergencia que den respuesta a las necesidades básicas del colectivo drogodependiente.

b. Supuestos básicos/teoría

La intervención preventiva del programa tiene relación con el Modelo de Salud Pública en base a la idea de aportar información a través de mensajes de salud sobre el consumo de drogas, sus riesgos y los cuidados aplicados de cara a prevenir un aumento del riesgo y de los daños que pueden derivarse del consumo. También el cambio de vía y la motivación hacia los tratamientos sustitutivos se encuadraría en la idea de modificar la acción de la sustancia sobre el organismo, disminuyendo riesgo y daño.

Esos mismos mensajes de salud están en línea con el Modelo de Creencias de Salud, de modo que intentamos aumentar la percepción de susceptibilidad, y a través del counselling, que la persona evalúe los beneficios y costes de su conducta en relación a la salud, trabajando a nivel motivacional para maximizar los beneficios y facilitando medidas de acompañamiento que minimicen las barreras percibidas para el cambio comportamental en relación al consumo y el acercamiento a la red asistencial.

4. Actividades

- Contactar con “poblaciones ocultas” del colectivo de drogodependientes y/o colectivos especialmente vulnerables por su condición de exclusión social, a través del desplazamiento a zonas de consumo y análisis y valoración de otras zonas frecuentadas por población integrada en el circuito de calle (mendicidad, prostitución, comedores sociales, albergues, etc).
- Determinar las necesidades de carácter sanitario y social a través de la intervención en calle y detección de casos susceptibles de ser derivados a otros recursos.
- Reducir los riesgos y disminuir los daños a través de:
 - Intercambio de material de inyección.
 - Información relativa a consumos de menos riesgo.
 - Información sobre venopunción segura.
 - Información sobre prevención de sobredosis.
 - Dispensa de preservativos.
 - Información sobre sexo seguro.
 - Información sobre vías de infección y reinfección de las enfermedades de mayor prevalencia (VIH, hepatitis, tuberculosis, cándida, etc).
 - Información sobre hábitos básicos de higiene y alimentación en relación a la tipología y vía de consumo, enfermedades más prevalentes y época del año.
 - Realización de la prueba rápida de VIH en fluido oral.
- Mejorar el estado físico y mental de las personas que accedan al recurso facilitando alimentación, descanso y medidas de higiene.
- Desarrollar actividades formativas sobre: salud, consumo, sexualidad, prevención de recaídas, efectos de las drogas, reducción de daño, etc.
- Facilitar el acceso de estas personas a la red asistencial normalizada.
- Desarrollar una función investigadora y divulgativa a través de la participación en distintos foros relacionados con drogodependencias y la elaboración de materiales propios.



Indique las técnicas de modificación de comportamiento aplicadas en la intervención (En rigor, todos los componentes de intervenciones preventivas podrían ser atribuidas a una o varias de las 9 funciones listadas aquí):

X Persuasión (usar comunicación para inducir sentimientos o acciones)

X Educación (crear conocimiento y comprensión)

Modelamiento (proporcionar modelos a seguir o a imitar, p.ej. adultos tutores, profesores estimuladores, o personajes atractivos con comportamientos deseables)

X Formación (transmitir habilidades ej. competencias sociales, toma de decisiones)

Capacitación (proporcionar posibilidades o reducir obstáculos para fomentar la modificación de conductas, p.ej. dar apoyo escolar, empoderar a padres, tratar el TDAH)

Incentivación (crear expectativas de recompensa, p.ej. autoestima al reducir consumo, premios para controlar impulsos)

Presión normativa (crear expectativas de punición, vergüenza o incrementar costes, p.ej. aumentando el precio mínimo de alcohol, normas sociales entre pares)

Restricción (usar reglas/normas para reducir las oportunidades de los comportamientos a prevenir, p.ej. prohibición de ventas a menores, o de fumar en espacios cerrados)

Reestructuración de contexto/ambiente (modificar ambientes sociales o físicos, p.ej. bares con mejor ventilación, iluminación, con más clientes femeninos y menos gente intoxicada; barrios con mayor cohesión social; buena protección de menores).

Otros (especifique a continuación)

Describir otros

5. Programa de formación y materiales producidos

ACCIONES FORMATIVAS AÑO 2014		
LUGAR	Nº DE ACCIONES	Nº DE ALUMNOS
VIGO / PONTEVEDRA	9	128
ORENSE	1	12
CORUÑA	4	35
TOTAL	14	175

Materiales producidos:

Unidades didácticas, carteles, folletos del programa. Estudio sobre población drogodependiente. Programa y manual de intervención del programa SÍSIFO. Posters para congresos.



6. Evaluación

La evaluación – tanto cuantitativa como cualitativa – se realiza del diseño, del proceso y de los resultados del programa:

DEL DISEÑO:

Evaluación de las características de la población destinataria y del tipo de sustancias consumidas / Cuestionario de satisfacción de las personas beneficiarias con las acciones formativas de prevención indicada.

DEL PROCESO:

Indicadores de actividades realizadas: Estadística anual de intervenciones realizadas: atención de necesidades básicas, distribución de material preventivo, atención psicosocial y acercamiento a la red asistencial, y formación en educación para la salud, disminución de riesgos y reducción del daño / Estadística anual de acciones de difusión y participación en charlas, talleres, cursos, congresos, publicaciones, etc. / Estadística anual de intervención en zonas de consumo: ubicación de las distintas zonas de consumo y el estado en que se encuentran, volumen de jeringuillas recogidas (en el programa de intercambio y en las campañas de recogida realizadas), y el “tráfico” de personas que se produce / Número y tipo de incidencias no previstas.

DE LOS RESULTADOS:

Indicadores de cobertura: Estadística anual de personas contactadas / Estadística anual de personas contactadas con perfil de exclusión social / Estadística anual de jóvenes menores de 30 años consumidores en situación de calle / Estadística anual de personas contactadas que disponen de evaluación biopsicosocial / Estadística anual de personas contactadas que disponen de evaluación de consumo de drogas / Estadística anual de intervenciones realizadas en el subprograma de Captación Activa e Intervención en medio Abierto / Estadística anual de intervenciones realizadas en el subprograma de Encuentro e Acogida.

Indicadores de eficacia: Estadística anual de personas beneficiarias de los Cursos de Salud que refieren disminuir su consumo y/o las conductas de riesgo asociadas / Estadística anual de personas beneficiarias que reducen su perfil de exclusión social / Estadística anual de personas beneficiarias que establecen contacto con la red secundaria e terciaria / Evaluación de la consecución de los objetivos del programa

Instrumentos utilizados para la evaluación: Hoja de Registro sistemático de las actividades realizadas (estadillo outreach) / Estadillo de intervenciones en el local / Estadillo de intervención social / Hoja de registro de seguimiento de entregas / Informe de historia social / Cuestionario de satisfacción de los beneficiarios de la entidad / Cuestionario de satisfacción de beneficiarios de las acciones formativas de prevención indicada / Sistema de Indicadores de Vulnerabilidad Social y de Detección Temprana de la Exclusión Social y Necesidades Sociales Emergentes en el Colectivo de Drogodependientes / Escala de evaluación de la consecución de objetivos del programa.

7. Resultados

El número de usuarios diarios que atendemos como media son:

- 60/70 personas diarias en la unidad móvil de Vigo,
- 10/15 personas diarias en el local Calor café de la Fundación Érguete – Integración de 8:00 a 9:30
- 15/18 personas en el casco viejo de Vigo los lunes, miércoles y viernes en atención itinerante en calle.
- 10 personas en la unidad móvil en una zona de consumo en Poio (Pontevedra)
- 37 personas diarias en el Calor Café de Coruña

Los datos de atención en 2014 fueron:

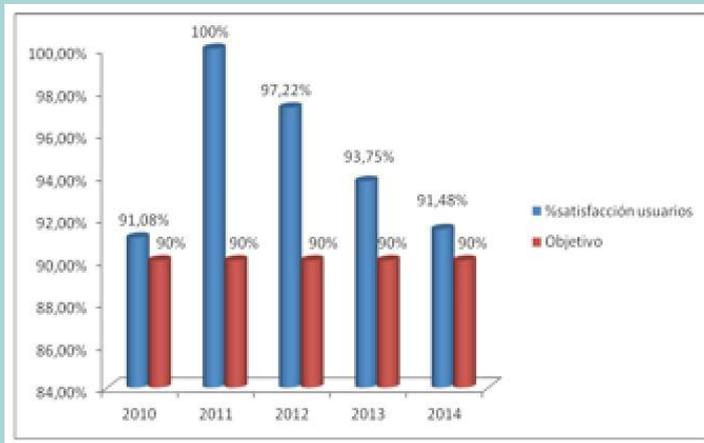
<i>NÚMERO DE INTERVENCIONES / PERSONA</i>	<i>16020</i>
<i>ATENCIÓN A NECESIDADES BÁSICAS (higiene, ropero, calzado, sacos de dormir...)</i>	<i>4918</i>
<i>ALIMENTACIÓN DE PRIMERA NECESIDAD (café con leche, galletas, bollería)</i>	<i>50467</i>
<i>INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO EN SALUD (Consumo y reducción del daño / Sexualidad / VIH - Hepatitis)</i>	<i>211</i>
<i>INFORMACIÓN Y GESTIÓN CARA A LOS RECURSOS ASISTENCIALES</i>	<i>880</i>
<i>DERIVACIONES Y ACOMPAÑAMIENTOS</i>	<i>385</i>

	<i>ENTREGADAS / REALIZADAS</i>	<i>RECOGIDAS</i>	<i>ÍNDICE DE RECUPERACIÓN</i>
<i>PROGRAMA DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS</i>	<i>2956</i>	<i>2532</i>	<i>85,65 %</i>
<i>CAMPAÑAS DE RECOGIDA DE JERINGUILLAS</i>	<i>3</i>	<i>46</i>	
<i>OTROS PRODUCTOS (toallitas de alcohol, compresores, ácido cítrico en unidades y papel de plata)</i>	<i>2582</i>		
<i>PRUEBAS RÁPIDA DE VIH</i>	<i>37</i>		
<i>PROFILÁCTICOS</i>	<i>20114</i>		

8. Valoración porque el proyecto/programa es valorado como buena practica: informaciones sobre su aceptabilidad, utilidad y pertinencia percibida entre el los involucrados (incluyendo el grupo diana).

El programa cumple con los estrictos criterios de calidad estipulados por la entidad en lo referente a satisfacción global de los usuarios atendidos, que marca un objetivo mínimo de satisfacción de un 90%.

Lo mismo ocurre en las acciones formativas que se realizan desde cada uno de los programas de la Fundación Érguete-Integración.



9. Referencias bibliográficas

Modelos de referencia:

- Modelo de Competencia, la información de carácter preventivo y la motivación para el acceso a la red asistencial en el periodo inicial de consumos problemáticos, tendría por objeto anticiparse a problemas graves derivados del consumo. Para ello se facilita todo tipo de información sobre consumos, recursos, opciones, vías de acceso, etc.
- Modelo de los Estadios de Cambio de Prochaska y DiClemente.
- Modelo de Etapas Motivaciones de Werch y DiClemente.
- El Modelo Social de Peele.
- El Modelo de Burgess y el Modelo del Desarrollo de Catalana, Hawkins et al.
- Modelo de Chatlos.

10. Datos entidad:

- a. Nombre Organización: Fundación Érguete-Integración
- b. Dirección: Av. Martínez Garrido nº 21 interior
- c. Municipio: Vigo Provincia: Pontevedra País: España
- d. Teléfono: 986 253 176 FAX: 986 263 297
- e. Correo Electrónico: funderguete@terra.com

a. Resumen breve de la misión y el enfoque de la organización:

Entidad sin ánimo de lucro que pretende realizar fines de interés general para la comunidad encaminados a facilitar la incorporación sociolaboral de personas en riesgo o situación de exclusión social, con una metodología de trabajo fundamentada en el diseño y seguimiento de itinerarios individualizados de inserción.

Persona de contacto

- a. Nombre: Adela Uriz Corrales
- b. Cargo: Coordinadora del Programa Sísifo Teléfono: 698 119 803
- c. Correo Electrónico: sisifo@fundacionerguete.org

11. Información adicional

Número de personas participantes: 335

Equipo y profesionales:

Vigo / Pontevedra – 2 técnicos y personal auxiliar temporal. Coruña – 1 técnico y 1 auxiliar temporal.

Tipo de evaluación (interna/externa):

Interna – cuestionarios de satisfacción de programa y de acciones formativas. Externa – auditorías de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia.

Otros...

12. Presupuesto

El presupuesto concedido para este año asciende a 110.187,30 €, quedando a la espera de renovar la aportación presupuestaria en ediciones posteriores.



1. Programa o proyecto:

EL CENTRO DE DÍA EN EL ÁMBITO DE DROGODEPENDENCIAS

a. Resumen ejecutivo (breve descripción del proceso)

El Centro de Día de Gizakia es una estructura:

- De alta exigencia (con objetivo de deshabitación a sustancias) y de alta intensidad de apoyo (por el número de horas de apertura y la presencia de equipo profesional)
- Dirigido a Personas en situación de exclusión y con diagnóstico de drogodependencia que requieren de un lugar donde pasar el día y un servicio orientado a su incorporación social
- De carácter polivalente, que les presta una atención prolongada en el tiempo procurando que no se desliguen del entorno habitual
- Que ofrece un acompañamiento individualizado en el itinerario de incorporación
- Con intervenciones educativas, terapéuticas y de inclusión socio-laboral.
- De proximidad, flexible, y abierto durante un amplio abanico de horas de atención.

b. Descripción de los beneficiarios directos e indirectos

Directos:

Personas drogodependientes en situación de exclusión social.

Indirectos:

Familiares de personas beneficiarias directas

Otros equipos de Fundación Gizakia

Entidades del espacio sociosanitario.

Instituciones públicas (Diputación Foral de Bizkaia)

c. Descripción de los beneficiarios directos e indirectos

Nº Beneficiarios directos

Tiene una capacidad de 27 plazas diarias convenidas todas ellas con la Diputación Foral de Bizkaia

Nº Beneficiarios indirectos

50 familiares estimados mensualmente

d. Ubicación/País

Fundación Gizakia. C/ Avenida Madariaga número 63, 48014. Bilbao – España

e. Fechas de ejecución

1 de Enero a 31 de Diciembre de 2014

2. Objetivos e Indicadores

a. Objetivo General:

Dotar a la persona drogodependiente en proceso de rehabilitación del máximo grado de autonomía y favorecer su inclusión social

b. Objetivos Específicos e indicadores de resultados

Objetivo específico 1 :

FAVORECER LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO Y EDUCATIVO

Indicadores del resultado 1

- Que el 100% de las personas usuarias cuenten con un Plan de Atención Personalizado en un plazo máximo de 40 días
- Índice de retención al menos de un 65%

Objetivo específico 2:

CAPACITAR A LA PERSONA PARA RESPONSABILIZARSE DE SU ITINERARIO

Indicadores del resultado 2

- Que el 100% de las personas usuarias tengan al menos una entrevista de valoración con el programa de Formación y Empleo
- Que el 100% de las personas usuarias participen en alguno de los talleres de mañana y seminarios
- Que el 100% de las personas usuarias hayan tenido al menos una cita médica y hayan participado en los seminarios médicos

Objetivo específico 3 :

COORDINAR LAS ACCIONES DEL CENTRO CON LAS DE OTROS RECURSOS

Indicadores del resultado 3

- Que todas las personas usuarias cuenten con gestora de caso en DFB
- Que todas las incidencias en el proceso de cada persona sean contrastadas con la gestora de caso
- Reuniones semanales de coordinación con los pisos de alta intensidad (DFB)
- Establecer coordinación con la RSMB en aquellos casos derivados por la misma

3. El contexto y la teoría

a. Supuestos básicos/teoría

Desde el centro de día de la FUNDACION GIZAKIA se trabaja de acuerdo con los siguientes principios:

- Principio de normalización: El género de vida de las personas usuarias se deberá ajustar en lo posible a la conducta y pautas de comportamiento consideradas como normales para el resto de la ciudadanía.
- Principio de autonomía: En el ámbito de la vida cotidiana de las personas usuarias se deberá fomentar al máximo posible su autonomía personal, de tal forma que desde el servicio se les prestará la asistencia estrictamente necesaria.
- Principio de participación: Se potencia al máximo la participación de las personas usuarias en las actividades y en el funcionamiento general.
- Principio de integración: Se trabaja en coordinación con el resto de los recursos existentes para posibilitar que las personas usuarias se mantengan en el entorno comunitario habitual.
- Principio de globalidad: Se presta atención integral. Para lo cual se coordinan debidamente aspectos sanitarios, sociales, psicológicos, culturales y ambientales.
- Principio de profesionalización: Sin perjuicio de la labor del voluntariado social, tanto los y las responsables del dispositivo como el resto del personal deberán de tener la cualificación técnica correspondiente a su nivel profesional.
- Principio de atención personalizada: Se prestará atención personalizada adaptada a las necesidades de cada persona usuaria. Se potencia el abordaje grupal a través del desarrollo de grupos educativos, talleres, seminarios, temáticos,... A su vez se realiza un seguimiento individualizado mediante las entrevistas individuales realizadas por los y las educadoras o la trabajadora social.

b. fases del proyecto y buenas prácticas

Fases del proceso y buenas prácticas

El acompañamiento lo entendemos como un proceso de apoyo a la incorporación social con seis momentos:

- Acogida: Se recibe a la persona, sus demandas y necesidades y presentación de la oferta del centro.
- Evaluación: Diálogo inicial acerca de la situación de partida y de los recursos con los que contamos
- Formulación de un plan individual en el que se establecen las metas y apoyos que la persona puede recibir.
- Puesta en práctica del plan, desarrollo de actividades y prestación de apoyos para su éxito.
- Evaluación del plan y posibles reajustes.
- Seguimiento posterior y/o apoyos puntuales.

4. Actividades

Semanalmente, se programan 26 horas de atención en actividades estructuradas grupales:

- Grupo de Buenos días con el objetivo de poner en común de las dificultades que puedan haber tenido a lo largo del fin de semana y de fomentar el sentido de cohesión, pertenencia y vinculación al grupo.
- Asamblea: Para evaluar aspectos de responsabilidad personal en la marcha del centro, favorecer la resolución de conflictos en la convivencia cotidiana y recoger propuestas de mejora
- Seminarios: Se abordan temas de interés de cara a facilitar información y ayudar a la propia reflexión, tanto a nivel individual como grupal. Se realizan seminarios educativos, médicos, terapéuticos, sociales...
- Talleres: Con contenido teórico práctico, sobre diferentes temáticas y/o habilidades de la vida cotidiana de cara a dotar a las personas usuarias de hábitos que les encaminen hacia un concepto de salud integral.
- Habilidades Sociales: Se desarrollan 6 sesiones, que persiguen comprender el concepto de las habilidades sociales básicas, y facilitar la adquisición de nuevas conductas que, a través del entrenamiento, se pueden generalizar a otras situaciones.
- Grupos de apoyo: Con un carácter psicosocial para aquellas personas con capacidad para hacer un análisis de su situación personal, o con carácter psicoeducativo en aquellas otras con patología mental grave (esquizofrenia, trastorno cognitivo grave, ...), donde solo se realiza un trabajo sobre la conducta en el aquí y el ahora.
- Salidas culturales: Se realizarán diversas salidas fuera del centro de día de cara realizar visitas culturales (exposiciones, museos,...), así como práctica de deporte y actividades de ocio y tiempo libre (senderismo, cometas, fútbol,...). En dichas salidas se realizan dinámicas con trasfondo educativo, siempre trabajando en pro de la rehabilitación respecto al consumo de drogas.
- Grupo de Prevención de Recaídas: para el manejo de situaciones de riesgo, análisis de los antecedentes del consumo...

Indique las técnicas de modificación de comportamiento aplicadas en la intervención (En rigor, todos los componentes de intervenciones preventivas podrían ser atribuidas a una o varias de las 9 funciones listadas aquí):

- Persuasión (usar comunicación para inducir sentimientos o acciones)
- Educación (crear conocimiento y comprensión)
- Modelamiento (proporcionar modelos a seguir o a imitar, p.ej. adultos tutores, profesores estimuladores, o personajes atractivos con comportamientos deseables)
- Formación (transmitir habilidades ej. competencias sociales, toma de decisiones)
- Capacitación (proporcionar posibilidades o reducir obstáculos para fomentar la modificación de conductas, p.ej. dar apoyo escolar, empoderar a padres, tratar el TDAH)
- Incentivación (crear expectativas de recompensa, p.ej. autoestima al reducir consumo, premios para controlar impulsos)
- Restricción (usar reglas/normas para reducir las oportunidades de los comportamientos a prevenir, p.ej. prohibición de ventas a menores, o de fumar en espacios cerrados)

5. Evaluación

Tipo de evaluación e instrumentos utilizados:

En lo que respecta a los sistemas de evaluación de las actividades que se desarrollan en el centro de día, se realiza de las siguientes maneras:

a) Evaluación cualitativa

Al finalizar los diferentes grupos se realiza un feed-back entre el equipo de educadores sobre todas aquellas dificultades, saltos de límites y dificultades que las personas usuarias hayan manifestado.

Los y las educadoras tienen una reunión semanal para coordinar el trabajo educativo del centro de día. Asimismo, se realizan reuniones de coordinación del equipo médico, terapéutico y educativo para evaluar los procesos individuales de los usuarios/as del centro de día que participan del Tratamiento Ambulatorio en Fundación Gizakia. A lo largo del año se llevan a cabo supervisiones del equipo educativo-terapéutico con profesionales externos, en las cuales se hacen nuevas propuestas para la mejora del funcionamiento del centro de día.

En el Centro de Día se utilizan distintas herramientas que facilitan evaluar diaria o semanalmente el proceso individual de cada persona usuaria, como por ejemplo el "diario del centro", "registro de actividades del centro de día", los "planes individualizados de intervención", y las "fichas de seguimiento" de cada persona usuaria.

También se establecen con carácter semanal reuniones de coordinación con los recursos residenciales de alta intensidad en los cuales se realiza un apoyo y seguimiento educativo individualizado a aquellas personas usuarias que acuden a tratamiento.

b) Evaluación cuantitativa

Evaluación de impacto: Además de la alimentación de la base de datos de la Diputación Foral de Bizkaia, se cuantificarán los indicadores siguientes:

- Nº total de personas desagregado por sexo
- Nº de personas participantes en cada actividad desagregada por sexo
- Nº total de entrevistas individuales
- Nº de acciones grupales
- Índice de retención= $1 - (\text{Nº total de personas usuarias} - \text{Nº de altas voluntarias}) / \text{Nº total de personas usuarias} \times 100$

Evaluación del Grado de satisfacción de personas usuarias a través de la encuesta de satisfacción



6. Resultados

- Número total de personas atendidas: 105 (15 mujeres y 90 hombres).
- Un 69%, del total de personas usuarias ha finalizado su estancia en el Centro de Día habiendo cumplido, total o parcialmente los objetivos, marcados en su inicio
- La valoración de las personas usuarias del centro de día, realizada a través de las encuestas de satisfacción que se les pasa anualmente da como resultado un 9,03,

Resultados de los indicadores:

- 79 personas usuarias cuentan con un Plan de Atención Personalizado (el 100% de las que han permanecido más de 40 días)
- El índice de retención ha sido de 62,3%
- Las 105 personas usuarias han tenido al menos una entrevista de valoración con el programa de Formación y Empleo
- Las 105 personas usuarias han participado en alguno/os de los talleres de mañana y seminarios
- Las 105 personas usuarias han tenido al menos una cita médica
- Todas las personas usuarias cuentan con gestora de caso en DFB
- Todas las incidencias en el proceso de cada persona han sido contrastadas con la gestora de caso
- Se han realizado reuniones semanales de coordinación con los pisos de alta intensidad (DFB)
- Se ha establecido coordinación con la RSMB en el 100% casos derivados por la misma

7. Valoración porque el proyecto/programa es valorado como buena practica: informaciones sobre su aceptabilidad, utilidad y pertinencia percibida entre el los involucrados (incluyendo el grupo diana).

- Entendemos que un centro con un porcentaje de patología dual del 75% debe ser valorado positivamente en cuanto un 69% del total de personas usuarias ha finalizado su estancia en el Centro de Día habiendo cumplido, total o parcialmente los objetivos, marcados en su inicio
- Y en cuanto a la percepción de las propias personas usuarias, la valoración ha aumentado respecto a la de 2013 que era de un 8,44 en el IGS Global

Categorías	2014
1. IGS Recepción	8,76
2. IGS Calidad intervención	8,43
3. IGS Equipo profesional	8,83
4. IGS Instalaciones	8,87
5. IGS Satisfacción Gral.	9,03

8. Referencias bibliográficas

Manual de buenas prácticas en centros (no residenciales) de incorporación social. Cuadernos sobre servicios sociales especializados e inserción social. Elaborado en 2003 bajo la coordinación de Natxo Martínez Rueda (profesor de la Universidad de Deusto) y publicado por la Diputación Foral de Bizkaia.

9. Datos entidad:

- a. Nombre Organización: FUNDACION GIZAKIA
- b. Dirección: Avenida Madariaga, 63
- c. Municipio: Bilbao Provincia: Bizkaia País: España
- d. Teléfono: 944471033 FAX: 944471158
- e. Correo Electrónico: fundacion@gizakia.org ; rcortes@gizakia.org
- f. Sitio Web: wwwgizakia.org

a. Resumen breve de la misión y el enfoque de la organización:

Fundación Gizakia es una entidad sin ánimo de lucro, declarada de utilidad pública, promovida por la Diócesis de Bilbao, que desarrolla acciones innovadoras y de calidad en los ámbitos de:

- Sensibilización y prevención frente a conductas de riesgo para la salud y el desarrollo integral de la persona.
- Asistencia a personas con adicciones.
- Inserción sociolaboral de colectivos de difícil empleabilidad.

Todas ellas en un proyecto compartido con sus entornos familiares y sociales

La Fundación asume los valores que a continuación se describen. Consideramos que dichos valores tienen un carácter dinámico y abierto y que su aplicación, estando sujeta a evaluación y revisión, favorece y enriquece la vida de los distintos programas que promueve la entidad:

1. Solidaridad, expresada por la vocación de la entidad de atender a las personas más desfavorecidas, siendo la propia entidad vehículo de la solidaridad social a través de la participación del voluntariado en sus programas.
2. Reconocimiento de la dignidad humana, aceptando a toda persona que demande ayuda sin ningún tipo de discriminación y respetando el derecho de cada persona a conducir su proceso, respetando su iniciativa y protagonismo.
3. Atención integral, a todas las necesidades de las personas, bien con los propios recursos de los distintos programas de la Fundación como con la coordinación con otras entidades.
4. Competencia profesional, expresada tanto por la permanente actualización de los conocimientos técnicos y la evaluación de los resultados, como por la calidad y calidez de la atención que se presta.
5. Fomento de la participación interna, considerando que la fuerza fundamental de la entidad recae en las personas que la forman: profesionales, voluntariado y personas usuarias de los distintos programas, por cuya razón se promueven medios, estrategias y técnicas para estimular la participación en las acciones en las que intervienen.
6. Transparencia, referida a la gestión económica, de personas y a la claridad de la comunicación que se maneja en la organización.
7. Trabajo en red, con el resto de los recursos de la comunidad y permanente detección de necesidades no cubiertas que generan las nuevas líneas de actuación.
8. Relación autónoma con las administraciones públicas, reconociendo que la responsabilidad mayor en las políticas sociosanitarias y de lucha contra la exclusión corresponde a las instituciones públicas. Por esta razón la Fundación Gizakia se sitúa en el ámbito de la colaboración con esas instituciones sin perder su identidad.

Persona de contacto

- a. Nombre: Miriam del Campo
- b. Cargo: Coordinadora de equipo Teléfono: 944471033
- c. Correo Electrónico: mcy@gizakia.org ; rcortes@gizakia.org

10. Información adicional

PROFESIONALES ASIGNADOS

- 1 Coordinadora de equipo
- 5 Educadoras/es Sociales
- 1 Trabajadora Social
- 1 Psicóloga
- Personal de gestión y administración

VOLUNTARIADO

44 voluntarios/as han participado en las siguientes actividades:

- 6 personas han colaborado en actividades del Centro de Día, 5 de ellas en diversos talleres
- 1 ha prestado apoyo a la trabajadora social
- 9 han impartido clases de apoyo a personas usuarias del Centro de Día (Formación básica, Ofimática y Habilidades Sociales).
- 4 han realizado acompañamientos a personas usuarias que han ido a actividades formativas o a sus respectivos pisos de acogida,
- 24 atienden el teléfono y la recepción

RECONOCIMIENTOS DE CALIDAD

- Certificado y Sello europeo +200 EFQM No. CEG/RE02/0103/10 otorgado por el Club de la Excelencia en la Gestión y la propia EFQM. (renovado en 2012 con N° registro: CEG/RE02/0096/12)
- Certificado Calidad del Sistema de Gestión PREMIE D-284/2007 (Diputación Foral de Bizkaia).
- Diploma de Compromiso con la Excelencia otorgado por Euskalit. Diciembre de 2012.
- IHOB-Programa Ecoeficiencia en la Empresa Vasca 2010-2014.

RECONOCIMIENTOS DE IGUALDAD

- Plan de igualdad para el periodo 2010-2012, en proceso de revisión y actualización
- Plan de empresa sobre la conciliación del mundo laboral y familiar dentro del Programa Aurreratu. (desde 2005).

PARTICIPACIÓN DE PERSONAS USUARIAS

Desde 2010 Fundación Gizakia participa en el Proyecto "La participación de las personas como herramienta para la inclusión social: Experiencias piloto en entidades sociales para el fomento de la participación" que ha sido reconocido como "Buena Práctica" por EAPN a nivel Europeo. Durante 2014 hemos seguido promoviendo esta tarea desde Fundación Gizakia con grupos de participación de personas usuarias en el Centro de Día.

11. Presupuesto

El presupuesto del Centro de Día en el año 2014 es de 274.404,38€

1. Programa o proyecto:

Centro de Día Adicciones. Tratamiento Urbano de las Adicciones. -Fundación Salud y Comunidad-

a. Resumen ejecutivo (breve descripción del proceso)

La propuesta de Tratamiento Urbano de las Adicciones se concreta en el Centro de Día de Adicciones, y se dirige a personas que presentan algún tipo de adicción, tóxica y/o comportamental. El objetivo principal del tratamiento gira en torno a favorecer y consolidar la abstinencia de las personas atendidas, mejorar sus habilidades relacionales, y promover su crecimiento personal mediante el empoderamiento, fomentando su participación activa en la comunidad. El principal elemento sobre el cual pivota nuestra intervención es la comunidad como espacio de participación activo durante el tratamiento.

b. Tipo de intervención

Sub-programa de atención a jóvenes y sus familias.

Sub-programa de atención a la patología dual.

El Centro de Día Adicciones está integrado en el circuito de tratamiento urbano de las adicciones (Piso Terapéutico de inserción.)

c. Descripción de los beneficiarios directos e indirectos

Hombres y mujeres con problemática en adicciones tóxicas y no tóxicas (juego, nuevas tecnologías, etc.). Muchas de estas personas presentan además asociada una problemática de salud mental (patología dual).

El perfil de personas que atendemos es el siguiente: hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 21 y los 60 años. La edad media de los sujetos atendidos es de 39,13 años. El 73% son hombres y el 27% mujeres; en este sentido hay que destacar que se ha observado en los últimos años un aumento significativo de atención a mujeres. Comentar que este incremento se debe en parte a una serie de acciones de sensibilización llevadas a cabo con los centros derivadores con el objetivo de potenciar la incorporación de mujeres al tratamiento.

En cuanto a la sustancia por la que se solicita la incorporación en el programa destacan la cocaína, en primer lugar con un 27%, y en segundo lugar el alcohol con un 22%. En tercer lugar se solicita tratamiento por heroína en un 11% de los casos y destacamos la sustancia THC con un 8 %.

En lo que respecta a salud mental, el 72% de las personas atendidas tiene prescrita medicación psiquiátrica, es decir, tiene un diagnóstico en salud mental. Esto requiere de una atención muy específica en algunos casos (por los que se ha creado un subprograma de patología dual) que contempla la monitorización de la medicación así como una flexibilidad importante en el proceso de algunas de estas personas.

d. Descripción de los beneficiarios directos e indirectos

Nº Beneficiarios directos

85 usuarios/as y 60 familiares

Nº Beneficiarios indirectos

245: 75 personas (profesionales, profesionales prácticas, colaboradores/as y voluntarios/as)

y 170 personas de la comunidad

e. Ubicación/País

El proyecto se lleva a cabo en la ciudad de L'Hospitalet de Llobregat (segundo municipio por número de habitantes de Cataluña y uno de los más densamente poblados de Europa). No obstante, el programa se abre a todo el territorio autonómico y estatal. No hay criterios restrictivos al respecto. El programa lleva más de 25 años en dicho territorio y existe una muy buena acogida por parte de dicha comunidad.

L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), España.

f. Fechas de ejecución

Enero-Diciembre 2015

2. Objetivos e Indicadores

a. Objetivo General:

El objetivo principal del tratamiento gira en torno a favorecer y consolidar la abstinencia de las personas atendidas, mejorar sus habilidades relacionales, y promover su crecimiento personal mediante el empoderamiento, fomentando su participación activa en la comunidad.

b. Objetivos Específicos e indicadores de resultados

Objetivo específico 1 :

REDUCIR LAS CONDUCTAS ADICTIVAS TÓXICAS Y/O COMPORTAMENTALES.

Indicadores del resultado 1

Reducción de las adicciones: 86,45% de los controles de orina efectuados obtienen un resultado negativo (adicciones tóxicológicas), un 72% de la población atendida reduce las adicciones comportamentales.

Objetivo específico 2:

PROMOVER LA MEJORA RELACIONAL ENTRE PERSONAS USUARIAS Y FAMILIARES

Indicadores del resultado 2

Un 60% de las personas usuarias perciben mejora en su relación familiar.

Objetivo específico 3:

PROMOCIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LOS/LAS USUARIOS/AS EN LA COMUNIDAD.

Indicadores del resultado 3

Promoción y participación de los/las usuarios/as en la comunidad: un 89,90% de la población atendida participa en procesos de selección en el ámbito laboral, formativo y/o colaborativo (voluntariado).

3. El contexto y la teoría

a. Situación inicial

El Centro de Día de Adicciones -Fundación Salud y Comunidad- es un proyecto que emerge en el año 1989. Durante estos 25 años de trayectoria, podemos definir tres tiempos o momentos muy concretos que definen nuestra forma de entender la acción social con drogodependientes.

Primer tiempo:

Centro de Día como recurso pionero en materia de adicciones. El contexto (finales de los años 80 y principios de los 90) en el ámbito de las drogodependencias situaba a las Comunidades Terapéuticas como único recurso de tratamiento no ambulatorio posible dentro de la red de drogodependencias, tanto a nivel autonómico como estatal. El hecho de crear un dispositivo dentro de ciudad que permitiera abordar el fenómeno de la drogodependencia de la forma más integral posible (teniendo en cuenta el entorno, familia, barrio, red social, etc.,...) hacía de este dispositivo un recurso rupturista ya a finales de los 80.

Segundo Tiempo:

Centro de Día como referente en adicciones con población penitenciaria. En un segundo tiempo, encontramos un Centro de Día que apuesta por la atención integral e integradora de un colectivo complejo y que pocos recursos tenían en cuenta. Nos referimos a personas con problemática de adicción y que provenían del ámbito penitenciario. Es a mediados de los años 90, cuando el Centro de Día se convierte en un recurso referente en materia de adicciones y población penitenciaria. El hecho de que el proyecto apueste en ese momento por atender a población del medio de la ejecución penal sitúa al Centro de Día como el primer dispositivo de atención a las drogodependencias que trabaja con personas presas en medio abierto, dotándole de un carácter innovador por el momento de época.

Tercer tiempo:

Centro de Día como referente en patología dual. Por último, coincidiendo con la última década nos encontramos en un tercer tiempo, donde el dispositivo ha tenido que reinventarse ante los nuevos y complejos fenómenos que acompañan a las adicciones. Nos referimos a la inclusión de perfiles provenientes de la red de salud mental y que requieren de abordajes más particulares (diseño de un Subprograma de Atención a la Patología Dual). El Centro de Día se ha erigido como un tratamiento urbano de las adicciones que ha permitido un abordaje bidireccional entre sociedad e individuo. Estas personas requieren de un programa que ofrezca tratamientos flexibles y moldeables al caso por caso sin perder de vista la rigurosidad y la profesionalidad que nos han definido en las últimas dos décadas y media. Sin duda en este tercer tiempo, hemos vivido un crecimiento exponencial a nivel de experiencia que nos hace ser un centro referente en la Comunidad Autónoma promoviendo nuestro liderazgo en distintas plataformas (locales, autonómicas y estatales) en materia de adicciones y salud mental.

Desde sus inicios, en el Centro de Día se ha atendido a más de 2.000 personas y podemos constatar cómo la presencia de elementos innovadores ha sido fundamentales para que el programa haya podido ir dando respuesta a las distintas necesidades que han ido emergiendo en materia de adicciones durante las últimas dos décadas y media.

b. Supuestos básicos/teoría

En este apartado queremos hacer especial mención a 3 ejes, que aglutinan aspectos innovadores de distinta índole, y que caracterizan el trabajo desarrollado a lo largo de nuestros 25 años de historia. La perspectiva de género y la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres son elementos transversales en los que se apoya nuestro modelo de trabajo.

El primer eje es el de la Calidad. En el Centro de Día de Adicciones, y en la entidad en general, consideramos los aspectos relativos a la calidad desde una perspectiva integral e integradora. Cabe señalar que el Centro de Día de Adicciones cuenta desde el año 2003 con el Certificado del Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma ISO 9001:2008. Desde ese momento, la Calidad se erigió como una brújula que orienta nuestra praxis profesional, tanto en la gestión económica y de equipos, como en la intervención directa con nuestros/as usuarios/as. El servicio ha sido galardonado en 2014 con el Premio Avedis Donabedian a la Excelencia en Calidad en Integración Social.

Un segundo eje es un modelo centrado en la persona. Es necesario señalar que el Centro de Día de Adicciones cuenta con una cartera de servicios dinámica y flexible, que se revisa cada 3 meses con tal de asegurar que ofrece atención a las necesidades particulares de cada persona usuaria. Por ello, se abordan aspectos relativos a distintos temas (espacios de maternidad y paternidad, eventos especiales según momento del año (semanas temáticas, días mundiales,...)). Se cuenta con la colaboración puntual de profesionales de otros ámbitos que aportan valor desde su experiencia profesional y que llevan a cabo talleres específicos (superación personal, competitividad deportiva, coaching grupal,...) según las necesidades detectadas de los/las distintos/as participantes.

Un tercer eje sobre el cual pivotamos es la implicación de la ciudadanía y la dinamización comunitaria. El programa de voluntariado del Centro de Día de adicciones representa perfectamente este tercer eje. Dicho programa pretende trasladar la participación de la sociedad a un proyecto de ámbito social con la riqueza que ello supone para cada uno de los agentes implicados: usuarios/as, voluntarios/as y profesionales. En definitiva viene a ser la culminación del concepto de participación ciudadana en un fenómeno tan complejo como el de las adicciones y donde la sociedad tiene un rol fundamental desde la integración y la movilización.



4. actividades

El tratamiento urbano de las adicciones contempla cuatro áreas de intervención: Área Psicoterapéutica, Área Socioeducativa, Área de Autoconocimiento y Crecimiento Personal y Área Ocupacional.

A continuación describimos diferenciado por áreas, nuestra cartera de servicios:

Área Psicoterapéutica:

1. Psicoterapia grupal
2. Psicoterapia individual
3. Multidependencias
4. Grupo pequeño
5. Grupo de continuidad
6. Espacio familias/multifamiliar

Área socioeducativa:

7. Dinámica/feedback
8. Grupo de maternidad/paternidad
9. Salida cultural/eventos.
10. Deporte
11. Healthcare

Área Autoconocimiento y Crecimiento Personal:

12. Yoga
13. Thinking group
14. Más que género
15. Teatro Social
16. Arte terapia

Área Ocupacional:

17. Trabajando competencias
18. Redes 2.0
19. Construyendo opinión

Indique las técnicas de modificación de comportamiento aplicadas en la intervención (En rigor, todos los componentes de intervenciones preventivas podrían ser atribuidas a una o varias de las 9 funciones listadas aquí):

- Persuasión (usar comunicación para inducir sentimientos o acciones)
- Educación (crear conocimiento y comprensión)
- Modelamiento (proporcionar modelos a seguir o a imitar, p.ej. adultos tutores, profesores estimuladores, o personajes atractivos con comportamientos deseables)
- Formación (transmitir habilidades ej. competencias sociales, toma de decisiones)
- Capacitación (proporcionar posibilidades o reducir obstáculos para fomentar la modificación de conductas, p.ej. dar apoyo escolar, empoderar a padres, tratar el TDAH)
- Incentivación (crear expectativas de recompensa, p.ej. autoestima al reducir consumo, premios para controlar impulsos)
- Presión normativa (crear expectativas de punición, vergüenza o incrementar costes, p.ej. aumentando el precio mínimo de alcohol, normas sociales entre pares)
- Restricción (usar reglas/normas para reducir las oportunidades de los comportamientos a prevenir, p.ej. prohibición de ventas a menores, o de fumar en espacios cerrados)
- Reestructuración de contexto/ambiente (modificar ambientes sociales o físicos, p.ej. bares con mejor ventilación, iluminación, y menos gente intoxicada; barrios con mayor cohesión social; buena protección de menores).
- Otros (especifique a continuación)

5. Programa de formación y materiales producidos

- Guía de Formación para profesionales socio sanitarios en Nuevas Masculinidades. Autor: Manu Izquierdo (Fundación Salud y Comunidad). Editado por Asecedi. Mayo 2015.
- Estudio sobre patología dual sobre prospección de necesidades de crear recursos psicosociales para población con patología dual. Autora: Patricia Bosch (Fundación Salud y Comunidad). Año 2009.

6. Evaluación

Tipo de evaluación e instrumentos utilizados:

1. Encuestas de medición de satisfacción de personas atendidas.
2. Encuestas de medición de satisfacción sobre finalización de proceso.
3. Encuestas de medición de satisfacción sobre la cartera de servicios.
4. Encuestas de medición de satisfacción sobre las infraestructuras.
5. Encuestas de medición de satisfacción sobre la atención profesional.
6. Encuestas de medición de satisfacción del personal colaborador y/o en prácticas.

7. Resultados

1. Informe cuantitativo del nivel de satisfacción de las personas atendidas

8. Valoración porque el proyecto/programa es valorado como buena practica: informaciones sobre su aceptabilidad, utilidad y pertinencia percibida entre el los involucrados (incluyendo el grupo diana).

El Centro de Día de Adicciones ha sido galardonado en 2014 con el Premio Avedis Donabedian a la Excelencia en Calidad en Integración Social, patrocinado por el Hospital Plató de Barcelona. Por un lado, supone un reconocimiento a la larga trayectoria en materia de Calidad y al esfuerzo invertido por parte de todos los profesionales; por otro lado, es un punto de partida de cara al futuro, para seguir mejorando e innovando, acciones ambas que revierten directamente en una atención de calidad hacia nuestros usuarios y en un clima de trabajo favorable para nuestros profesionales.

En este ámbito además destacamos nuestra participación en el Proyecto Europeo Expero4care. Se trata de un proyecto innovador en el ámbito de la formación, que aplica un sistema de calidad específico para evaluar los procesos de formación y aprendizaje en organizaciones que se dedican al ámbito social y de la salud, y en el que participan distintas entidades europeas.

9. Referencias bibliográficas

1. Pozo Serano, F., Añaños Benidrana, F., (Coords). "Educación, Salud y Drogodependencias. Enfoques, programas y experiencias en ámbitos de exclusión". Universidad Granada. Departamento de Pedagogía.

2. Informe Mundial sobre drogas 2014. Resumen ejecutivo. UNDOC. Oficina de las Naciones Unidas contra el delito y el tráfico.

10. Datos entidad:

a. Nombre Organización: Fundación Salud y Comunidad

b. Dirección: C/Alí-Bey Nº25. 3º.

c. Municipio: Barcelona Provincia: Barcelona País: España

d. Teléfono: 93 244 05 70 FAX: 93 244 05 73

e. Correo Electrónico: dtp@fsc.org

f. Sitio Web: www.fsc.org

a. Resumen breve de la misión y el enfoque de la organización:

La Fundación Salud y Comunidad (FSC) es una organización sin ánimo de lucro, de ámbito estatal y con proyección internacional. Cuenta con una sólida y amplia experiencia en el fomento, creación y gestión de servicios de calidad. Fue creada en 1997, como evolución de la Asociación Bienestar y Salud, fundada en 1989.

En la Fundación Salud y Comunidad trabajamos desde hace más de 20 años en investigación, prevención, intervención y sensibilización sobre diferentes problemáticas sanitarias y sociales, especialmente con colectivos en riesgo o en situación de exclusión social. Nuestro objetivo ha sido siempre mejorar la calidad de vida de las personas y facilitar la integración social a través de la promoción de la salud y del bienestar de la comunidad.

Persona de contacto

- a. Nombre: Xavier Ferrer Pérez
- b. Cargo: Director Técnico Teléfono: 93 244 05 70
- c. Correo Electrónico: dtpp@fsyc.org , xavier.ferrer@fsyc.org

11. Información adicional

Sobre el equipo profesional:

El equipo profesional de Centro de Día Adicciones FSC está configurado por la Dirección del Área (Director, Sub-directora y Adjunta a Dirección), la Coordinadora del Circuito de Inserción (psicóloga), el Coordinador del Centro de Día de Adicciones (Trabajador Social), dos educadores sociales, una administrativa, una consultora de calidad, un auxiliar de limpieza, cuatro colaboradores y 15 estudiantes en prácticas de distintas disciplinas (Educación Social, Trabajo Social , Psicología, Integración social). Contamos con un equipo de profesionales altamente especializados y en formación continua, que participan en formaciones de alta calidad relacionadas con sus planes de acción profesional a desarrollar de forma anual. Las temáticas de especialización son adicciones, patología dual, perspectiva de género, atención familiar (sistémica, holística), entre otras.

Sobre la perspectiva de género:

Este enfoque se ha desarrollado de forma transversal en todos los programas. Contamos con una profesional con formación específica en materia de género, que se erige como la referente tanto entre los/las profesionales del servicio, como entre las personas usuarias. Además de ofrecer a las personas usuarias un espacio exclusivo "Más que género" en el que se trabajan cuestiones relativas al rol de género en materia de adicciones, se desmontan prejuicios y mitos popularmente difundidos, se aborda el lenguaje sexista y medios de comunicación, etc..., es la encargada de transmitir al resto del equipo, en espacios de formación particularmente diseñados para este fin, contenidos clave en materia de género y tratamiento de las adicciones comportamentales y/o tóxicas. De esta manera, la innovación no pivota únicamente en el hecho de ofrecer un enfoque de género transversal y contar con una profesional de referencia para ello, sino también en garantizar la circulación de saber y la transferencia de herramientas de gestión en materia de perspectiva de género, entre los distintos miembros del equipo a modo de formación continua y actualizada.



1. Programa o proyecto:

Programa de prevención selectiva e indicada para jóvenes experimentadores de sustancias psicoactivas en el municipio de Itagüí Antioquia-Colombia

a. Resumen ejecutivo (breve descripción del proceso)

El programa está enmarcado en la prevención selectiva e indicada, lo que implica un proceso inicial de identificación de las problemáticas y los grupos poblacionales expuestos a ellas. Por ello se realizó un diagnóstico con la metodología Línea de base, implementado en la Institución Educativa Esteban Ochoa de la comuna 3 del municipio de Itagüí- Antioquia y se aplicó un diagnóstico comunitario, bajo la propuesta metodológica del Sistema de Diagnóstico Estratégico (SIDIES) en el que se logró recoger información de contexto de la comunidad, historia, características de la población, líderes de opinión y actores que inciden en la comunidad, además, se aplicaron grupos focales pertenecientes a la comunidad de la IE y los barrios 19 de abril y San Gabriel, en los que se indagó sobre las problemáticas que estos consideraban más relevantes en su comunidad; con el fin de detectar los factores de riesgo y los factores de protección existentes en esta comunidad.

En la línea de base se tuvo en cuenta los siguientes indicadores: edad, grado, sexo, prevalencia de consumo de SPA, edad de primer consumo, abuso dependencia, actitud favorable de los padres hacia el uso de drogas, manejo familiar, actitud de uso de drogas entre amigos, leyes favorables al uso de SPA, problemas académicos, habilidades sociales y de autocontrol, espiritualidad, relaciones escolares, ambiente escolar, eventos estresantes y red de apoyo. Estos factores sirvieron de criterios de selectividad para la población elegida. Otros criterios prácticos de selectividad (observables en los comportamientos) fueron: estar o haber estado suspendido de las actividades escolares por las directivas del colegio, tener problemas de comportamiento en el colegio, ser consumidor experimental de SPA.

De acuerdo a los factores de riesgo y protección identificados, se generaron varias acciones:

- A partir de la línea de base se desarrolló una priorización de factores de acuerdo a los grados escolares. De esta manera la intervención se centró en los factores de riesgo con mayor presencia y en los grados donde más se presentaban y las estrategias se orientaron de acuerdo al tipo de factor; por ejemplo para el bajo rendimiento académico se desarrollaron acciones de refuerzo académico y técnicas de estudio y para el consumo de pares entre amigos, trabajar temas como la presión de grupo. Algunos de esos factores fueron transversales (por ejemplo el ambiente escolar) y fueron intervenidos de manera general.

- La línea de base también permitió orientar las acciones con casos individuales: cuando un joven era captado, si este de forma voluntaria quiso dejar los datos personales cuando realizó la encuesta, el resultado de ésta fue tenida en cuenta para la intervención; sino se aplicaba nuevamente la encuesta.

- Los jóvenes detectados con consumos experimentales y abusos de SPA, se abordaron de manera indicada a partir de intervenciones breves, grupos de apoyo e inserción a ofertas culturales, deportivas y educativas existentes en la comunidad.

- Con los jóvenes detectados con criterios de dependencia de SPA se realizó remisión a la ruta de atención existente en el municipio para rehabilitación por consumo de sustancias y se realiza acompañamiento y seguimiento al caso.

- Se generó un grupo base comunitario (voluntarios), conformado por líderes habitantes del sector que conocen las problemáticas y con los que se construyeron planes de acción en los que se impactó la comunidad a partir de las prioridades detectadas en el diagnóstico, buscando hacer gestión del riesgo.

- Se generaron dos grupos base estudiantil que sirvieron de apoyo al proyecto como voluntarios, los cuales se han formado en aspectos generales sobre drogas y desarrollaron actividades tales como: refuerzos escolares a estudiantes con dificultades académicas, actividades sobre convivencia, dinamización de la emisora estudiantil, entre otros.

- Se llevó las ofertas culturales, deportivas y educativas institucionales de las diferentes secretarías del municipio, las cuales permitieron hacer inserción de la comunidad a los diversos programas.

- Se realizaron talleres reflexivos y de formación con la población priorizada desde el diagnóstico por parte del equipo psicosocial del proyecto; además se capacitaron docentes y líderes para que pudieran intervenir aún después de ejecutado el proyecto.

- Formación de los docentes de la Institución Educativa con la estrategia Retomas (componente de prevención universal), que busca que desde las áreas de matemáticas, ciencias naturales y lenguaje se trabajen contenidos de prevención, pero sin descuidar las áreas académicas.

- Formación a padres de familia con el fin que se extienda la intervención selectiva con ellos y generar herramientas para promover factores protectores.

b. Tipo de intervención

Tipo	Prevención	Tratamiento	Inserción social	Reducción de daños	Otros
	<i>indicada</i>	<i>residencial,...)</i>	<i>Acceso al empleo</i>	<i>medio festivo,...)</i>	<i>Formación, Asesoramiento, Intervención breve</i>

c. Descripción de los beneficiarios directos e indirectos

La intervención se piensa desde la elección de una población vulnerable a problemáticas de consumo en un municipio de Antioquia, se hace la elección del municipio de Itagüí, comuna 3, en los barrios 19 de Abril y San Gabriel, zona de impacto del Colegio Esteban Ochoa. Se hace esta elección debido a estudios previos realizados por la administración del municipio, donde se detecta esta zona como de alto consumo y expendio de diferentes sustancias psicoactivas.

En el componente comunitario, se tuvo en cuenta líderes formales e informales, madres comunitarias, colectivos juveniles, comerciantes, colectivos religiosos, colectivos de a tercera edad.

Además e elige desde la población estudiantil jóvenes de grado 6° a 11° CLEI , padres de familia, docentes y directivos de dicha institución.



d. Numero de beneficiarios directos e indirectos

Formación a jóvenes en riesgo o consumidores: Estas formaciones se realizaron de forma selectiva según los resultados priorizados así:	
- 9° 43 alumnos Eventos estresantes	
- 10° 28 alumnos Mitos y realidades sobre consumo de SPA	
- 11° 49 alumnos Eventos estresantes y ambiente escolar	120
- Grupos de apoyo 30 alumnos Mitos y realidades sobre el consumo de SPA, presión de grupo, estrategias de afrontamiento, consecuencias de consumo de SPA.	
Jóvenes intervenidos de manera indicada en servicios de atención, orientación y consejería	33
Jóvenes remitidos de manera indicada a EPS o servicios más especializados derivados de la atención individual y a programas o proyectos de inserción con jóvenes pertenecientes a grupos de apoyo o atención individual.	21
Formación en la institución educativa a Docentes con la estrategia RETOMAS	25
Estudiantes de IE a los que se les ha intervenido por medio de diversas actividades, teniendo en cuenta el grado para brindar la intervención selectiva requerida.	690
Formación padres intervenidos desde la prevención selectiva a partir de los factores priorizando en los grados 6° y 11°.	30
Formación y gestión del riesgo con padres de hijos que están recibiendo atención individual brindándole de manera indicada formación y estrategias de afrontamiento para la superación de los problemas generados por el consumo de sus hijos.	10
Formación y actividades de inclusión a padres por medio de actividades masivas promoviendo buenas relaciones familiares y formando sobre la actitud favorable de consumo de SPA, además de promocionar los empleos, programas y proyectos de capacitación y manejo del tiempo libre existentes en la zona.	300
Actividades realizadas para el desarrollo del proyecto como socialización con líderes de la comunidad, eventos con la comunidad, acuerdos de colaboración con diferentes programas u organizaciones para generar articulación en la estrategia de inserción de jóvenes a oportunidades, actividades de inclusión en la comunidad	251
Total población	1480

N° Beneficiarios indirectos

4440

e. Ubicación/País

Comuna 3 perteneciente al municipio de Itagüí, departamento de Antioquia. Colombia

f. Fechas de ejecución

15 de Mayo del 2014 al 15 de mayo del 2015

2. Objetivos e Indicadores

a. Objetivo General:

Generar opciones para la superación y mitigación de problemáticas asociadas a consumos experimentales y de alto riesgo de sustancias psicoactivas en jóvenes del municipio de Itagüí (Antioquia-Colombia), a través de acciones formativas, de inclusión social y empoderamiento comunitario.

b. Objetivos Específicos e indicadores de resultados

Objetivo específico 1 :

AUMENTAR LA CAPACIDAD DE LOS JÓVENES PARA ENFRENTAR LOS FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS

Indicadores del resultado 1

Para este objetivo hay una batería de indicadores bastante amplia que se relaciona con los factores de riesgo identificados en la línea de base. En esta ocasión se muestran solo algunos:

- Reducción en el ausentismo escolar
- Aumento del cumplimiento en las tareas escolares
- Jóvenes que conocen algunas estrategias de manejo del estrés en el contexto familiar
- Jóvenes que reducen el consumo de alcohol
- Jóvenes que reducen el consumo de SPA
- Jóvenes que dejan el consumo de SPA
- Jóvenes que pueden comunicarse asertivamente con sus pares

Objetivo específico 2 :

AUMENTAR LA PARTICIPACIÓN DE JÓVENES CONSUMIDORES DE SPA O EN RIESGO DE CONSUMO EN ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL.

Indicadores del resultado 2

- Padres informados sobre rutas de atención existentes en el municipio y hacen uso de ellas
- Jóvenes que reciben atención en las rutas existentes en convenio con comisaría de familia
- Jóvenes que logran atención y tratamiento por medio de la EPS
- Jóvenes vinculados a oportunidades de desarrollo social e individual

Objetivo específico 3 :

DISMINUIR LAS ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS FAVORABLES AL CONSUMO DE SPA DE LAS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD EN GENERAL.

Indicadores del resultado 3

- Padres que disminuyen las actitudes tolerantes frente al consumo de SPA
- Establecimientos comerciales que implementan estrategias de regulación de la venta de alcohol a menores de edad
- Aplicación de marcos normativos sobre el consumo de alcohol en menores de edad
- El proyecto ha monitoreado el siguiente indicador de proceso para este objetivo: Número de acciones implementadas por la comunidad que priorizaron las necesidades identificadas en el diagnóstico.

3. El contexto y la teoría

a. Situación inicial

Los resultados del diagnóstico permitieron conocer un estado inicial, generando cifras de la situación de consumo en la Institución Educativa Esteban Ochoa y a partir de allí se generan estrategias de intervención acordes con las prioridades detectadas.

Este estudio, llevado a cabo entre junio y agosto de 2014, evidencia que un 26,9% de los estudiantes tiene riesgo de iniciar consumo de sustancias psicoactivas ilegales, mientras un 48,7% es vulnerable al consumo de alcohol y un 9,4% al consumo de cigarrillo; mientras que los jóvenes con alto riesgo de entrar en situaciones de abuso y/o dependencia al consumo de drogas son un 23,5 % de la comunidad educativa.

Las prioridades detectadas a intervenir desde los factores de riesgo y los grados escolares a los que se debe aplicar la intervención de manera selectiva (seleccionando los grados donde más se evidenciaba la problemática, pues en casi todos se presentaban todos los factores de riesgo), fueron las siguientes:

- Problemas académicos a los grados 6°,7°,9°,CLEI.
- Buenas relaciones familiares a los grados 6°y11°.
- Ambiente escolar en los grados 6°,7°,9°,CLEI.
- Eventos estresantes en los grados 7°,9°,10°,CLEI
- Consumo de SPA en los grados 8°,11°,CLEI
- Abuso de alcohol en el grado 8°
- Abuso de SPA en los grados 8°y CLEI
- Algunos criterios de dependencia en los grados 10°,11°.
- Actitud favorable del consumo de SPA por parte de los padres, con los padres de familia de los grados 6°,9°,CLEI
- Actitud de uso de SPA entre amigos, en los grados 6°,7°,9°,11°,CLEI.
- Leyes y normas, en los grados 7°,8°,11°,CLEI.

Para las prioridades detectadas a intervenir desde los factores protectores y a nivel de toda la comunidad educativa, se detectaron las siguientes:

- Espiritualidad: actividades que le dé sentido y motivación hacia la vida.
- Relaciones familiares.
- Actividades extraescolares
- Ambiente escolar, promoviendo las buenas relaciones entre docente y alumnos.

b. Supuestos básicos/teoría

El proyecto parte del reconocimiento de que en relación a la vulnerabilidad al consumo de sustancias psicoactivas confluyen factores de diversa índole y no solo aquellos relacionados con aspectos personales (Actitudes y comportamientos) de los consumidores. Estas vulnerabilidades (en el sentido de las opciones y capacidades para enfrentar los riesgos) se dan por:

- Unas condiciones personales favorables al consumo de SPA
- Un contexto favorable a la exclusión social de los jóvenes que consumen SPA
- Un contexto donde habitan los jóvenes que es favorable al consumo de SPA

Concretamente en la zona de intervención estas tres condiciones se evidencia en situaciones como:

El primer elemento (quizás el más considerado en los programas de prevención) tiene en cuenta los factores de riesgo y protección individuales a los que están más expuestos los jóvenes consumidores o la forma en que el individuo responde a los factores de riesgo en general; como ya se mencionó tienen que ver con los factores estresores, el consumo entre amigos, el inicio de consumos experimentales, e incluso el abuso, problemas académicos, entre otros. Para ello el proyecto desarrolló algunos dispositivos orientados a intervenir, ya sea de manera grupal o individual, según la necesidad, estas situaciones. Acciones como refuerzo escolar para los jóvenes consumidores, orientación psicológica, remisión a tratamiento especializado, grupos de apoyo, acciones formativas según factor de riesgo identificado por grado, entre otras, fueron necesarias para llevar a cabo el proyecto, con criterios de selectividad.

El segundo elemento se observa en las actitudes y comportamientos, principalmente de los adultos, para excluir a los consumidores de espacios de participación. La escuela es uno de esos escenarios; allí se ha observado que una práctica común es desescolarizar al joven de manera temporal aplicando sanciones, o de forma definitiva, desmotivándolo a continuar en la institución educativa. De esta manera se expone a los jóvenes a los riesgos asociados a mantener un ocio improductivo, mayor tiempo de estancia con pares consumidores, menor tiempo de permanencia sin la observación de un adulto significativo. Por ello el proyecto ha buscado evitar que estos jóvenes sean desescolarizados a través de diversas estrategias y generando otras opciones de inclusión social tales como la participación en actividades artísticas, deportivas, entre otras.

4. Actividades

Actividades que permitieron alcanzar el objetivo 1

- Intervención breve con jóvenes experimentadores de SPA o con altos factores de riesgo identificados
- Grupos de apoyo con jóvenes experimentadores de SPA o con altos factores de riesgo identificados
- Remisión de casos a través de las redes de recursos comunitarios e institucionales
- Talleres con padres de familia de jóvenes experimentadores de SPA o con altos factores de riesgo identificados
- Visitas domiciliarias con el fin de profundizar en la situación del joven, hacer intervenciones psicoeducativas sobre el factor de riesgo manejo familiar, y en ocasiones hacer remisiones a redes de servicios.
- Implementar el programa de prevención Retomás, con su componente de Transversalización curricular.
- Talleres con estudiantes de acuerdo a los factores de riesgo priorizados.

Actividades que permitieron el desarrollo del objetivo 2

- Identificación de oportunidades, recursos y estrategias en la comunidad y en las instituciones educativas que pudieran servir de apoyo para los jóvenes.
- Gestión para la vinculación de jóvenes consumidores en oportunidades de desarrollo social, tales como recreación, educación y acercamiento de dichas oportunidades a la comunidad en general.

Actividades que permitieron el desarrollo del objetivo 3

- Realizar un plan de acción participativo, en el que se priorizaron las necesidades identificadas en el diagnóstico haciendo actividades de prevención con la participación de la comunidad.
- Realización de propuestas comunicacionales o artísticas por parte de los jóvenes orientadas a la prevención del consumo de SPA

Otras actividades

- Línea de base y diagnóstico situacional (SiDiEs)
- Sistematización de la experiencia
- Estrategia comunicacional

Indique las técnicas de modificación de comportamiento aplicadas en la intervención (En rigor, todos los componentes de intervenciones preventivas podrían ser atribuidas a una o varias de las 9 funciones listadas aquí):

Persuasión (usar comunicación para inducir sentimientos o acciones)

-- Educación (crear conocimiento y comprensión)

- Modelamiento (proporcionar modelos a seguir o a imitar, p.ej. adultos tutores, profesores estimuladores, o personajes atractivos con comportamientos deseables)

--- Formación (transmitir habilidades ej. competencias sociales, toma de decisiones)

--- Capacitación (proporcionar posibilidades o reducir obstáculos para fomentar la modificación de conductas, p.ej. dar apoyo escolar, empoderar a padres, tratar el TDAH)

- Incentivación (crear expectativas de recompensa, p.ej. autoestima al reducir consumo, premios para controlar impulsos)

- Presión normativa (crear expectativas de punición, vergüenza o incrementar costes, p.ej. aumentando el precio mínimo de alcohol, normas sociales entre pares)

- Restricción (usar reglas/normas para reducir las oportunidades de los comportamientos a prevenir, p.ej. prohibición de ventas a menores, o de fumar en espacios cerrados)

--- Reestructuración de contexto/ambiente (modificar ambientes sociales o físicos, p.ej. bares con mejor ventilación, iluminación, y menos gente intoxicada; barrios con mayor cohesión social; buena protección de menores).

--Otros (especifique a continuación)

Acciones de articulación en red para generar opciones de inclusión social de jóvenes consumidores y sean así beneficiarios de diversos servicios.

5. Programa de formación y materiales producidos

Para el desarrollo de la Estrategia Retomas, se toman materiales y metodología diseñados por la Corporación Surgir mucho antes del diseño y ejecución de este proyecto.

El proyecto desarrolló protocolos de talleres propios para la realización de actividades formativas.

Para la atención individual (prevención indicada) se retomaron algunos aspectos de una experiencia previa de la Alcaldía de Bogotá titulada “Estrategia de orientación a jóvenes con consumos iniciales de drogas” (2013). Esta atención individual fue enriquecida mediante el análisis de los resultados de la línea de base; es decir, a partir de los resultados de cada uno de los indicadores de ésta, se diseñaron unos logros, que se convirtieron en las metas a desarrollar, haciendo un plan de intervención con cada joven. Esto incluye las acciones de inclusión social ya mencionadas. Así por ejemplo, si un joven presenta bajo rendimiento académico, consumo experimental de marihuana, problemas familiares y actitud favorable del consumo de SPA entre amigos, se hace un plan que incluya refuerzo de las materias que está perdiendo, intervención breve respecto a la sustancia que está consumiendo y las motivaciones para ello, intervención educativa con el padre o madre de familia y actividad educativa sobre presión de pares, respectivamente.

Las actividades comunitarias se desarrollan bajo un esquema de diagnóstico – planeación comunitaria – desarrollo de actividades comunitarias. El diagnóstico sirve para identificar las situaciones de riesgo que la comunidad está en capacidad de intervenir; luego se diseña un plan comunitario que contiene diversas actividades de movilización comunitaria, formativas, entre otras, el cual es ejecutado por la misma comunidad en compañía del equipo técnico del proyecto.

En el proyecto es muy importante la gestión interinstitucional, buscando identificar redes de recursos que permitan generar apoyos al proyecto. En este sentido se ha hecho gestión con entidades municipales para que lleven sus servicios a la comunidad y para que los jóvenes intervenidos accedan a ofertas de uso del tiempo libre, educación, salud. Se busca también hacer gestión para que los jóvenes que requieran tratamiento lo reciban. Se gestionan recursos comunitarios, representados en organizaciones o personas de la comunidad que están dispuestas a ofrecer algún tipo de apoyo al proyecto de forma voluntaria.

6. Evaluación

El proyecto no ha sido evaluado y tampoco se tiene previsto un recurso para ello. Sin embargo a partir de algunos indicadores, especialmente los que tienen que ver con la intervención de los estudiantes consumidores o en riesgo, será posible identificar algunos logros gracias a que se tiene la línea de base de cada joven. Para ello el proyecto ha diseñado un instrumento de seguimiento de la atención individual en el que se pueden observar si hubo o no logros en relación a cada caso; en él se podrán ver aspectos tales como el tiempo que lleva el joven sin consumir, cambios en creencias respecto al consumo de SPA, los resultados de las remisiones, entre otros.

El proyecto contempla la sistematización de la experiencia con el fin de sacar las buenas prácticas y lecciones aprendidas.

7. Resultados

A la fecha no pueden evidenciarse resultados respecto a los indicadores, pues el proyecto aún está en proceso. Se espera que los instrumentos diseñados para el seguimiento de los casos permitan obtener información de cambios en las conductas de los jóvenes intervenidos en la atención individual. Para los procesos grupales y comunitarios podrá obtenerse información acerca de la percepción de ellos sobre el proceso. También se está estimando la posibilidad de seleccionar algunos de los indicadores de la línea de base, para hacer un comparativo; esta estrategia depende de si el proyecto alcanza o no a optimizar el recurso humano del que dispone para llevar a cabo esta tarea, sin detrimento de las acciones operativas que tienen a cargo, pues no se cuenta con recurso para la línea de cierre.

8. Valoración porque el proyecto/programa es valorado como buena practica: informaciones sobre su aceptabilidad, utilidad y pertinencia percibida entre el los involucrados (incluyendo el grupo diana).

- El proyecto parte de una línea de base y un diagnóstico situacional

- La línea de base ha sido tenida en cuenta para identificar los factores de riesgo a que están expuestos los jóvenes, priorizando estrategias relacionadas con cada uno de los factores.

- El proyecto ha tenido en cuenta factores de riesgo teóricos como los evidenciados en la línea de base, pero además criterios prácticos para la elección de la población diana, tales como el inicio de consumos experimentales y los problemas comportamentales.

- El proyecto ha buscado priorizar los grupos diana respecto a los factores identificados. Es decir, aunque la mayoría de factores de riesgo estaban presentes en casi todos los grados escolares, se priorizaron aquellos que mostraron mayor relevancia por cada grado para ser trabajados.

- El proyecto incluye el trabajo en Factores protectores, de modo que los grupos diana también tengan la oportunidad de acceder opciones que les permitan mejorar sus condiciones de vida.

- Combina estrategias grupales e individuales, y estrategias comunitarias y de gestión interinstitucional para conseguir sus objetivos. Por tanto no está centrado solo en logros de tipo cognitivo, sino también de inclusión social y empoderamiento comunitario.

- La población intervenida ha manifestado su agrado con las estrategias implementadas y la administración del Municipio de Itagüí la valora como una práctica a replicar en otros lugares del municipio.

9. Referencias bibliográficas

El proyecto no ha desarrollado productos bibliográficos propios.

Puede consultarse información de la estrategia de comunicación en:

<http://www.corporacionsurgir.org/surgir/index.php/noticias-surgirenas/noticias-predem>

10. Datos entidad:

- a. Nombre Organización: CORPORACIÓN SURGIR
- b. Dirección: Calle 55 N° 45-30, (Perú con El Palo)
- c. Municipio: Medellín Provincia: Antioquia País: Colombia
- d. Teléfono: (574)5111133 FAX: (574)5111133
- e. Correo Electrónico: info@corporacionsurgir.org,
- f. Sitio Web: www.corporacionsurgir.org

a. Resumen breve de la misión y el enfoque de la organización:

PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

SURGIR es una Organización No Gubernamental, con una trayectoria de 35 años de trabajo en prevención del consumo indebido de sustancias psicoactivas, mediante la promoción de estilos de vida y entornos saludables.

Nace en 1979 como respuesta a la necesidad de incrementar estrategias eficaces para la prevención del uso indebido de sustancias psicoactivas en Colombia. Aborda su labor desde un enfoque integral de promoción de la salud.

Desde su fundación SURGIR ha orientado sus programas a todos los grupos poblacionales, participa en redes locales, nacionales e internacionales y desde allí contribuye a la definición de políticas y programas, interviniendo en importantes proyectos de desarrollo social locales, regionales y nacionales, lo que a su vez ha generado una amplia experiencia en el tema, que se ve plasmada en los programas, investigaciones y productos pedagógicos desarrollados por la institución.

MISIÓN

SURGIR fortalecerá su liderazgo en Latinoamérica en la Prevención del Uso Indebido de Sustancias Psicoactivas y problemas asociados, en los marcos de la Promoción de la Salud, con diferentes grupos poblacionales de todo el país, mediante estrategias efectivas, participativas, innovadoras, medibles y acordes con las necesidades de nuestros públicos; basados en el respeto, la científicidad el profesionalismo y la creatividad.

VISIÓN

SURGIR fortalecerá su liderazgo en Latinoamérica en la Prevención del Uso Indebido de Sustancias Psicoactivas y problemas asociados, en los marcos de la Promoción de la Salud, con diferentes grupos poblacionales de todo el país, mediante estrategias efectivas, participativas, innovadoras, medibles y acordes con las necesidades de nuestros públicos; basados en el respeto, la científicidad el profesionalismo y la creatividad.

Persona de contacto

- a. Nombre: Margarita María Sánchez
- b. Cargo: Directora Teléfono: (574)5111133
- c. Correo Electrónico: msanchez@corporacionsurgir.org

11. Información adicional

Número de personas participantes:

Equipo y profesionales: 2 psicólogos, 1 trabajador social, 1 sociólogo y coordinador de proyecto

Tipo de evaluación (interna/externa): está prevista una evaluación externa pero no orientada al impacto sino a los procesos

12. Presupuesto

U\$ 151.000 para un año





1. Programa o proyecto:

FUTURO POSIBLE

Programa de Inclusión Educativa

a. Resumen ejecutivo (breve descripción del proceso)

El Programa se desarrolla en torno a dos ejes fundamentales: becas anuales que se les otorga a los alumnos y el acompañamiento permanente a cargo de un Tutor y el Equipo Técnico de la Fundación. Los alumnos que reciben esta asistencia cursan los dos niveles de la Educación Obligatoria (primario y secundario) y el Nivel Universitario. Son niños y jóvenes cuya situación económica los pone en riesgo de deserción.

Mientras pertenecen al Programa los alumnos participan, según el grupo etáreo al que pertenecen, de actividades que estimulan su permanencia en los estudios.

b. Tipo de intervención

Tipo	Prevención	Tratamiento	Inserción social	Reducción de daños	Otros
	<i>Selectiva</i>		<i>Acceso a la educación</i>	<i>medio festivo, ...)</i>	<i>Formación, Asesoramiento...</i>

c. Descripción de los beneficiarios directos e indirectos

Rasgos distintivos: Niños y jóvenes de bajos recursos, incluso algunos institucionalizados, provenientes de hogares NBI que demuestran junto con sus familias un alto grado de compromiso con el estudio.

d. Descripción de los beneficiarios directos e indirectos

Nº Beneficiarios directos

209

Nº Beneficiarios indirectos

836

e. Ubicación/País

República Argentina. Provincia de Salta

f. Fechas de ejecución

1° de Abril a 23 de Diciembre de cada año.

2. Objetivos e Indicadores

a. Objetivo General:

Promover la igualdad de oportunidades educativas de niños y jóvenes de bajos recursos socioeconómicos.

b. Objetivos Específicos e indicadores de resultados

Objetivo específico 1 :

ACRECENTAR EL GRADO DE COMPROMISO CON EL ESTUDIO.

Indicadores del resultado 1

- Asistencia a reuniones de acompañamiento.
- Mejora en las calificaciones.
- Informes favorables de la institución educativa.

Objetivo específico 2 :

LOGRAR MAYOR PRESENTISMO Y PARTICIPACIÓN EN CLASE.

Indicadores del resultado 2

- Asistencia a clase del 80% como mínimo
- Participación pro activa en las actividades escolares.

Objetivo específico 3 :

LOGRAR UN EFECTO MULTIPLICADOR

Indicadores del resultado 3

- Colaboración con compañeros que no participan del programa.
- Apoyo voluntario de los universitarios y secundarios para con los niños becados de primaria.
- Influencia positiva entre los miembros de su familia, escolarizados o no o analfabetos.

3. El contexto y la teoría

a. Situación inicial

En Argentina, el 56,4 de los menores de 14 años viven en hogares pobres. Uno de cada dos jóvenes no termina la escuela secundaria. Esta situación que resulta profundamente excluyente, nos animó a implementar un Programa que intente incluir a la mayor cantidad de niños y jóvenes al sistema educativo así como comprometer a la comunidad en este desafío. Se partió en 2005 de una Alianza estratégica con Fundación Cimientos actuando en Red con 10 ong .

b. Supuestos básicos/teoría

El concepto del trabajo con la "zona de desarrollo próximo" de Lev Vygotski entendido como la distancia entre el nivel de desarrollo efectivo que podría alcanzar el alumno por sí sólo y el nivel de desarrollo potencial, aquello que sería capaz de hacer con la ayuda de un adulto o compañero más capaz. Este concepto fundamenta gran parte de nuestras acciones.

Indique las técnicas de modificación de comportamiento aplicadas en la intervención (En rigor, todos los componentes de intervenciones preventivas podrían ser atribuidas a una o varias de las 9 funciones listadas aquí):

---Persuasión (usar comunicación para inducir sentimientos o acciones)

--- Educación (crear conocimiento y comprensión)

---Modelamiento (proporcionar modelos a seguir o a imitar, p.ej. adultos tutores, profesores estimuladores, o personajes atractivos con comportamientos deseables)

--- Formación (transmitir habilidades ej. competencias sociales, toma de decisiones)

--- Capacitación (proporcionar posibilidades o reducir obstáculos para fomentar la modificación de conductas, p.ej. dar apoyo escolar, empoderar a padres, tratar el TDAH)

---Incentivación (crear expectativas de recompensa, p.ej. autoestima al reducir consumo, premios para controlar impulsos)

Presión normativa (crear expectativas de punición, vergüenza o incrementar costes, p.ej. aumentando el precio mínimo de alcohol, normas sociales entre pares)

Restricción (usar reglas/normas para reducir las oportunidades de los comportamientos a prevenir, p.ej. prohibición de ventas a menores, o de fumar en espacios cerrados)

--- Restructuración de contexto/ambiente (modificar ambientes sociales o físicos, p.ej. bares con mejor ventilación, iluminación, y menos gente intoxicada; barrios con mayor cohesión social; buena protección de menores).

---Otros (especifique a continuación)

Actividades de voluntariado como forma de retribuir en otros que lo necesitan lo que ellos han recibido.

4. Programa de formación y materiales producidos

Encuentros Anuales de capacitación de EA (Tutores o encargados de acompañamiento) de todas las instituciones de la Red.

Encuentros anuales de Coordinadores de programas y Directores de ONG.

Capacitación permanente de técnicos del programa.

5. Evaluación

Tipo de evaluación e instrumentos utilizados:

Evaluación de tipo cualitativo no experimental transeccional descriptivo.

Herramientas: Sistema operativo CRM (Customer Relation Management).

Grupos focales. Entrevistas semidirigidas. Planillas de seguimiento. Informes.

6. Resultados

El 82% de los alumnos que ingresaron al programa finalizaron sus estudios obligatorios.

El 90 % de los alumnos de primaria pasaron de grado.

El 20 % de los alumnos que ingresaron al programa en 7° grado continuaron sus estudios universitarios y terciarios.

7. Valoración porque el proyecto/programa es valorado como buena practica: informaciones sobre su aceptabilidad, utilidad y pertinencia percibida entre el los involucrados (incluyendo el grupo diana).

Según las percepciones recogidas entre todos los actores:

Las autoridades escolares valoran la figura del tutor como nexo positivo y favorecedor en la dedicación al estudio, en la disciplina y en el factor imitación que produce en el curso.

Los alumnos resaltan las palabras: ayuda, sostén, consejo, explicaciones académicas y la posibilidad de comunicarse en torno a otros problemas de la edad.

8. Referencias bibliográficas

"Una trayectoria escolar acompañados". Macarena Patrón Costas. Tesis de Metodología de la Investigación Científica. Universidad de Flores.

Promoción de la resiliencia en los niños. Fundación Bernard Van leer. La Haya

"Una nueva mirada de la pobreza". Foro Mundial 1995. Costa Rica

9. Datos entidad:

a. Nombre Organización: FUNDACIÓN ANPUY

b. Dirección: _AVDA JAIME DURAND S/N

c. Municipio: SALTA

Provincia: SALTA

País: ARGENTINA

d. Teléfono: 543874254439

e. Correo Electrónico: _fundacionanpuy@gmail.com

f. Sitio Web: www.fundacionanpuy.com

a. Resumen breve de la misión y el enfoque de la organización:

MISIÓN:

POSIBILITAR LA INCLUSIÓN SOCIAL DE NIÑOS Y JÓVENES SALTEÑOS EN SITUACIÓN DE DESIGUALDAD A TRAVÉS DE ACCIONES ENCAMINADAS A PREVENIR SITUACIONES DE RIESGO.

La organización después de transitar por distintos tipos de programas de Prevención de Drogas a lo largo de sus 20 años de existencia cree que la educación y la permanencia en el sistema educativo, así como la referencia permanente con la Fundación ante cualquier dificultad de los niños y jóvenes constituyen el mejor factor de protección ante situaciones de riesgo como el consumo de drogas u otros. Es un trabajo más lento y de menos impacto en lo cuantitativo pero de muy buenos resultados. El Gobierno tiene un programa de becas sin tutoría ni seguimiento lo cual no da resultados medibles. La Fundación tiene como objetivo que el programa Futuro Posible pueda ser tomado por las autoridades gubernamentales para lo cual se trabaja permanentemente, junto con otras aportaciones que consideramos pueden optimizar las políticas públicas. Por otra parte la comunidad, a partir del aporte de los padrinos y una gran cantidad de colaboraciones en útiles, apoyo a eventos, materiales de construcción, servicios, se va involucrando desde un lugar que ya no es la simple caridad, sino en forma de compromiso con su ser ciudadano.

La sede de la Fundación se encuentra muy cerca de las villas de emergencia lo que hace que las acciones sean multiplicadoras. El trabajo "SE VE" y la transparencia en las acciones y el destino de los fondos es claro. Esto hace que contemos no sólo con la comunidad más próxima sino con instituciones extranjeras con las cuales tenemos convenios (IBM, FSD, etc) que nos envían voluntarios para colaborar con los aprendizajes de los niños y jóvenes los cuales tienen la oportunidad de conocer otras realidades, idiomas, etc. Hasta fin de año 2014 estuvieron con nosotros voluntarios brasileros, austríacos, japoneses, alemanes y estadounidenses (se incorporan ahora 30 jóvenes de EEUU) que participan enseñando inglés y en las actividades deportivas y de recreación. Por l general luego ellos desde sus países se convierten en padrinos y consiguen otros en sus lugares de trabajo.

Creemos que el acompañamiento y el sentido de pertenencia de los becados sino su entorno más próximo hace que la acción preventiva sea muy efectiva. Apostamos a que sea un modelo replicable y una muestra de que entre todos podemos cambiar una realidad en la cual la educación está en el último lugar.

Persona de contacto

a. Nombre: Irma Banegas de Lambois

b. Cargo: Presidente Teléfono: 543874362625.

c. Correo Electrónico: chitilambois@gmail.com

10. Información adicional

Número de personas participantes

Equipo y profesionales: 5

Tipo de evaluación (interna/externa):

interna

Otros...

El programa se sostiene con la única colaboración de la comunidad que colabora en sus distintas formas: como padrinos corporativos o individuales, con voluntariado y con donaciones para actividades puntuales.

11. Presupuesto

130.400 Euros

12. Información adicional

El gobierno colabora con el desayuno diario de los niños de primaria que asisten todos los días a la Fundación. Hay un compromiso de brindar a la Fundación de un importe mensual que permita contratar una Psicóloga y un Asistente Social que atenderán situaciones sociales relevantes como Violencia Familiar, Consumo problemático de Drogas, Abuso, etc.



1. Programa o proyecto:

Centro Residencial Portadaex
para la desintoxicación y deshabitación mujeres con problemas de adicción,
con o sin hijos/as a cargo.

a. Resumen ejecutivo (breve descripción del proceso)

La base de nuestro modelo educativo de intervención es utilizar técnicas cognitivo-conductuales, terapia sistémica, afectivo-emocional, psicodinámicas y terapias holísticas, que abarquen la drogodependencia como punta visible de una situación más compleja que incluye conflictos más profundos.

Para ello se diseña un plan individualizado de tratamiento que atiende a las necesidades y características propias de cada mujer en las diferentes fases del programa y por áreas de trabajo: sanitaria, psicológica, educativa-formativa, socio-familiar y de gestión administrativa, jurídico-penal, tiempo libre y ocio responsable.

Para llevar a cabo el plan anteriormente citado, se establecen dos fases de intervención: desintoxicación-estabilización y deshabitación, cada una de ellas con unos contenidos específicos y diferenciados que permiten contemplar el tratamiento como un proceso que intenta cubrir todo el curso de su evolución, desde que la usuaria comienza vislumbrar que tiene un problema hasta que tiene control sobre el mismo.

Es un centro urbano con características que evocan ambientes hogareños. Por tanto su capacidad es más reducida que cualquier centro de tratamiento de drogodependencias a la usanza del perfil masculino: ocho plazas.

b. Tipo de intervención

Tipo	Prevención	Tratamiento	Inserción social	Reducción de daños	Otros
		<i>tratamiento</i>			

c. Descripción de los beneficiarios directos e indirectos

Las beneficiarias directas son las residentes del Centro Residencial Portadaex. Los/las beneficiarios/as indirectos/as son los/as menores que las acompañan o bien los/as menores tutelados/as por la administración. Las familias que acompañan en el proceso.

d. Descripción de los beneficiarios directos e indirectos

Nº Beneficiarios directos

29 usuarias en el año 2015

Nº Beneficiarios indirectos

75

e. Ubicación/País

Villanueva de la Serena. Extremadura. España.

f. Fechas de ejecución

Programa Residencial con continuidad en el tiempo desde el año 1993.

Por tanto, en este año se ejecuta desde el 1 de Enero de 2016 a 31 de Diciembre de 2016, ininterrumpidamente.

2. Objetivos e Indicadores

a. Objetivo General:

1. Crear un ambiente de acogimiento y respeto que propicie el contacto empático entre las mujeres y el equipo terapéutico.
2. Acompañar y orientar a las mujeres en su proceso de desintoxicación y deshabituación, atendíéndolas en un sentido global.

b. Objetivos Específicos e indicadores de resultados

Objetivo específico 1 :

MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA FÍSICA Y PSÍQUICA DE LA USUARIA.

Indicadores del resultado 1

- Nº cursos realizados de Educación para la salud. Al menos 1/ año
- % de residentes atendidas en CEDEX.

Objetivo específico 2:

CONSEGUIR LA RETENCIÓN Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO.

Indicadores del resultado 2

- % de mujeres que finalizan proceso de desintoxicación.
- Nº participantes en Talleres transversales: valores, igualdad y perspectiva de género, mindfulness, educación emocional.

Objetivo específico 3:

PONER EN PRÁCTICA ESTRATEGIAS PARA FACILITAR EL CAMBIO EN EL ESTILO DE VIDA.

Indicadores del resultado 3

- Nº de mujeres que identifican situaciones y factores de riesgo, protección y estrategias de afrontamiento.
- Nº de familias que participan en proceso terapéutico
- Nº usuarias de medidas alternativas a la privación de libertad _____
- Nº usuarias que participan en el taller de formación y orientación laboral.

3. El contexto y la teoría

a. Situación inicial

Este programa residencial de desintoxicación y deshabitación se enfoca desde la perspectiva de género; esto permite analizar el problema de la asistencia teniendo en cuenta dos vertientes: la vulnerabilidad diferencial entre hombres y mujeres y el análisis de actitudes y resistencias al tratamiento, que se apoyan en los condicionantes de género que pueden suponer criterios importantes para establecer tratamiento específico: Influencia de los estereotipos sobre las mujeres con problemas de drogas, El miedo a la estigmatización por presentar problemas de drogodependencias, otras conductas adictivas, patologías psiquiátricas asociadas y ser mujer. Dificultad en el acceso a los recursos por cuestiones relacionadas con la maternidad y el miedo a perder la custodia de los hijos. Frecuente sexualidad traumática: abusos, maltratos, prostitución. Menor espíritu gregario: bastantes mujeres drogodependientes suelen no agruparse, ni siquiera relacionarse entre sí, ya que muchas de ellas sólo se relacionaron con hombres y parejas. Ello les conduce a una situación de inhabilidad social y torpeza comunicativa. Carencia de redes de apoyo. Bidependencia. Tendencia a la automedicación. Autoconcepción infravalorada. Problemas de salud física y mental que enmascaran el abuso de drogas, etc.

b. Supuestos básicos/teoría

Partiendo del supuesto precedente y constatando que la mayoría de las mujeres han vivido su “normalidad social” y han creído fracasar, el equipo terapéutico intenta trabajar para devolverles la atención a lo único que han perdido de vista en su dramático periplo vital: a sí mismas, mediante un proceso de transformación de la persona, un proceso de desarrollo vital. Por ello el modelo se sustenta en la acción terapéutica con estrategias de intervención psico-educativa, a través del reconocimiento persona a persona de las emociones, costumbres, estados de ánimo y su gestión; la conexión con el cuerpo y el impacto cuerpo-mente, a través de técnicas como el yoga, relajación y meditación para lograr equilibrio y reconocimiento de talentos propios para poder hallar su lugar en el mundo... Crear feedback terapéutico es en definitiva el esfuerzo del profesional para el desarrollo de dichos procesos.

4. Actividades

Según áreas: A. psicológica, A. sanitaria, A. sociofamiliar y de gestión administrativa, A. educativa-formativa, A. jurídico-penal, A. tiempo libre y ocio responsable, A. ocupacional y prelaboral.

Coordinación con CEDEX, preparación y dispensación de pautas farmacológicas, seguimiento patologías, Taller de agentes de salud. Terapias psicológicas individuales y grupales. Paseo vigoroso. Yoga. Teatro y Expresión corporal; educación práctica en valores; Taller de formación y orientación laboral. T. alfabetización tecnológica. Taller de chikung, yoga. Terapias en medio acuático. Participación en foros comunitarios.

Educación práctica en igualdad y perspectiva de género; educación formal para estimular el intelecto y facilitar el entrenamiento cognitivo. Coordinación con administraciones públicas: trabajo en red, etc... ..Normalización de situación jurídico-penal.

Indique las técnicas de modificación de comportamiento aplicadas en la intervención (En rigor, todos los componentes de intervenciones preventivas podrían ser atribuidas a una o varias de las 9 funciones listadas aquí):

- Persuasión (usar comunicación para inducir sentimientos o acciones)
 - Educación (crear conocimiento y comprensión)
 - Modelamiento (proporcionar modelos a seguir o a imitar, p.ej. adultos tutores, profesores estimuladores, o personajes atractivos con comportamientos deseables)
 - Formación (transmitir habilidades ej. competencias sociales, toma de decisiones)
 - Capacitación (proporcionar posibilidades o reducir obstáculos para fomentar la modificación de conductas, p.ej. dar apoyo escolar, empoderar a padres, tratar el TDAH)
 - Incentivación (crear expectativas de recompensa, p.ej. autoestima al reducir consumo, premios para controlar impulsos)
 - Presión normativa (crear expectativas de punición, vergüenza o incrementar costes, p.ej. aumentando el precio mínimo de alcohol, normas sociales entre pares)
 - Restricción (usar reglas/normas para reducir las oportunidades de los comportamientos a prevenir, p.ej. prohibición de ventas a menores, o de fumar en espacios cerrados)
 - Reestructuración de contexto/ambiente (modificar ambientes sociales o físicos, p.ej. bares con mejor ventilación, iluminación, y menos gente intoxicada; barrios con mayor cohesión social; buena protección de menores).
 - Otros (especifique a continuación)
- mecanismos de concienciación: mindfulness. Estrategias de gestión y desarrollo afectivo-emocional.

5. Programa de formación y materiales producidos

Formación a profesionales del sector, a personas voluntarias y a estudiantes que realizan ciclo en prácticas.

No hemos editado material aún.

6. Evaluación

Tipo de evaluación e instrumentos utilizados: Evaluación en equipo, por objetivos individuales de cada residente, en reunión de coordinación semanal. Cuestionarios de satisfacción. Cuestionario finalización 1ª fase: desintoxicación, cuestionario finalización 2ª fase: deshabituación. Cuestionario finalización estancia en V.A..

7. Resultados

El total de usuarias atendidas en este año 2015 ha sido de 29 residentes más 8 residentes procedentes del año 2014.

La media de estancia en el programa ha sido de cuatro meses.

El porcentaje de usuarias del programa que alcanzaron el alta terapéutica ha sido de un 59%, contando con que 8 usuarias prosiguen en el programa (suponen un 28% del total).

8. Valoración porque el proyecto/programa es valorado como buena practica: informaciones sobre su aceptabilidad, utilidad y pertinencia percibida entre el los involucrados (incluyendo el grupo diana).

Este programa, como respuesta del movimiento asociativo de esta localidad, se halla plenamente instaurado e integrado en la red de recursos públicos. Igualmente se halla integrado en la red autonómica de drogodependencias PIDCA(Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas).Se ha desarrollado en atención a la demanda de evolución de las propias involucradas y para dar respuesta a los problemas que las administraciones públicas, por si mismas, no pueden resolver. APOYAT recibió el 25 de Octubre de 2012 el Premio Humanidad en la Modalidad del Principio de IMPARCIALIDAD del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja.

9. Datos entidad:

- a. Nombre Organización: APOYAT(Asociación para la Prevención, Orientación y Ayuda al drogodependiente)
- b. Dirección: C/Santa Teresa 1
- c. Municipio: Villanueva de la Serena Provincia: Badajoz País: España
- d. Teléfono:924845440 FAX: 924111019
- e. Correo Electrónico: apoyat@apoyat.org
- f. Sitio Web: www.apoyat.org

a. Resumen breve de la misión y el enfoque de la organización:

El fin primordial de la asociación es trabajar en la prevención de adicciones y ayuda al dependiente para su reinserción en la sociedad, tanto a nivel individual, como familiar y/o social.

Persona de contacto

- a. Nombre: Francisca Hidalgo Ortiz
- b. Cargo: Coordinadora Técnica Teléfono: 646577763/924845440
- c. Correo Electrónico: apoyat@apoyat.org fhidalgoreja@gmail.com

10. Información adicional

- Número de personas participantes 2
- Equipo y profesionales 9
- Tipo de evaluación (interna/externa): interna
- Otros...

11. Presupuesto

Para este año 2016 contamos con los siguientes ingresos: S.E.S. 153.000€; IBERCAJA 3000€; Ayuntamiento de Villanueva de la Serena 8.749€; Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad 28.606€. TOTAL: 193.354€, de los cuales 156.880€ son destinados a gastos de personal y los 36.474€ restantes a gastos de mantenimiento del Centro Residencial.

12. Información adicional

DECLARADA DE UTILIDAD PUBLICA (O.M. DE 30 DE JUNIO DE 1998)



1. Programa o proyecto:**Noctámbul@s:****Observatorio cualitativo de abusos sexuales en contextos de ocio nocturno y drogas****a. Resumen ejecutivo (breve descripción del proceso)**

El presente proyecto pretende profundizar en la relación existente entre el consumo de drogas, el acoso y los abusos sexuales en los contextos de ocio nocturno. El proyecto se inscribe en una línea de prevención y reducción de riesgos, partiendo de un enfoque basado en acciones de intervención universal y selectiva.

Se trabaja para la comprensión de las creencias, actitudes, motivaciones y comportamientos que dan los y las jóvenes sobre el consumo de drogas y la sexualidad, a partir de sus propios relatos y desde sus propias perspectivas, a través de una metodología cualitativa, más allá de la búsqueda del mero conocimiento descriptivo de los fenómenos. Recogiendo el discurso de la población juvenil de una forma abierta, espontánea y sin prejuicios, se consigue reproducir los discursos sociales arraigados así como profundizar en los temas clave y emergentes que surgen a lo largo del programa.

b. Tipo de intervención

Tipo	Prevención	Tratamiento	Inserción social	Reducción de daños	Otros
	<i>Indicada</i>			<i>medio festivo</i>	<i>Asesoramiento</i>

c. Descripción de los beneficiarios directos e indirectos

Beneficiarios/as directos: Chicos y chicas de entre 16 y 35 años que consumen drogas y frecuentan espacios de ocio nocturno.

Beneficiarios/as indirectos: profesionales del ocio nocturno y de atención y detección de situaciones de abuso sexual. Se podrían contabilizar de forma clásica todos los beneficiarios/as indirectos teniendo en cuenta entre 3 y 4 personas del entorno de la persona beneficiaria directa pero hemos preferido contabilizar el colectivo de profesionales con el que también se trabaja en el proyecto, aunque no sea el colectivo principal

d. Número de beneficiarios directos e indirectos

Nº Beneficiarios directos

572 jóvenes y 44 personas informantes clave

Nº Beneficiarios indirectos

324 profesionales

e. Ubicación/País

España: tres comunidades autónomas. Catalunya, Madrid, Valencia

f. Fechas de ejecución

Proyecto de continuidad. Actualmente lleva 2 años en funcionamiento.

2. Objetivos e Indicadores

a. Objetivo General:

Propiciar un conocimiento continuo sobre el actual consumo de drogas, ocio juvenil y su relación con los abusos sexuales en distintas comunidades españolas para poder proponer campañas preventivas efectivas.

b. Objetivos Específicos e indicadores de resultados

Objetivo específico 1 :

ANALIZAR LA PERCEPCIÓN ACTUAL QUE SE TIENE SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS, LA SEXUALIDAD Y LOS ABUSOS SEXUALES PARA ENTENDER HASTA QUÉ PUNTO SE NORMALIZA LA VIOLENCIA DE GÉNERO (GRADO DE PERCEPCIÓN ENTRE LOS Y LAS JÓVENES)

Indicadores del resultado 1

- Grado de percepción/normalización de lo que es violencia y lo que no por parte de los y las jóvenes

Objetivo específico 2:

ANALIZAR LAS ACTITUDES SOBRE LOS USOS Y CONSUMOS DE LAS DROGAS ACTUALES Y EMERGENTES, PRESTANDO ESPECIAL ATENCIÓN AL USO DE DROGAS RECREATIVAS PARA FOMENTAR LA DESINHIBICIÓN Y EL DESEO SEXUAL (ALCOHOL, COCAÍNA, MDMA).

Indicadores del resultado 2

- Drogas más frecuentemente relacionadas con distintos tipos de agresiones sexuales
- Registro de sustancias consumidas por mujeres agredidas sexualmente que han acudido a servicios públicos de urgencias

Objetivo específico 3:

AHONDAR EN LA AUTOPEPERCIÓN DE LAS PROPIAS MUJERES CONSUMIDORAS RESPECTO A SU DISPONIBILIDAD SEXUAL CUANDO HAN CONSUMIDO (Y SU RESPONSABILIDAD ANTE VIOLENCIA SEXUAL QUE PUEDEN VIVIR) ASÍ COMO EN EL IMAGINARIO COLECTIVO EXISTENTE ENTRE CONSUMO DE DROGAS DE LAS MUJERES Y JUSTIFICACIÓN DE LAS POSIBLES AGRESIONES QUE PUEDA VIVIR.

Indicadores del resultado 3

- Análisis discursivo sobre diferentes situaciones de agresiones sexuales vividas o observadas
- Análisis de diferentes campañas de espacios de ocio (pubs, clubs nocturnos...)

3. El contexto y la teoría

a. Situación inicial

La Fundación Salud y Comunidad tiene una larga trayectoria en el análisis, investigación e intervención en el consumo/abuso de drogas y los problemas asociados. Nos hemos especializado en poner el foco en la relación entre las drogas y otras situaciones asociadas. En ese sentido la interacción entre la violencia de género en todas sus formas y las drogas es, desde hace 15 años, una de nuestras líneas emblemáticas. Del mismo modo también lo ha sido el trabajo preventivo con los/las jóvenes.

Esta mirada poliédrica nos ha permitido observar un fenómeno que, aunque muy relevante, ha sido poco analizado hasta ahora como el abuso sexual en contextos de ocio vinculado al consumo/abuso de drogas.

En este sentido nuestros ya “veteranos” programas En Plenas Facultades y Malva apuntaban –ya hace algunos años– hacia la exploración y profundización en el análisis sobre la realidad de los abusos sexuales asociados al consumo de drogas en los contextos de ocio. La proximidad a la realidad de los/las jóvenes que nos aporta el proyecto En Plenas Facultades así como la perspectiva de género y conocimiento de la violencia que hemos incorporado con el proyecto MALVA nos proporciona un marco de referencia privilegiado para profundizar en una de las vertientes de la interacción entre la violencia de género y las drogas.

Esta perspectiva nos llevó a realizar una “pre-investigación” con una pequeña muestra de estudiantes universitarios/ a a partir de la cual pudimos confirmar que el abuso sexual relacionado con el consumo de drogas era un tema que requería un abordaje serio, en profundidad, y que estaba invisibilizado.

Como mostraremos en las próximas páginas, los abusos sexuales y la alta tolerancia a los mismos en los contextos de ocio representan uno de los principales riesgos asociados no sólo al abuso sino también al consumo de drogas en contextos de ocio en sí mismo. La histórica falta de perspectiva de género en el ámbito de drogas se ha ido paliando progresivamente en el ámbito del tratamiento a la mujer drogodependiente; aunque queda mucho camino por recorrer hemos ya avanzado. Sin embargo, hasta ahora, en los contextos preventivos y/o de reducción de riesgos, la especificidad de la violencia sexual no ha sido nombrada aun siendo –paradójicamente y a tenor de los resultados encontrados– uno de los principales riesgos de la “noche”, especialmente para las mujeres. La alta tolerancia de nuestra sociedad sobre los comportamientos abusivos de carácter sexual –especialmente bajo el efecto de drogas– ha contribuido a esconder el fenómeno. Es por ello que la Fundación Salud y Comunidad quiere, con este observatorio, iniciar una línea estable de trabajo específica desde el análisis y la intervención preventiva que aspira a cambiar la mirada de los y las jóvenes pero también de los/las profesionales que intervienen en estos contextos (tanto desde la industria del ocio como desde la prevención/reducción de riesgos).

En esta primera fase del Observatorio sobre abusos sexuales en espacios de ocio nocturno pretendemos ofrecer una mirada general e introductoria sobre el fenómeno. Cada uno de los elementos, contextos, situaciones descritas –y otras más– requieren de una mayor profundización que llevaremos a cabo en las siguientes etapas. Un fenómeno tan poco conocido y analizado y de tanto alcance como éste requiere de un “zoom” específico para cada una de las cuestiones que vamos descubriendo.

Lo que tenemos ahora delante es la constatación de la necesidad de abordar esta cuestión desde el trabajo en drogas en contextos de ocio y un primer esbozo sobre cuáles serían las cuestiones imprescindibles a tener en cuenta si intentamos incidir e intervenir en el fenómeno.

b. Supuestos básicos/teoría

La violencia sexual en el marco de sistema sexo-género-sexualidad

El concepto de “género” se utiliza como una categoría de análisis para visibilizar y explicar de qué forman han sido construidas socialmente las diferencias entre hombres y mujeres en nuestra sociedad y como éstas han sido una herramienta clave para justificar la desigualdad entre unos y otras. Las perspectivas biologicistas han tratado de explicar las diferencias entre hombres y mujeres argumentando que existe un cierto determinismo genético que aboca a que unas y otras sean distintos. Las teorías de la construcción social del género abogan por diferenciar las categorías de sexo y de género, señalando que el sexo hace referencias a aquellas diferencias anatómicas y corporales y que el género abarca todos aquellos comportamientos, gestualidades y experiencias que hacen referencia a la masculinidad o a la feminidad y que tienen que ver con un aprendizaje social y cultural.

Este modelo de organización social es el que denominamos aquí el sistema sexo-género-sexualidad y consiste en asignar distintos comportamientos, roles y sexualidades a las personas en función de su sexo. Consiste principalmente en naturalizar que las personas que nacen en un cuerpo de hombre sean naturalmente masculinos y heterosexuales y que las personas que nacen en cuerpos de mujer sean naturalmente femeninas y heterosexuales, como si ese fuera su destino biológico cuando es en el fondo un mandato social para sostener un determinado modelo social, económico y político que se basa principalmente en la superioridad de los hombres frente a las mujeres, en la jerarquía de los valores asociados a la masculinidad frente a los valores asociados a la feminidad.

Uno de los ámbitos en los que se hace más evidente la presencia del género en la asignación de comportamientos y jerarquía de roles es en la sexualidad. La construcción social de la sexualidad masculina y femenina está principalmente basada en el mito de la sexualidad irrefrenable, compulsiva y brutal de los hombres y frente a la sexualidad pasiva, vinculada al amor romántico y a la intimidad de las mujeres.

Las violencias de género son todas aquellas violencias que emergen desde este sistema para castigar aquellos comportamientos, experiencias que ponen en cuestión el modelo sexo-género-sexualidad, o que directamente tratan de abolirlo. La principal de violencia de género es la que ejerce sobre las mujeres tratando de que éstas se mantengan en un lugar subalterno a los hombres y castigando aquellos comportamientos que no les son propios o que se considera que no les corresponden. Además de esta violencia, este sistema social también castigo a aquellos hombres que incumplen el mandato de la masculinidad tradicional o a aquellas personas que incumplen el mandato de la heterosexualidad o de la cissexualidad obligatoria.

Una de las principales formas en las que se expresa la violencia de género hacia las mujeres es la violencia sexual. Como señalábamos anteriores, la sexualidad femenina está fuertemente limitada por diversos mandatos de género que convierten a las mujeres que no cumplen dichas normas en objetivos de la violencia sexual. Diversos informes de organismos internacionales (ONU, 1994; OMS 2002; OMS 2013) reconocen la violencia sexual como una realidad sumamente urgente y compleja que impacta en las mujeres de todo el mundo. En cuando a la legislación, el marco legal Estado español tipifica la violencia sexual, las agresiones sexuales, el abuso sexual, el acoso sexual en su Código Penal (artículos 179-184 del Código Penal).

Espacios de ocio nocturno y consumo de drogas desde una perspectiva de género

La perspectiva de género ha aparecido en los últimos años como un marco teórico necesario para interpretar el consumo de drogas de las mujeres. A pesar de ello todavía hoy son muchos los discursos que abordan las drogas desde una mirada androcéntrica y cuando incorporan las diferencias entre hombres y mujeres en el consumo es para explicar las diferencias consecuencias biológicas de los consumos en función del sexo.

En el contexto español se observa que las mujeres se incorporan más tarde que los hombres al consumo recreativo de drogas. No es hasta los años ochenta a través de la normalización del alcohol y de la emergencia de una contracultura tecno y la popularización del éxtasis que las mujeres se suman a esta práctica recreativa de forma más generalizada. Y a pesar de que la llegada de la cultura tecno se presenta como un espacio de mayor libertad para las mujeres y para los hombres homosexuales tras los primeros años está pautada y cambiando a medida que la escena tecno va siendo absorbida por el sistema de ocio dominante y va perdiendo su ideología. En los años noventa y dos mil las diferencias de género en los espacios de ocio nocturno se reifican señalando distintos papeles y exponiéndote a distintos riesgos a hombres y a mujeres en dichos espacios.

La incorporación de las mujeres al consumo en los contextos de ocio explicada también por los discursos de la normalización ha funcionado en algunos casos como un espejismo dando a entender que la igualdad en el consumo viene acompañada de una igualdad en los contextos de consumo. En este sentido, algunos estudios señalan que el género sigue siendo una variable de análisis clave para comprender no sólo las diferencias en las formas de consumir, sino en la desigualdad todavía latente entre hombres y mujeres en los espacios de ocio nocturno. Y en el caso concreto de este observatorio, el análisis desde la perspectiva de género es fundamental para comprender como opera la violencia sexual en estos contextos.

Aunque a simple vista podría parecer que las diferencias de género se están desvaneciendo en tanto que las mujeres están adoptando la pauta de consumo masculina, algunas investigaciones plantean que el objetivo de esos consumos, la expectativa de la diversión, la pérdida o no del control siguen de algún modo reproduciendo las normas de la masculinidad y la feminidad hegemónica. Concretamente se observa que las mujeres tienen como objetivo divertirse cuando salen sin que eso vaya necesariamente acompañado de consumir hasta perder el control a diferencia de los chicos quienes si encuentran una diversión en la pérdida de control debida al consumo de drogas. Esta idea está relacionada con que la pérdida de control no impide cumplir con los mandatos de género masculinos, es más, esa actitud de buscar los límites y riesgos es parte esencial de la masculinidad. En cambio, cuando una chica pierde el control deja de poder reproducir los mandatos de la feminidad ya sea siendo una buena anfitriona en una fiesta en casa, o hablando y a veces cuidando de sus amigas en una discoteca. Es decir que aunque las mujeres puedan transgredir los roles de género bebiendo no es algo que generalmente les divierta. Es decir que la diversión tiene género (Oostergard, 2007).

El hecho de que las mujeres jóvenes consuman como los hombres en los espacios de ocio nocturno, beban cantidades similares y se emborrachen como ellos no nos dice que estas mujeres estén transgrediendo la pauta de la feminidad sino que están respondiendo a los mandatos de una nueva identidad femenina hegemónica que pasa por presentarse como una mujer liberada dejando de lado los factores de protección de la feminidad tradicional. Como dice Measham (2002) no es que las drogas estén transformando los roles de género es que consumir drogas es responder a los mandatos de género. Al contrario de lo que podríamos pensar basándonos en una concepción del género femenino clásica en la que consumir drogas es algo masculino, en la actualidad parece que consumir es también un ritual de paso de la feminidad. Es decir los mandatos de género pueden presentarse de distinta forma y de hecho van evolucionando con la sociedad y la cultura y eso no implica que se altere o cuestione el sistema de desigualdad entre hombres y mujeres. La forma en la que se expresan las diferencias de género en los contextos de ocio nocturno han ido evolucionando y eso ha hecho que se equiparen algunas prácticas en el consumo pero la desigualdad entre unas y otros sigue latente y a menudo cuesta identificarla dado este nuevo escenario en el consumo.

El papel de las drogas en la violencia sexual

En la última década, la realidad de la violencia sexual en los espacios de ocio nocturno y el consumo de drogas han tomado una especial relevancia en el contexto europeo tras las distintas voces de alarma emergentes en distintos países del aumento de mujeres agredidas sexualmente mediante el uso de sustancias. El concepto “drug-facilitated sexual assault” acuñado por el gobierno británico y más tarde reconocido por el Consejo de Europa se divide en dos tipos de agresiones: las premeditadas o proactivas en las que el agresor de forma intencionada proporciona una sustancia deshinibidora a la víctima y las oportunistas que abarcan las agresiones sexuales que se producen con una persona prácticamente inconsciente debido a un consumo voluntario de sustancias (García-Repetto y Soria, 2011). En la literatura científica española el término utilizado es el de “sumisión química” y aunque a veces se utiliza para referirse exclusivamente a las agresiones premeditadas dejando de lado las agresiones oportunistas, el Observatorio se enmarca en la definición propuesta por el Consejo de Europa abarcando las dos tipologías de agresiones y entendiendo la sumisión química en sentido amplio. En este sentido, parece que el contexto español la amplia mayoría de casos de sumisión química obedecen a patrones oportunistas (García Caballero et al,2014).

Para hacer frente a esta problemática, se han publicado realizado diversos estudios en el contexto español tratando de averiguar el papel de las drogas en la violencia sexual centrados en comprender que sustancias pueden llevar a una persona a agredir sexualmente a otra. Buena parte de estos trabajos que se enmarcan en las perspectivas biopsicológicas concluyen que el riesgo de experimentar violencia sexual es el mismo independientemente del sexo de la persona y vinculan la violencia sexual a uno de los riesgos del consumo de drogas. Estos discursos ejemplifican los riesgos de interpretar la realidad de las agresiones sexuales sin una perspectiva de género y ponen sobre la mesa la necesidad de observar esta realidad con una mirada feminista que parte de que las sustancias no están detrás de la violencia sexual sino la socialización de género y concretamente la construcción social masculina y femenina.

En relación a esta misma cuestión se han realizado interesantes aportaciones desde la criminología feminista y desde la psicología social que nos dan claves para pensar por que se producen violencias sexuales en los contextos de ocio nocturno y consumo de drogas.

Violencias sexuales en los contextos de ocio nocturno y consumo de drogas

Las causas de la violencia sexual en estos contextos recreativos están principalmente relacionadas con la socialización de género y no tanto con las sustancias consumidas.

Desde la criminología feminista se ha planteado que unas de las principales características de los espacios de ocio nocturno en relación a la violencia sexual tienen que ver con los códigos que funcionan concretamente en esos espacios. Los espacios de ocio nocturno son probablemente los espacios más permisivos con la violencia sexual en tanto que se asume que son espacios en los que se va a ligar y es probable que se produzcan encuentros y situaciones no deseados. Y por lo tanto la tolerancia y la gravedad que se otorga a estas situaciones serían totalmente impensable en cualquier otro contexto. Si un chico entrara borracho a una biblioteca y empezar a tocar a una chica sería mucho más castigado que en una discoteca. En este sentido, la mayoría de las chicas cuando salen de noche saben que con una alta probabilidad vivirán situaciones de violencia sexual de baja intensidad y entienden que forma parte del ocio nocturno (Graham et al,2010).

En cuanto a entender que es lo que hace posible que un chico agreda sexualmente a una chica se han desarrollado diversos enfoques explicativos. Las agresiones sexuales en los contextos de ocio nocturno podrían englobarse en tres tipos según la propuesta de Graham et al.(2010). En primer lugar se encuentran las situaciones que se producen de forma agresiva desde un inicio. A menudo producen un daño más bien emocional o psicológico que físico porque se producen en espacios sociales y no en la intimidad. Entre ellas estarían la invasión del espacio, los tocamientos, el acoso, etc. En segundo lugar estarían las que se convierten en agresivas tras un inicio no agresivo. Éstas suelen estar relacionadas con situaciones en las que chica decide en algún momento de la interacción rechazar la propuesta sexual y la agresión suele estar relacionadas de algún modo con la inseguridad y el orgullo del agresor. Y en tercer lugar las agresiones que las que son realizadas por terceras personas. En estos casos se trata de situaciones en las que la víctima busca a un amigo o conocido para poder apartarse de una persona con la que se está relacionando y a la que tiene dificultades para expresarle su rechazo. Las terceras personas suelen jugar un papel protector y es en algunos de estos casos cuando estas personas son las que llevan a cabo la agresión sexual (Graham et al.,2010).

Por otro lado, la socialización de género tiene también una fuerte influencia en la percepción que hombres y mujeres tienen de estar siendo agredidos. Eso explica porque cuando se realizan estudios preguntan a hombres y mujeres cuantas veces han vivido situaciones no deseadas en contextos de ocio nocturno a veces se igualan las respuestas positivas entre hombres y mujeres. Y es que los hombres se sienten agredidos antes que las mujeres frente al mismo tipo de acoso. Este fenómeno tiene diversas explicaciones: en primer lugar porque bajo las normas de flirteo de la heterosexualidad es mucho más visible cuando una chica se acerca a un chico que al revés y eso hace que se perciba como un gesto más invasivo, en segundo lugar debido a la alta tolerancia de las mujeres a la violencia sexual en estos espacios muchas de las situaciones que para los chicos son excepcionales para ellas son cotidianas y han sido normalizadas. Las diferencias de género en la percepción de la violencia sexual son una de las principales limitaciones a la hora de diseñar metodologías participativas para conocer la realidad de los espacios de ocio nocturno dado que algunas prácticas están sobredimensionadas y otras invisibilizadas (Becker y Tinckler, 2014).

Siguiendo esta línea en torno a las diferencias de género en torno a la percepción de la realidad, se han realizado también trabajos en relación a las distintas interpretaciones del consentimiento sexual. Esta cuestión ha sido estudiada por los estudios feministas desde una perspectiva general pero recientemente han aparecido trabajos centrados concretamente en el consumo de alcohol y las diferencias de género en el consentimiento sexual. Los resultados inferen que la cuestión del consentimiento sexual es más relevante para las mujeres a diferencia de los hombres que a menudo no hay pensado nunca en la cuestión. También se explicita como los hombres ante la duda tienden a pensar que ha habido consentimiento y las mujeres tienen a buscar un consentimiento explícito (Bellis y Gunby, 2012).

4. Actividades

Actividad 1: Diseño del estudio (muestra RDS), creación del observatorio y captación. Realización del RDS, captación de colaboradores/as y creación de la interfaz. Se desarrolla un sistema/herramienta que permite establecer un observatorio de forma estable y durable para, con un bajo coste, seguir obteniendo información una vez finalizado el estudio

Actividad 2: Diseño de guías cualitativas de trabajo (ejercicios de observatorio, entrevistas etnográficas y entrevistas líderes de opinión) y formación de los/las colaboradores

Actividad 3: Trabajo de Campo. Entrevistas, etnografías, observación no participante, Net-nografía,

Actividad 4: Análisis y tratamiento estadístico de los datos. Incluye el desarrollo de informes

Actividad 5: Propuesta de estrategias preventivas en base a los resultados del estudio

Indique las técnicas de modificación de comportamiento aplicadas en la intervención (En rigor, todos los componentes de intervenciones preventivas podrían ser atribuidas a una o varias de las 9 funciones listadas aquí):

---Persuasión (usar comunicación para inducir sentimientos o acciones)

--- Educación (crear conocimiento y comprensión)

Modelamiento (proporcionar modelos a seguir o a imitar, p.ej. adultos tutores, profesores estimuladores, o personajes atractivos con comportamientos deseables)

--- Formación (transmitir habilidades ej. competencias sociales, toma de decisiones)

--- Capacitación (proporcionar posibilidades o reducir obstáculos para fomentar la modificación de conductas, p.ej. dar apoyo escolar, empoderar a padres, tratar el TDAH)

Incentivación (crear expectativas de recompensa, p.ej. autoestima al reducir consumo, premios para controlar impulsos)

Presión normativa (crear expectativas de punición, vergüenza o incrementar costes, p.ej. aumentando el precio mínimo de alcohol, normas sociales entre pares)

Restricción (usar reglas/normas para reducir las oportunidades de los comportamientos a prevenir, p.ej. prohibición de ventas a menores, o de fumar en espacios cerrados)

--- Restructuración de contexto/ambiente (modificar ambientes sociales o físicos, p.ej. bares con mejor ventilación, iluminación, y menos gente intoxicada; barrios con mayor cohesión social; buena protección de menores).

Otros (especifique a continuación)

5. Programa de formación y materiales producidos

Material-guía para las formaciones de las personas colaboradoras

Informe final de resultados y propuestas preventivas



6. Evaluación

De cara a resolver de forma óptima los objetivos planteados nuestro análisis sobre la relación entre el consumo de drogas y los abusos sexuales, combinará varias metodologías cualitativas complementarias provenientes de la micro-sociología, la psicología social, la etnometodología y la antropología social y cultural, utilizando las siguientes técnicas:

- Respondent Driven Sampling (RDS)
- Observatorio SDA
- Entrevistas a líderes de opinión
- Entrevistas etnográficas en zonas de ocio nocturno y en redes sociales (net gráficas en espacios virtuales creados ad hoc por el Observatorio y otros espacios virtuales naturales existentes)
- Grupos de discusión

El plan de análisis/evaluación se ha estructurado en:

- Entrevistas en profundidad: Es una técnica que nos permite indagar y profundizar sobre un tema determinado con el objetivo de diagnosticar necesidades y detectar oportunidades de mejora.
- Grupos focales: entrevistas grupales para conocer aspectos clave para la implementación del estudio.
- Etnografía: Es un método de investigación que consiste en observar las prácticas culturales y sociales de los jóvenes para luego contrastar con ellos lo que la gente dice y hace. Es una de las ramas de la Antropología social que inicialmente se utilizó para estudiar las comunidades aborígenes y actualmente se aplica para el estudio de comportamientos contemporáneos y urbanos.
- Observación no participante: Es una técnica de observación en la que el personal investigador va anotando el comportamiento de la gente desde la distancia y respetando al máximo la objetividad.
- Netnografía: Consiste en el análisis del comportamiento de las personas en el entorno on-line, principalmente en las redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter, Soundcloud, Pinterest, etc.)
- Foto-Video-reportajes de estilo de vida: Las personas colaboradoras se infiltrarán en sus contextos de ocio habituales y desarrollarán un reportaje visual analítico para entender como son y cómo funcionan.

A partir del trabajo de investigación realizado por las personas colaboradoras se han realizado fichas analíticas y una gran cantidad de material audio/visual que han sido introducidas en una plataforma on-line. Dichas fichas incluyen información relativa a la persona colaboradora e informante. Facilita datos sociodemográficos, relacionados con el consumo de drogas, el contexto en el que se produce el consumo, las situaciones de riesgo, abuso sexual, etc.

La consecución de objetivos se ha valorado a partir de una batería de indicadores y de hipótesis iniciales de partida



7. Resultados

Análisis actualizado de la situación y las dinámicas de la violencia sexual en espacios de ocio nocturno y consumo en el contexto español (informe)

Detección de buenas prácticas en prevención y nuevas propuestas de intervención estructuradas en:

- Leyes, normativas y buenas prácticas
- Protocolos de actuación y formación a profesionales
- Producción de materiales y difusión en medios de comunicación
- Análisis de la efectividad de campañas por parte de informantes y colaboradores

Propuestas de intervención para trabajar en:

- Dar más visibilidad a los abusos de baja intensidad
- Potenciar la mala imagen social del acosador/abusador.
- Concienciar a los locales de ocio nocturno de su responsabilidad y paralelamente de las herramientas y acciones que estos pueden desarrollar.
- Tejer redes de colaboración entre administraciones, locales y entidades.
- Potenciar el espectador ético y la responsabilidad de todos y todas.
- Potenciar la necesidad del consentimiento.
- Más implicación de las administraciones.
- Denunciar aquellas malas praxis presentes en la industria del ocio nocturno como aquellas canciones con letras violentas o lascivas.
- Desculpabilizar el consumo de drogas como sujeto, la responsabilidad tiene que recaer en la persona.

8. Valoración porque el proyecto/programa es valorado como buena practica: informaciones sobre su aceptabilidad, utilidad y pertinencia percibida entre el involucrados (incluyendo el grupo diana).

- El propio abordaje de la violencia sexual desde el análisis de la instrumentalización del cuerpo de la mujer en estos espacios y la ubicación subjetiva de hombres y mujeres ante ella en estos espacios de ocio y consumo

- Metodología y abordaje innovador de uno de los riesgos más importantes del ocio nocturno y el consumo recreacional de drogas (la violencia sexual): análisis cualitativo y de los discursos de los y las propios jóvenes protagonistas desde técnicas de marketing de tendencias

- Desarrollo de un sistema de captación continua de información muy cercana y actualizada sobre los distintos escenarios de consumo

- Incorporación sistemática de la perspectiva de género desde el diseño, al trabajo de campo hasta el análisis final

- Desarrollo de propuestas preventivas en base a los imaginarios de estos/as jóvenes y sus discursos

9. Referencias bibliográficas

- BECKER,S., TINCLER, J. (2014) "Me getting plastered and her provoking my eyes": Young People's Attribution of Blame for Sexual Aggression in Public Drinking Spaces", *Feminist Criminology*, 1557085114541142 Recuperado en: http://www.academia.edu/8086470/_Me_getting_plastered_and_her_provoking_my_eyes_Young_Peoples_Attribution_of_Blame_for_Sexual_Aggression_in_Public_Drinking_Spaces
- BELLIS,B. y GUNBY,C., (2012) "Gender differences in alcohol-related non-consensual sex; cross-sectional analysis of a student population", *BMC Public Health*, Volumen 12, Recuperado en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/216>
- CALAFAT, A., JUAN,M. ,BECOÑA,E. , MANTECÓN, A. , RAMÓN, A. (2009) "Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género", *Psicothema*, Vol. 21, núm. 2. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/727/72711654009.pdf>
- EDWARDS S, R., BRADSHAW K. A., y HINSZ V.B. (2014) "Denying Rape but Endorsing Forceful Intercourse: Exploring Differences Among Responders", *Violence and Gender*. Diciembre 2014, 1(4): 188-193.
- EUROPEAN MONITORING CENTER FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (2008) *Sexual Assaults facilitated by drugs and alcohol*, EMCDDA, Lisboa. Recuperado en: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfsa>
- GARCÍA CABALLERO, C., CRUZ-LANDEIRA,A., QUINTELA-JORGE,O. (2014) "Sumisión química en casos de presuntos delitos contra la libertad sexual analizados en el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses" *Revista Española de Medicina Legal*, Volumen 40, núm.1. Recuperado en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90267169&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=285&ty=31&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=285v40n01a90267169pdf001.pdf
- GARCÍA-REPETTO, R., SORIA, M.L. (2011) "Sumisión química: reto para el toxicólogo forense", *Revista Española de Medicina Legal*, Volumen 37, núm.3. Recuperado en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90028300&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=285&ty=49&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=285v37n03a90028300pdf001.pdf
- GARCÍA-REPETTO, R., SORIA, M.L. (2014) "Consideraciones toxicológicas sobre supuestos casos de sumisión química en delitos de índole sexual en el sur de España entre los años 2010-2012" *Revista Española de Medicina Legal*, Volumen 40, núm.1. Recuperado en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90267168&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=285&ty=30&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=285v40n01a90267168pdf001.pdf
- GRAHAM, K., WELLS, S., BERNARDS, S., DENNISON,S. (2010) "Yes, I do but not with you" *Qualitative Analyses of Sexual/Romantic Overture-related aggression in Bars and Clubs" Contemporary Drug Problems*, Volumen 37. Recuperado en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3101638/>
- ISORNA FOLGAR, M. Y RIAL BOUBETA, A. (2015) "Drogas facilitadoras de asalto sexual y sumisión química" *Health and Addictions*, Vol. 15, núm.2. Recuperado en <http://www.haaj.org/index.php/haaj/article/view/246/254>
- MEASHAM, F. (2002) "Doing gender, doing drugs: Conceptualizing the Gendering of Drug Cultures" *Contemporary Drug Problems*, Volumen 29. Recuperado en: <http://iis.infocenters.co.il/ada/multimedia/full-pdf/doing%20drugs-doing%20gender-mesham-2002.pdf>
- OOSTERGARD, J. (2007) "Mind the gender gap! When boys and girls get drunk at a party", *Nordic Studies on Alcohol and drugs*, Volumen 24 Recuperado en: <http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/4207/Ostergaard.pdf>
- XIFRÓ, A., BARBERÍA, E., PUJOL, A. (2014) "Sumisión química con finalidad sexual en el laboratorio forense: datos de España", *Revista Española de Medicina Legal*, Volumen 40, núm.1. Recuperado en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90267167&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=285&ty=29&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=285v40n01a90267167pdf001.pdf

10. Datos entidad:

- a. Nombre Organización: Fundación Salud y Comunidad
- b. Dirección: calle ali-bei 25, 3ª planta
- c. Municipio: Barcelona Provincia: Barcelona País: España
- d. Teléfono: (0034) 932440570 FAX: (0034) 932440573
- e. Correo Electrónico: dtpp@fsyc.org
- f. Sitio Web: www.fsyc.org

a. Resumen breve de la misión y el enfoque de la organización:

La Fundación Salud y Comunidad (FSC) es una organización sin ánimo de lucro, de ámbito estatal y con proyección internacional. Cuenta con una sólida y amplia experiencia en el fomento, creación y gestión de servicios de calidad destinados al tratamiento, prevención y sensibilización sobre diversas problemáticas sociales y sanitarias, especialmente en el ámbito del consumo de drogas. Fue creada en 1997, como evolución de la Asociación Bienestar y Salud, fundada en 1989.

FSC trabaja desde hace más de 25 años en la investigación, prevención, intervención y sensibilización sobre diversas problemáticas sanitarias y sociales que afectan, especialmente, a colectivos en riesgo o en situación de exclusión social. Su objetivo ha sido siempre mejorar la calidad de vida de las personas y facilitar la integración social mediante la promoción de la salud y el bienestar colectivo. En la actualidad se gestionan más de 70 centros y proyectos en siete comunidades autónomas, con la colaboración de 1.676 profesionales y más de 500 voluntarios.

Nuestra filosofía y dinámica de trabajo se basa en la profesionalidad, la creatividad, la innovación, la ética, la comunicación, el pragmatismo y la eficiencia, a través de los cuales proporcionamos a nuestros usuarios los servicios de calidad que merecen.

Llegar a los colectivos más vulnerables es la principal finalidad de FSC, un reto que se plantea desde la amplia experiencia en diferentes ámbitos y disciplinas, aplicando una nueva perspectiva que permite plantear proyectos innovadores. Desde FSC se apuesta por la profesionalización, la renovación continuada y la capacidad de mejora para adaptarse a las nuevas realidades y necesidades sociales y afrontar, así, estos nuevos retos.

Persona de contacto

- a. Nombre: Gemma Altell
- b. Cargo: subdirectora área género y drogas Teléfono: (0034) 932440570
- c. Correo Electrónico: gemma.altell@fsyc.org , dtpp@fsyc.org

11. Información adicional

Equipo Profesional:

- 1 Titulada superior. Experta en drogas y género
- 1 Titulada superior. Experta en metodología cualitativa
- 1 Titulada superior. Experta en seguimiento y análisis estadístico
- 2 Titulada media. Trabajo de campo y formación
- 1 Titulado superior en Informática

Se ha contado además con 44 informantes voluntarios/as (jóvenes conocedores y consumidores de ocio nocturno)

12. Presupuesto

GASTOS	PRESUPUESTO SOLICITADO
TOTAL GASTOS DE COORDINACIÓN	3.000 €
TOTAL GASTOS DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN (electricidad, teléfono, personal administrativo, alquileres, etc.).	600 €
TOTAL GASTOS AUDITORÍA EXTERNA	1.215,10 €
TOTAL GASTOS DE PERSONAL	44.824,43 €
1 Titulada superior. Experta en drogas y género	4.211,86 €
1 Titulada superior. Experta en metodología cualitativa	12.023,60 €
1 Titulada superior. Experta en seguimiento y análisis estadístico	10.451,77 €
2 Titulada media. Trabajo de campo y formación	15.677,66 €
1 Titulado superior en Informática	2.459,54 €
SUMA TOTAL SUBVENCIÓN	49.639,53 €

13. Información adicional

Actualmente se cuenta con un presupuesto de 25.000 euros por parte del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). El coste total descrito en el presupuesto incluye también la aportación de la propia entidad con profesionales expertos de la estructura de la Fundación.

1. Programa o proyecto:

ARIADNA: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL SOBRE DROGODEPENDENCIAS EN CENTROS PENITENCIARIOS

a. Resumen ejecutivo (breve descripción del proceso)

El Programa Ariadna desarrolla actividades individuales, familiares y grupales con personas consumidoras de drogas que se encuentran cumpliendo condena (o en situación preventiva) en centros penitenciarios de España. Tras la solicitud de incorporación en el programa las personas interesadas participan de diversas actividades terapéuticas, escuelas de salud, actividades ocupacionales y deportivas dirigidas a mejorar las condiciones de vida y generar cambios duraderos que impulsen al autocuidado.

El programa cuenta también con un servicio de orientación e información sobre tratamientos en prisión, un servicio de asesoramiento a familias y un servicio de preparación para la vida en libertad.

b. Tipo de intervención

Tipo	Prevención	Tratamiento	Inserción social	Reducción de daños	Otros
		<ul style="list-style-type: none"> Ambulatorio 	comunitaria	daños	<ul style="list-style-type: none"> Orientación Formación.

c. Descripción de los beneficiarios directos e indirectos

El programa Ariadna presta apoyo psicosocial a drogodependientes en prisión y está dirigido a presos y presas que voluntariamente quieran acceder a un tratamiento integral de su drogodependencia y que se encuentra cumpliendo condena en cuatro centros penitenciarios de la Comunidad de Madrid y en cinco de Castilla la Mancha. Se contempla a las familias de estos internos e internas como beneficiarios directos de la intervención.

d. Número de beneficiarios directos e indirectos

Nº Beneficiarios directos

1341 personas (año 2014)

Nº Beneficiarios indirectos

sin datos

e. Ubicación/País

España.

Comunidades Autónomas de Castilla La Mancha y Madrid. Centros penitenciarios de Albacete, Alcázar de San Juan, Cuenca, Ocaña I y Ocaña II, Alcalá de Henares, Valdemoro, Estremera y Aranjuez.

f. Fechas de ejecución

El programa se desarrolla en este momento en 9 centros penitenciarios y comenzó a funcionar en el año 1996. Se desarrolla de manera ininterrumpida durante todo el año y las personas interesadas se van incorporando al mismo según van quedando plazas vacantes en cada uno de los centros penitenciarios

2. Objetivos e Indicadores

a. Objetivo General:

Atender desde el enfoque biopsicosocial y de una manera integral a la población penitenciaria con problemas de drogodependencia.

b. Objetivos Específicos e indicadores de resultados

Objetivo específico 1 :

FOMENTAR Y PROMOVER QUE LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN PRISIÓN CONOZCAN Y UTILICEN LOS RECURSOS DE TRATAMIENTO INTRA Y EXTRA PENITENCIARIOS MEDIANTE LA INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN.

Indicadores del resultado 1

Número de personas atendidas en Servicio de Información y Orientación (SIOT)

Número de personas que inician tratamiento en programa Ariadna

Nº de coordinaciones con otras entidades/instituciones para derivar a personas que no entran a programa Ariadna.

El programa es referencia en el centro penitenciario en la información sobre tratamientos en prisión.

Satisfacción de las personas presas con la orientación realizada.

Objetivo específico 2:

MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS INTERNAS CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIA.

Indicadores del resultado 2

Se realizan actuaciones de reducción de daños en prisión. Informativas, formativas.

Coordinaciones con los servicios sanitarios de los centros penitenciarios (y extra penitenciarios)

Mejora en la situación de salud (objetiva y percibida) y en la capacidad de incidencia sobre la propia salud por parte de las personas participantes

Se realizan actuaciones complementarias en salud: escuelas de salud en prisión

Formación a agentes de salud en prisión.

Realización de actividades complementarias "normalizadoras".

Objetivo específico 3 :

FOMENTAR LA ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN PSICOSOCIAL QUE FAVOREZCA LA INSERCIÓN COMUNITARIA.

Indicadores del resultado 3

Número de acciones de preparación para la libertad

Número de seguimientos en libertad

Número de intervenciones con familias o relaciones análogas

3. El contexto y la teoría

a. Situación inicial

Según datos de la última encuesta estatal sobre el estado de salud y el consumo de drogas en prisión (ESDIP, 2011), la prevalencia de consumo de sustancias en los 12 meses anteriores al ingreso en prisión con respecto a la población española en general es altamente significativo. A pesar de ello se viene constatando una reducción en el consumo en los últimos 10 años. La necesidad de que existan programas terapéuticos que contemple el abordaje de consumos en prisión (en prisión todos los consumos son problemáticos porque tienen incidencia en la progresión penitenciaria) es muy alta, algunas personas incorporan en su condena la obligación de entrar en programa de tratamiento. La sustancia más consumida dentro de prisión es el cannabis 21,3% , seguido del 4,1% por consumo de psicofármacos sin receta médica, el alcohol 3,8%, la heroína 2,4% y la cocaína que es consumida por el 1,3% de los internos e internas. La encuesta también aborda datos sobre el tratamiento que se realiza en prisión para las personas con problemas de drogas. Así, un 26% de los internos ha realizado en alguna ocasión tratamiento por drogodependencias dentro de la prisión, y sólo el 16 % de los drogodependientes en prisión se encuentra en tratamiento de su adicción. El 49% de los internos optan por programas de deshabituación y el 51% por programas de mantenimiento con metadona (PMM) en prisión en los últimos 10 años.



b. Supuestos básicos/teoría

El programa ARIADNA está recogido además en el Catálogo de General de Actividades de los centros penitenciarios en los que se viene realizando y es contemplado desde la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias como un programa sanitario que atiende a drogodependientes. El programa se encuadra dentro del área terapéutica que regula la intervención de las Organizaciones no gubernamentales, asociaciones y entidades colaboradoras en el ámbito penitenciario (Instrucción 2/2012 TGP).

Desde el programa Ariadna se considera el consumo de drogas como un fenómeno multidimensional, enmarcado en un modelo explicativo biopsicosocial. Las acciones que se desarrollan se enmarcan dentro de una estrategia global de reducción de riesgos. El menor riesgo es el no consumo o el abandono del mismo una vez iniciado, pero se tienen en cuenta distintos niveles de intervención y exigencia, tomando como objetivo principal del programa la mejora de la calidad de vida de la población drogodependiente construyendo un proceso desde el punto de partida en el que se encuentra la persona. El abordaje de las problemáticas debe ser multidisciplinar, en este acompañamiento deben participar de forma conjunta las diferentes disciplinas implicadas en las áreas de la salud, la psicología, la educación, el trabajo social, la cultura, la formación y la seguridad.

Dentro del programa se desarrollan distintos niveles de intervención consensuados e individualizados con cada persona; desde la información de los riesgos asociados al consumo y abuso de drogas, hábitos y estilos de vida no saludables y educación para la salud (Escuelas de Salud); hasta el planteamiento de un programa completo de tratamiento (Escuela de Salud, Prevención de Recaídas, Habilidades Sociales, Reinserción Sociolaboral) contemplando objetivos y niveles de exigencia diferentes (programas de reducción de daño, orientados a la abstinencia, de preparación para la libertad, etc.) de la programación de actividades individuales y grupales.

Las principales características metodológicas del Programa son las siguientes:

Se enmarca dentro de una estrategia global de reducción de riesgos.

Partimos de la concepción de que el menor riesgo posible en relación con el uso de drogas es el no consumo o el abandono del consumo en el caso de que se hubiera iniciado. Pero aún en el caso de una persona que no quiera o no pueda dejar de consumir drogas, hay otras muchas actuaciones que se pueden poner en marcha para contribuir a mejorar su situación tanto en los planos sanitarios como psicosocial. Por lo tanto, el objetivo del Programa es la mejora en la calidad de vida de los internos drogodependientes, y no, en exclusiva, el logro de la abstinencia.

Enfoque biopsicosocial.

Este es el modelo explicativo del fenómeno de las drogodependencias que orienta nuestra labor, pues consideramos el consumo de drogas como un fenómeno multidimensional, en el que confluyen aspectos físicos, educativos, psicológicos, sociales, etc, ya que en el fenómeno de la drogodependencia son factores determinantes tanto el individuo como la sustancia, así como el contexto social en el que se desarrolla la relación entre ambos.

Desde este punto de vista, en la intervención se debe producir una integración de actuaciones tanto en el plano psicológico, sanitario y social, que intervengan sobre la relación del individuo con las drogas, pero también sobre su contexto. La propia Dirección General de Instituciones Penitenciarias afirma en un documento que el “perfil del delincuente drogodependiente que ingresa en prisión; determinado por presentar problemas multifactoriales, de carácter educativo, cultural, formativo, laboral, psicológico, sanitario, social y penal; exige que el abordaje de las intervenciones sea multidisciplinar”.

Por ello, el equipo que sustenta el Programa está compuesto por profesionales del campo psicológico y social, contando con el apoyo estrecho de todo el equipo de profesionales intrapenitenciarios, especialmente los sanitarios.

Carácter comunitario.

Consideramos el Programa parte de un conjunto de intervenciones más amplio. Por ello, tenemos muy en cuenta la coordinación con las distintas áreas del C.P. y con los recursos comunitarios externos.

Aunque el interno drogodependiente vive en condiciones de aislamiento respecto al exterior, es básico el trabajo sobre su entorno familiar y social cercano, siempre que sea posible. De esta manera podremos contar con la familia como un importante recurso para la reinserción.

4. Actividades

1. Servicio de Orientación e Información general y específica a toda la población penitenciaria con problemas de consumo de drogas.

Dirigido a aquellas personas que aunque no se encuentran realizando el programa terapéutico solicitan información sobre el tratamiento o recursos intra penitenciarios y extra penitenciarios. Con el objetivo de proporcionar la información necesaria y motivar para el inicio al tratamiento de drogodependencia.

Los objetivos en este servicio son mejorar la información que tienen los reclusos y reclusas con problemas de drogas tienen de las opciones terapéuticas y la reducción de riesgos, y fomentar que las personas presas conozcan y utilicen los recursos intra y extra penitenciarios.

La metodología de trabajo se basa en las siguientes actuaciones:

Entrevistas individuales a demanda (por instancia).

Talleres o conferencias de presentación del programa y talleres sobre temas directamente relacionados con el fenómeno de las drogodependencias en toda su amplitud.

2. Servicio de apoyo e intervención psicosocial individualizado

Se realiza un tratamiento individualizado, en lo que el factor fundamental que lo determina es la persona y el momento de cambio en que se encuentra y no tanto la sustancia principal de consumo.

La metodología de trabajo en el servicio de apoyo y atención psicosocial es la siguiente:

- Entrevistas individuales para la valoración psicosocial y motivación de los internos e internas que vayan a incorporarse al Servicio.

- Entrevistas individuales de intervención y seguimiento a lo largo de la duración del programa de tratamiento, con una frecuencia quincenal.

- Educación para la Salud: Se presta información y se trabaja desde una mirada preventiva y de mejora de las condiciones generales de salud. Los contenidos giran en torno a la prevención de enfermedades y las consecuencias de éstas; se trabajan estrategias para la toma de decisiones, de manera que adopten o refuercen la implantación de hábitos comportamentales saludables y eliminen o reduzcan los no saludables, fomentando el adecuado acceso y utilización de los recursos sanitarios y sociales. Se abordan los siguientes contenidos: salud y estilo de vida, alimentación e higiene, hepatitis, tuberculosis, VIH/SIDA, sustancias, sexualidad, la familia y recursos sociales y sanitarios.

- Grupos de terapia psicosocial que se programan con una frecuencia semanal y con una capacidad media de 10-15 participantes. Los grupos pasan por diferentes fases, y dentro de cada grupo las personas .

Fase de Motivación:

Las personas, tras la evaluación inicial/diagnóstico, se sitúan en las etapas de precontemplación-contemplación del Modelo de cambio y en los que están presentes una o varias de las siguientes características: consumos frecuentes, alta presencia de motivación externa y/o ausencia de motivación interna, no haber realizado tratamientos anteriores y déficit importante de habilidades sociales. Los objetivos de esta fase son:

- Ayudar a los usuarios a reflexionar y tomar conciencia acerca de su situación respecto al consumo de drogas. "Motivar cambios actitudinales en relación al consumo.

- Potenciar los factores de protección ya existentes y adquirir otros nuevos.

Fase de establecimiento del cambio:

este grupo está pensado para las personas que, tras la evaluación /diagnóstico, se sitúan en las etapas de preparación-acción del Modelo de cambio, o que han alcanzado los objetivos de la fase anterior, y en los que están presentes una o varias de las siguientes características: períodos de abstinencia, implicación en el tratamiento, presencia de motivación interna, haber realizado tratamientos anteriores y nivel adecuado de habilidades sociales. Los objetivos de esta fase son:

- Facilitar/mantener períodos de abstinencia cada vez mayores. "Consolidar los cambios realizados.

- Aumentar el sentimiento de autoeficacia.

- Dotar a la persona de estrategias que les faciliten la realización de nuevos cambios.

Fase de Prevención de Recaídas: este grupo está pensado para aquellas personas que, tras la evaluación/diagnóstico, se sitúan en la etapa de mantenimiento del Modelo de cambio, o que han alcanzado los objetivos de la fase anterior, y en los que están presentes una o varias de las siguientes características: períodos largos de abstinencia, recaída reciente (regresión de grado), implicación en el tratamiento, Alta presencia de motivación interna, poco tiempo de condena, haber realizado tratamientos anteriores con resultado positivo. Los objetivos de este grupo son:

- Dotar a las personas de un modelo que les permita comprender y analizar su problema de drogas. Aprender a identificar situaciones de riesgo, ya sean externas o internas.
- Dotar a los/as usuarios/as de es- Aprender a identificar el inicio de un proceso de recaída, antes y/o después de que haya un consumo puntual.

De forma complementaria a la terapia individual y grupal, se realizan actividades normalizadoras, motivadoras y formativas/ ocupacionales: actividades de fomento de la cultura, ocio y deporte, así como salidas terapéuticas y otras de carácter más participativo como son la elaboración de materiales gráficos en los grupos de apoyo.

3. Servicio de atención y orientación psicosocial hacia la inserción comunitaria.

3.1. Servicio de asesoramiento y seguimiento con familias.

Entendemos que en el caso de usuarios/as con apoyo familiar que lo soliciten, se debe intervenir también con su familia, orientándola y dándole pautas para que pueda servir de apoyo durante todo el proceso de rehabilitación y reinserción. Esta intervención se inicia durante el periodo de cumplimiento de condena, en el momento de disfrutar permisos penitenciarios y en el período previo a la puesta en libertad. La intervención con las familias es un pilar importante. En la gran mayoría de los casos las relaciones familiares se han visto muy deterioradas por la trayectoria que implica la drogodependencia. El contacto que se mantiene con los familiares es presencial o telefónico según la cercanía o lejanía de la residencia de los familiares, y se organizan encuentros de familia.

3.2. Preparación para la libertad a través de las acciones de inserción sociolaboral:

un Servicio que se ofrece a internos e internas con menos de un año de condena o para acceder al tercer grado, a permisos o a algún tipo de cumplimiento alternativo. El objetivo de esta actividad es facilitar toda la información necesaria, sobre la red de recursos comunitarios y se trabajan temas básicos para la plena incorporación social como es del mercado laboral y entrenar en habilidades para la interacción social y con las familias que les esperan fuera. Los talleres grupales de preparación para la libertad abordarán las siguientes áreas: jurídico-legal, intervención psicosocial, formación y empleo y recursos sociales. A menudo la realidad que nos encontramos en cada centro nos obliga a planear esta actividad de forma individualizada ya que es complicado llegar a tener un grupo mínimo (de 8 a 10 internos). Paralelamente a esta intervención, se realiza una labor de coordinación con los recursos comunitarios y con las familias de cada uno de los internos. En este sentido se ha articulado un protocolo para garantizar el seguimiento en libertad que inicia su intervención con los primeros permisos y que se desarrolla fuera del Centro de manera más intensa una vez que la persona ha accedido a la libertad.

3.3 Servicio de seguimiento en libertad. Los objetivos del servicio de Seguimiento en Libertad son:

- Reforzar las habilidades para el manejo de la propia vida en libertad, fomentando la autonomía.
- Favorecer la búsqueda de empleo a través de la información y orientación de recursos externos para acceder a la formación profesional y empleo.
- Prevenir la recaída en el consumo en la transición a la vida en libertad garantizando el acceso a recursos comunitarios para continuar el tratamiento iniciado en prisión si fuera necesario.
- Conocer y utilizar correctamente los recursos necesarios para la incorporación de la persona en su contexto familiar y social cercano.

La metodología se basa en el acompañamiento social durante todo el proceso de acceso a la libertad: permisos, régimen abierto y libertad condicional. En un proceso de alcanzar mayores cotas de autonomía un equipo de educadoras acompañan a la persona a conocer los recursos que se encuentran a su disposición y van resolviendo de forma individualizada las dificultades que puedan ir surgiendo en la incorporación a sus contextos vitales fuera de prisión.

4. Coordinación.

El programa se enmarca dentro de un conjunto de intervenciones más amplio, es decir tendrá un carácter comunitario. Por ello tenemos siempre en cuenta la coordinación y el trabajo conjunto con las distintas áreas del Centro Penitenciario y también con los diferentes recursos comunitarios externos.

Las acciones de coordinación son una parte imprescindible y necesaria para la estabilidad y la buena marcha del proceso terapéutico. La coordinación se realiza a dos niveles: Intrapenitenciaria con los diferentes profesionales de instituciones penitenciarias con los profesionales del Equipo Sanitario y Equipo Técnico-GAD, con los que se consensuan todas las actuaciones del Programa. Con los profesionales del equipo y Junta de Tratamiento; coordinando intervenciones, derivando internos que solicitan o precisan de apoyo psicológico y social, trasladando las necesidades de los usuarios en programa y aportando informes de evolución de los usuarios en programa. Con los profesionales de otras áreas: Régimen, Seguridad, Maestros y Talleres productivos. La coordinación extrapenitenciaria, con todas aquellas entidades que intervienen con población drogodependiente dentro y fuera del medio penitenciario. A través de reuniones periódicas, visitas a recursos comunitarios, elaboración de informes, contactos telefónicos informativos y seguimiento de casos, etc. Para la coordinación se elaboran informes a petición de los diferentes profesionales, cumpliendo con la Ley Orgánica de Proyección de Datos de Carácter Personal.

Indique las técnicas de modificación de comportamiento aplicadas en la intervención (En rigor, todos los componentes de intervenciones preventivas podrían ser atribuidas a una o varias de las 9 funciones listadas aquí):

---Persuasión (usar comunicación para inducir sentimientos o acciones)

--- Educación (crear conocimiento y comprensión)

Modelamiento (proporcionar modelos a seguir o a imitar, p.ej. adultos tutores, profesores estimuladores, o personajes atractivos con comportamientos deseables)

--- Formación (transmitir habilidades ej. competencias sociales, toma de decisiones)

--- Capacitación (proporcionar posibilidades o reducir obstáculos para fomentar la modificación de conductas, p.ej. dar apoyo escolar, empoderar a padres, tratar el TDAH)

--- Incentivación (crear expectativas de recompensa, p.ej. autoestima al reducir consumo, premios para controlar impulsos)

Presión normativa (crear expectativas de punición, vergüenza o incrementar costes, p.ej. aumentando el precio mínimo de alcohol, normas sociales entre pares)

Restricción (usar reglas/normas para reducir las oportunidades de los comportamientos a prevenir, p.ej. prohibición de ventas a menores, o de fumar en espacios cerrados)

Reestructuración de contexto/ambiente (modificar ambientes sociales o físicos, p.ej. bares con mejor ventilación, iluminación, y menos gente intoxicada; barrios con mayor cohesión social; buena protección de menores).

Otros (especifique a continuación)

5. Programa de formación y materiales producidos

En cada prisión se establecen diferentes acciones formativas. Algunos ejemplos son las escuelas de salud, la formación a agentes de salud en prisión y los talleres de orientación socio laboral.

6. Evaluación

Evaluación de proceso: Datos de cobertura y de actividad del programa en base a resultados esperados. Se utilizan registros mensuales, trimestrales y anuales de actividad.

Una actividad fundamental en el programa es la evaluación de la intervención realizada. Durante todos estos años la evaluación se ha basado en el registro cuantitativo de las actividades realizadas. Tras un análisis previo dentro del proceso de mejora continua del proyecto se ha mejorado los instrumentos de diagnóstico y evaluación.

Medir el impacto de nuestra intervención en las personas beneficiarias del programa de apoyo psicosocial es fundamental para poder seguir siendo referencia a instituciones y personas en el abordaje terapéutico del consumo de drogas en prisión. Durante el año 2010 incorporamos el Seguimiento post-alta de todas las personas que salieron del centro penitenciario durante ese año y que habían estado en programa Ariadna más de 6 meses. Entendiendo que 6 meses de intervención es el tiempo mínimo para que el tratamiento produzca cambios en las personas destinatarias de la intervención. Se evaluó mediante cuestionario la situación de salud y tratamiento de la drogodependencia, situación laboral, familiar y relacional, residencial y de ocio de las personas tras una salida de prisión entre los 2 y 6 meses. Con los datos obtenidos se elaboró un informe que nos ha permitido incorporar mejoras en el programa. Como la de articular el servicio de seguimiento en libertad o trabajar la reincorporación a los contextos vitales de referencia para la salida en libertad desde el principio del tratamiento.

Satisfacción de las personas participantes y de los clientes institucionales. Cuestionario anual de evaluación de personas participantes y clientes institucionales. En torno a áreas como la atención y trato recibido, al apoyo de las profesionales, servicio ofrecido y condiciones de las instalaciones. En el caso de clientes institucionales se realiza un cuestionario anual en el que se valora la cobertura del programa, la idoneidad del equipo de profesionales, las aportaciones al proyecto que se hacen desde la entidad, los servicios prestados, el cumplimiento de plazos, la generación de nuevas propuestas, la presencia en la red y la visibilidad de las acciones realizadas.

Este el año 2015 se ha realizado un grupo de evaluación con presos en Madrid II, esta experiencia se extenderá a las demás prisiones de Madrid. En esta evaluación se recoge información sobre la visión de las personas participantes para mejorar el programa, así como la percepción de mejora para la propia vida que son resultado de las acciones desarrolladas en el mismo.

7. Resultados

El Servicio de información y orientación al tratamiento está dirigido a cualquier interno/a en prisión que lo solicite. En el año 2014, se ha proporcionado información a un total de 599 personas.

En el 2014, se realizó intervención psicosocial de su drogodependencia a un total de 1341 personas, de los cuales el 96,5 % son hombres (1293 internos) y 3,5 % mujeres (48 internas), destacando una estabilización en la atención a mujeres internas durante todo el 2014, hay que tener en cuenta que sólo 2 de los centros en los que se hace intervención albergan a mujeres presas y el nivel de demanda de tratamiento es sensiblemente inferior a la demanda masculina. En relación al tipo de tratamiento y dependencia, los/as usuarios/as se encuentran principalmente en Programas de Deshabitación dirigidos a la abstinencia o Libre de Drogas en su modalidad de tratamiento ambulatorio, aunque en algunos casos se apoya al tratamiento en Módulos terapéuticos o Unidades de tratamiento educativo (UTE). Las drogas principales de abuso y dependencia son la cocaína y las benzodiacepinas. Cada año de intervención la cifra de usuarios/as en programa de metadona se reduce y se incrementa la cifra de internos/as en programa. Este hecho refleja el cambio de perfil de consumo de las personas en prisión en especial en los últimos 6 años.

El perfil mayoritario de usuarios/as de programa se encuentra en Programa de Deshabitación (68% (638 personas) de las personas en programa están en Programa orientados a la abstinencia (Programas de Deshabitación, en adelante PD). Dentro de los PD encontramos diferentes modalidades; PD en centro de día 626 personas, PD en módulo terapéutico 12 personas y en programa de alcohol 166 internos (18%). En Programa de Mantenimiento con Metadona (en adelante PMM) la cifra es del 14% (133 personas) del total de internos/as en programa.

8. Valoración porque el proyecto/programa es valorado como buena practica: informaciones sobre su aceptabilidad, utilidad y pertinencia percibida entre el los involucrados (incluyendo el grupo diana).

La necesidad de contar con programas terapéuticos en prisión es patente, la propia institución penitenciaria ha impulsado acciones en este sentido, especialmente en modalidad de comunidad terapéutica y programas de mantenimiento con metadona. En estos momentos la presencia de entidades que aborden la problemática en los centros penitenciarios es indiscutible, y entendemos que, además de aumentar la cobertura de programas de esta modalidad suponen una práctica que facilita la incorporación comunitaria de las personas participantes al llevarse a cabo por entidades que mantiene programas de incorporación social fuera de las prisiones.

Los centros penitenciarios valoran positivamente el servicio prestado y solicita informes periódicos sobre la evolución de los y las internas.

Desde los propios juzgados solicitan información sobre el tratamiento que reciben las personas que se encuentran inmersas en algún procedimiento judicial.

La evaluación realizada con las personas participantes nos ofrece una visión de la utilidad del programa: que se basa en la necesidad de tener un espacio para trabajar las situaciones personales en el que la sustancia no sea lo central y con un batería de actividades que permite trabajar desde el inicio cambios duraderos que redundan en la propia salud, más allá de la necesidad de cubrir determinadas expectativas para conseguir un trato más beneficioso en el proceso penitenciario.

9. Datos entidad:

- a. Nombre Organización: Fundación Atenea
- b. Dirección: C/ Antonia Lancha 50
- c. Municipio: Madrid Provincia: Madrid País: España
- d. Teléfono: 914479997 FAX: 914478416
- e. Correo Electrónico: administracion@fundacionatenea.org
- f. Sitio Web: www.fundacionatenea.org

a. Resumen breve de la misión y el enfoque de la organización:

Fundación Atenea es una entidad generalista, con vocación internacional. Su misión es garantizar los derechos y mejorar la calidad de vida de las personas en situación o riesgo de grave exclusión, prevenir los factores que la causan e impulsar la transformación social y económica a través de la innovación, la intervención, la formación y la investigación social.

Para lograrlo trabaja centrándose en las personas y en potenciar los factores que hacen su vida más fácil y favorecer la inclusión social.

Fundación Atenea trabaja con personas consumidoras de drogas, personas con VIH/sida, personas que ejercen la prostitución, personas en situación de desempleo, menores, jóvenes y familias en riesgo, personas inmigrantes y personas reclusas y ex reclusas. También tiene un área de formación, investigación, evaluación y consultoría.

Persona de contacto

- a. Nombre: Inmaculada Gómez / Israel Fábregas
- b. Cargo: Coordinadora de Internacional/Coordinador de proyectos en Madrid Teléfono: 914479997
- c. Correo Electrónico: igomez@fundacionatenea.org , israelfabregas@fundacionatenea.org

10. Presupuesto

Ariadna es un proyecto desarrollado por la Fundación Atenea desde hace años. En el año 2015 su presupuesto fue de 403.910,93 € siendo sus financiadores:

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha.

1. Programa o proyecto:

Servicio de pruebas de alcoholemia en contextos de ocio

a. Resumen ejecutivo (breve descripción del proceso)

El Servicio de Pruebas de Alcoholemia en contextos de ocio nocturno se puso en marcha en fiestas de música electrónica y buscó ofrecer información y asesoramiento de reducción de riesgos a personas que habían bebido alcohol y tenían la intención de conducir esa noche. A través de una entrevista breve estructurada y la medición objetiva del nivel de alcoholemia, las personas usuarias del servicio recibieron un feedback personalizado sobre su patrón de consumo de alcohol, su nivel de alcoholemia y pautas para reducir riesgos. Los resultados sugieren que este tipo de intervención podría tener un efecto positivo en la intención de no conducir cuando se ha superado el nivel legal permitido de alcoholemia.

b. Tipo de intervención

Tipo	Prevención	Tratamiento	Inserción social	Reducción de daños	Otros
	<i>Indicada</i>	<i>residencial,(...)</i>	<i>vivienda,(...)</i>	<i>medio festivo,(...)</i>	<i>Formación, Asesoramiento...</i>

c. Descripción de los beneficiarios directos e indirectos

Directos: Personas jóvenes consumidoras de alcohol y conductoras de un vehículo.

d. Número de beneficiarios directos e indirectos

Nº Beneficiarios directos

353

Nº Beneficiarios indirectos

sin datos

e. Ubicación/País

Andalucía (España)

f. Fechas de ejecución

Año 2015

2. Objetivos e Indicadores

a. Objetivo General:

Reducir la incidencia de la conducción de vehículos bajo la influencia del consumo de alcohol

b. Objetivos Específicos e indicadores de resultados

Objetivo específico 1 :

MOTIVAR A LAS PERSONAS USUARIAS DEL SERVICIO DE NO COGER EL VEHÍCULO O A ESPERAR EL TIEMPO INDICADO PARA UNA REDUCCIÓN DE LA ALCOHOLEMIA POR DEBAJO DE LOS LÍMITES LEGALES

Indicadores del resultado 1

Intención de no coger el vehículo

Intención de esperar el tiempo indicado

3. El contexto y la teoría

a. Situación inicial

El alcohol es la droga más consumida por todos los sectores de la población, aunque es especialmente prevalente en personas jóvenes quienes lo consumen en espacios de ocio nocturno. Diferentes estudios realizados en España han mostrado que, en jóvenes, la conducción de vehículos bajo el efecto de las bebidas alcohólicas es una conducta muy prevalente (e.g., Calafat et al., 2008), lo que podría estar relacionado tanto con una falta de conocimiento generalizado en torno a las normativas de tráfico y los aspectos relacionados con el alcohol (Giménez et al., 2014).

Las intervenciones realizadas para abordar este problema se han centrado fundamentalmente en la adopción de medidas legislativas sancionadoras mediante pruebas aleatorias de alcoholemia por parte de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado. Sin embargo, aunque en los últimos años se ha producido una reducción importante de la Siniestralidad Vial, el consumo de alcohol sigue siendo uno de los principales factores de riesgo vial, especialmente entre personas jóvenes y durante los fines de semana.

b. Supuestos básicos/teoría

Los fundamentos teóricos de la intervención son el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente (1984) y la Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick (1991). A partir de estos modelos, se han diseñado intervenciones breves que usan el cribado y el feedback objetivo personalizado como herramientas básicas de intervención (e.g., Larimer y Cronce, 2002; 2007; Walters y Bennett, 2000; Walters y Neighbors, 2005; White, 2006). Algunos autores han señalado la influencia de este feedback objetivo en la activación de procesos de autorregulación de las personas (Miller y Brown, 1991; Brown, 1998).

4. Actividades

Las pruebas de alcoholemia eran publicitadas a través de un cartel anunciador colocado en un stand. A las personas que se acercaban voluntariamente con la intención de hacerse la prueba se les ofrecía en primer lugar una explicación de los objetivos del servicio. Tras pedirles permiso para solicitarles unos datos, se procedía a administrar una mini-entrevista en la que se recogía

información sobre los siguientes aspectos: intención de conducir esa noche (en caso afirmativo, se les preguntaba si eran conductores noveles y el tipo de vehículo que iban a conducir), edad, sexo, peso aproximado, consumo de alcohol (cantidad y tipo de consumiciones, hora en que se comenzó a beber y tiempo desde la última ingesta) y consumo de otras drogas.

Tras instruir en la realización de la prueba, el resultado era comunicado junto con información pertinente sobre los riesgos asociados en función de sus respuestas a la mini-entrevista. Esto permitía ajustar la información proporcionada con objeto de que esta fuera lo más individualizada posible pudiendo, por tanto, variar en función de las variables evaluadas. En general, la información suministrada abarcaba desde los límites legales para poder conducir, los efectos del alcohol en la conducción y pautas de consumo de menor riesgo. Asimismo, a aquellas personas que superaban el límite legal se les informaba del tiempo aproximado que debían esperar para que su alcoholemia descendiera por debajo de ese límite (0,25 mg/l y 0,15 mg/l para conductores noveles o profesionales). Finalmente, a estas últimas también se les preguntaba por su intención de esperar el tiempo indicado (opciones de respuesta: sí / no / no cogeré el coche).

Indique las técnicas de modificación de comportamiento aplicadas en la intervención (En rigor, todos los componentes de intervenciones preventivas podrían ser atribuidas a una o varias de las 9 funciones listadas aquí):

---Persuasión (usar comunicación para inducir sentimientos o acciones)

Educación (crear conocimiento y comprensión)

Modelamiento (proporcionar modelos a seguir o a imitar, p.ej. adultos tutores, profesores estimuladores, o personajes atractivos con comportamientos deseables)

Formación (transmitir habilidades ej. competencias sociales, toma de decisiones)

Capacitación (proporcionar posibilidades o reducir obstáculos para fomentar la modificación de conductas, p.ej. dar apoyo escolar, empoderar a padres, tratar el TDAH)

Incentivación (crear expectativas de recompensa, p.ej. autoestima al reducir consumo, premios para controlar impulsos)

Presión normativa (crear expectativas de punición, vergüenza o incrementar costes, p.ej. aumentando el precio mínimo de alcohol, normas sociales entre pares)

Restricción (usar reglas/normas para reducir las oportunidades de los comportamientos a prevenir, p.ej. prohibición de ventas a menores, o de fumar en espacios cerrados)

Reestructuración de contexto/ambiente (modificar ambientes sociales o físicos, p.ej. bares con mejor ventilación, iluminación, y menos gente intoxicada; barrios con mayor cohesión social; buena protección de menores).

Otros (especifique a continuación)

5. Programa de formación y materiales producidos

El servicio era atendido por personas voluntarias y formadas para su correcto desempeño. Esta formación incluía: farmacología del alcohol, efectos del alcohol en la conducción, estrategias comunicativas con personas usuarias de drogas y protocolo para la realización de las pruebas.

Para el servicio se contó con los siguientes materiales:

- Etilómetro Drager 6510 con boquillas desechables
- Agua y vasos para enjuague bucal cuando el tiempo desde la última ingesta era inferior a 20 minutos (para eliminar restos de alcohol en la boca que pudieran alterar el resultado)
- Registros de actividad
- Folleto "¿Bebes? ¿Conduces?"
- Tabla con los tiempos de eliminación del alcohol

6. Evaluación

La evaluación del servicio se realizó mediante un análisis de la pregunta:

¿Tienes intención de esperar el tiempo indicado antes de coger el coche?

(Opciones de respuesta: sí / no / no cogeré el coche).

Además, con la información recogida en la mini-entrevista se obtuvo una caracterización de las personas usuarias del servicio.

7. Resultados

353 personas fueron usuarias del servicio (19% de conductores noveles).

120 personas obtuvieron una alcoholemia positiva (34%)

De ellas: 74,2% (n = 89) dijo tener intención de esperar el tiempo recomendado y un 21,7% (n = 26) dijo tener intención de no coger el coche.

8. Referencias bibliográficas

Calafat, A.; Adrover, D.; Juan, M., y Blay, N. (2008). Relación del consumo de alcohol y drogas de los jóvenes españoles con la siniestralidad vial durante la vida recreativa nocturna en tres Comunidades Autónomas en 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 323-331.

Costa, J. A. G., Sellés, P. M., & Tomás, M. T. C. (2014). Factores asociados en la relación alcohol-conducción en jóvenes conductores. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 14(1), 15-26.

Miller, W. R., y Rollnick, S. (eds) (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.

Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, Illinois: Dorsey Press.

Larimer, M. E., y Cronce, J. M. (2002). Identification, prevention and treatment: a review of individual-focused strategies to reduce problematic alcohol consumption by college students. *Journal of Studies on Alcohol*, Supl. 14, 148-163.

Larimer, M. E., y Cronce, J. M. (2007). Identification, prevention and treatment revisited: individual-focused college drinking prevention strategies 1999-2006. *Addictive Behaviors*, 32, 2439-2468.

Walters, S. T., y Bennett, M. E. (2000). Addressing drinking among college students: a review of the empirical literature. *Alcohol Treatment Quarterly*, 18, 61-77.

Walters, S. T., y Neighbors, C. (2005). Feedback interventions for college alcohol misuse: what, why and for whom? *Addictive Behaviors*, 30, 1168-1182.

White, H. R. (2006). Reduction of alcohol-related harm on United States college campuses: the use of personal feedback interventions. *International Journal of Drug Policy*, 17, 310-319.

Miller, W. R., y Brown, J. M. (1991). Self-regulation as a conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviours. En N. Heather, W. R. Miller y J. Greeley (Eds.), *Self-control and the addictive behaviours*. Sydney, Australia: Maxwell Macmillan.

Brown, J. M. (1998). Self-regulation and the addictive behaviors. En W. R. Miller y N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (2ª edición). Nueva York: Plenum.



RED IBEROAMERICA DE ONG QUE TRABAJAN EN DRUGODEPENDENCIAS	
--	---

**IDENTIFICACIÓN DE PROYECTOS
ORIENTACIÓN A BUENAS PRÁCTICAS**

1. Programa o proyecto:

Título

a. Resumen ejecutivo (breve descripción del proceso)

b. Tipo de intervención

Tipo	Prevención	Tratamiento	Inserción social	Reducción de daños	Otros
	indicada	residencia, ...)	vivienda, ...)	medic. festivo, ...)	formación, Asesoramiento...

c. Descripción de los beneficiarios directos e indirectos

d. Número de beneficiarios directos e indirectos

Nº Beneficiarios directos	
Nº Beneficiarios indirectos	

e. Ubicación/País

<p>RED IBEROAMERICA DE ONG QUE TRABAJAN EN DROGODEPENDENCIAS</p>	
--	---

f. Fechas de ejecución

2. Objetivos e Indicadores

a. Objetivo General:

b. Objetivos Específicos e indicadores de resultados

Objetivo específico 1¹:

Indicadores del resultado 1²

Objetivo específico 2

Indicadores del resultado 2

Objetivo específico 3

¹ Por favor, especifique un máximo de tres objetivos específicos del programa: es importante que se describan aquí únicamente cambios en comportamientos, actitudes, estado de salud o estado social en los grupos objetivo.

² Se relacionará con el indicador 1 que permitirá la evaluación de resultados.

RED IBEROAMERICANA DE ONG QUE
TRABAJAN EN DROGODEPENDENCIAS



Indicadores del resultado 3:

3. El contexto y la teoría

a. Situación inicial

b. Supuestos básicos/teoría³

4. Actividades

³ ¿Existe una teoría explícita que pretenda explicar la intervención y la predicción de los resultados esperados a través de su programa? Si es así, ¿puede identificar y describir esa teoría? Esta teoría tendrá que tener una base en la literatura. Pero por favor, evite teorías vagas y demasiado universales, como "modelo bio-psico-social", "prevención integral" "promoción de la salud". En vez de recurrir a estos términos es preferible que describa brevemente en sus propias palabras por qué y a través de qué mecanismos su intervención modificará los comportamientos del grupo diana. Con otras palabras: ¿está su intervención basada en un conjunto implícito de hipótesis sobre cómo el programa pretende (o ha alcanzado) los resultados esperados? Si es así, ¿puede identificar y describir esos supuestos en pocas frases?

RED IBEROAMÉRICA DE ONG QUE
TRABAJAN EN DROGODEPENDENCIAS



Indique las técnicas de modificación de comportamiento aplicadas en la intervención (En rigor, todos los componentes de intervenciones preventivas podrían ser atribuidos a una o varias de las 9 funciones listadas aquí):

- Persuasión (usar comunicación para inducir sentimientos o acciones)
- Educación (crear conocimiento y comprensión)
- Modelamiento (proporcionar modelos a seguir o a imitar, p.ej. adultos tutores, profesores estimuladores, o personajes atractivos con comportamientos deseables)
- Formación (transmitir habilidades ej. competencias sociales, toma de decisiones)
- Especificación (proporcionar posibilidades o reducir obstáculos para fomentar la modificación de conductas, p.ej. dar apoyo escolar, empoderar a padres, tratar el TDAH)
- Incentivación (crear expectativas de recompensa, p.ej. autoestima al reducir consumo, premios para controlar impulsos)
- Presión normativa (crear expectativas de punición, vergüenza o incrementar costos, p.ej. aumentando el precio mínimo de alcohol, normas sociales entre pares)
- Restricción (usar reglas/normas para reducir las oportunidades de los comportamientos a prevenir, p.ej. prohibición de ventas a menores, o de fumar en espacios cerrados)
- Restructuración de contexto/ambiente (modificar ambientes sociales o físicos, p.ej. bares con mejor ventilación, iluminación, con más clientes femeninas y menos gente intoxicada; barrios con mayor cohesión social; buena protección de menores).
- Otros (especifique a continuación)

Describa otros:

5. Programa de formación y materiales producidos

6. Evaluación

Tipo de evaluación e instrumentos utilizados:

7. Resultados



8. Valoración porque el proyecto/programa es valorado como buena practica: informaciones sobre su aceptabilidad, utilidad y pertinencia percibida entre el los involucrados (incluyendo el grupo diana).

9. Referencias bibliográficas

10. Datos entidad:

a. Nombre Organización: _____

b. Dirección: _____

c. Municipio: _____ Provincia: _____ País: _____

d. Teléfono: _____ FAX: _____

e. Correo Electrónico: _____ @ _____ @ _____

f. Sitio Web: www. _____

g. Resumen breve de la misión y el enfoque de la organización:

RED IBEROAMÉRICA DE ONG QUE
TRABAJAN EN DROGODEPENDENCIAS



**IDENTIFICACIÓN DE PROYECTOS
ORIENTACIÓN A BUENAS PRÁCTICAS**

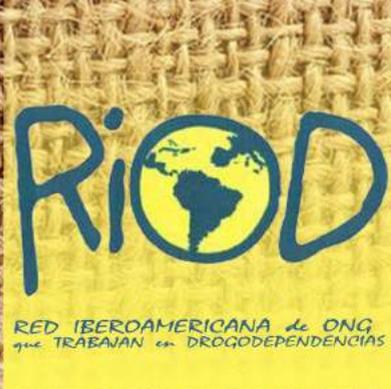
Comisión de Valoración

A la atención de:
Nombre:
Organización:

a. Aspectos consistentes de Buenas Prácticas

b. Aspectos de mejora

c. Otras consideraciones



www.riod.org



[facebook.com/
RIOD.redes](https://facebook.com/RIOD.redes)



[@Riod_oficial](https://twitter.com/Riod_oficial)



riod@riod.org

Financiado por:



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS