



Departamento  
de Reinserción



# Manual de buenas prácticas en mediación comunitaria en el ámbito de las drogodependencias





# Sumario

<b>1. Editorial</b>	<b>3</b>
<b>2. Buenas prácticas</b>	<b>7</b>
2.1. Definiciones de Buenas Prácticas .....	9
2.2. Principios básicos y criterios comunes en la intervención en drogodependencias para la detección de Buenas Prácticas.....	14
2.3. Confluencia de una definición con nuestras expectativas. ¿Qué entendemos por Buenas Prácticas en Drogodependencias? ....	17
<b>3. Mediación Comunitaria</b>	<b>19</b>
3.1. Definiciones de autores expertos. Modelos de mediación .....	21
3.2. Experiencias de Mediación.....	23
3.2.1. Servicio de Mediación Familiar del Centro de Apoyo a Familias.....	23
3.2.2. Programa de Mediación Penal .....	31
3.2.3. Programa ISTMO de Atención a Personas Extranjeras Drogodependientes .....	36
3.2.4. Avillela Acobá .....	42
3.2.5. Programa de Intervención en Drogodependencias en los Juzgados de Guardia de Madrid .....	51
3.3. Los pilares de la Mediación Comunitaria en el ámbito de las drogodependencias .....	57
<b>4. El Servicio de Mediación Comunitaria</b>	<b>59</b>
4.1. El conflicto en el medio comunitario. Definición y etiología del conflicto .....	61
4.2. Contextualización y Antecedentes .....	65
4.3. Los tres agentes implicados .....	66
4.4. Descripción del Servicio .....	71
4.4.1. Declaración de intenciones: Principios filosóficos del Convenio y el Servicio .....	71
4.4.2. Descripción del medio físico. Ciudad de Madrid .....	73
4.4.3. Análisis de necesidades .....	76
4.4.4. La mediación en zonas de conflicto .....	86
4.4.5. Objetivos y Metodología .....	89
4.5. Actuaciones en situaciones de crisis .....	102
4.6. Evaluación del servicio .....	105
<b>5. Buenas Prácticas en Mediación Comunitaria</b>	<b>109</b>
5.1. Habilidades del mediador comunitario en el ámbito de las drogodependencias .....	111
5.2. Buenas Prácticas del Servicio de Mediación Comunitaria .....	112
5.3. Conclusiones .....	115
<b>Anexos</b>	<b>117</b>
Anexo 1. Casos reales y resultados .....	117
Anexo 2. Glosario de términos .....	124
Anexo 3. Bibliografía de consulta .....	126
Anexo 4. Herramientas metodológicas (Ver fichas adjuntas en solapa interior).....	128

El Manual de Buenas Prácticas en Mediación Comunitaria ha sido desarrollado en el marco de colaboración entre el Instituto de Adicciones de Madrid Salud, Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), y Asociación Proyecto Hogar (APH).

**Dirección:**

Francisco de Asís Babín Vich.  
*Instituto de Adicciones de Madrid Salud*  
Luciano Poyato Roca.  
*UNAD*

**Coordinación:**

Nieves Herrero Yuste.  
*Instituto de Adicciones de Madrid Salud*  
José Manuel Díaz Martínez.  
*Asociación Proyecto Hogar*  
Carmela Arroyo Ramírez.  
*UNAD*

**Elaboración:**

Ángela Prieto Madrazo.  
*Instituto de Adicciones de Madrid Salud*  
Eduardo Cabrera Álvarez.  
*Asociación Proyecto Hogar*  
Maite Abad Tabasco.  
*Asociación Proyecto Hogar*  
Carla López Adrover.  
*UNAD*

**Colaboración de:**

Sara Jiménez García de Mateos.  
*Asociación Proyecto Hogar*  
Lucía de Juan García.  
*Asociación Proyecto Hogar*  
Luis López Fernández.  
*Asociación Proyecto Hogar*

Con nuestro agradecimiento a Victoria Bermejo Gutiérrez (Instituto de Adicciones), Javier Martín Nieto (UNAD), Elena Emeric Meaulle (Secretariado Gitano), Laura Piñero Sanz y Marina Lorente Merin (ABD), María Pilar Sánchez Álvarez (APOYO), Luisa María Álvarez Iglesias (ISTMO) y Berta Gordon Nuevo (SIAD)

**Diseño gráfico:**

Doblehache Comunicación / [www.grupohh.com](http://www.grupohh.com)

**Impresión:**

**Depósito Legal:**

**ISBN:**

978-84-691-6753-3

**Madrid, octubre de 2008**

# 1. Editorial



# 1 Editorial

Vivimos en una sociedad en la que los conflictos sociales no solo no son una excepción sino que forman parte de la normalidad. Nuestras sociedades son cada día más complejas y los cambios se producen a gran velocidad, lo que implica un elevado grado de incertidumbre e inestabilidad que afecta a todos los ciudadanos y ciudadanas.

Con bastante frecuencia se identifican los conflictos sociales con una parte de la sociedad, con un colectivo determinado y, en consecuencia, cuando se quiere intervenir desde las administraciones o desde la sociedad civil se plantea una intervención sobre las personas que conforman dicho colectivo. Pero la realidad es bien diferente, cuando existe un conflicto social es toda la sociedad quien tiene y sufre esa situación, y la intervención debe ser integral, es decir, sobre todas las personas que conviven en ese microcosmo en el que se produce el desencuentro.

Este es el marco en el que hunde sus raíces la mediación comunitaria, que no solo aborda la conflictividad social en el momento y en el lugar en que se produce, sino que trabaja conjuntamente con todos los colectivos y todas las personas afectadas.

Además, estos programas de mediación comunitaria contribuyen a crear ciudadanía y a fomentar la participación, porque parte de la base de considerar ciudadanos y ciudadanas a todas las personas implicadas o afectadas por un conflicto social, y a que sean ellas mismas las que encuentren la solución pactada y consensuada al desencuentro.

Solo por lo ya expuesto, es una satisfacción presentar un documento sobre mediación comunitaria, y más concretamente sobre buenas prácticas de mediación comunitaria. Existen además otros dos motivos que incrementan la alegría.

Por una parte, este documento es uno de los resultados de un trabajo de mediación comunitaria que se está desarrollando en Madrid gracias a la colaboración del Ayuntamiento de Madrid, a través de Madrid Salud, de UNAD (Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente) y de Asociación Proyecto Hogar.

Se habla mucho del trabajo en complementariedad, de colaboración y de coordinación, aunque los ejemplos son más bien escasos. Estamos ante un caso ejemplar de trabajo común.

El tercer motivo de satisfacción es que este documento ha nacido en la calle, es decir, que se ha elaborado desde abajo, desde la base. Los profesionales que están desarrollando el trabajo de mediación comunitaria comenzaron exponiendo sus experiencias cotidianas. En esta fase se unía el trabajo diario con la base teórica que sustenta este tipo de intervención. En una fase posterior se añadieron otros elementos teóricos y academicistas que enmarcan aun más el trabajo de mediación.

Por último, no queremos dejar de destacar que se trata de un texto concebido como un manual para contribuir a poner en marcha nuevos programas de mediación o a mejorar el trabajo de los ya existentes.

**José Manuel Torrecilla Jiménez**  
*Gerente del Organismo Autónomo Madrid Salud*

**Luciano Poyato Roca**  
*Presidente de UNAD*



The background features a vertical split. The left side is composed of several overlapping, wavy, curved shapes in various shades of green, ranging from light lime to a darker, more saturated green. The right side is composed of similar wavy, curved shapes in various shades of grey, ranging from light to dark. The overall effect is a modern, abstract, and layered design.

## 2. Buenas Prácticas



# 2 Buenas Prácticas

Puesto que el documento que se desarrolla en los próximos apartados pretende ser un Manual de Buenas Prácticas relativo a Mediación Comunitaria en el ámbito de las drogodependencias, iniciaremos este primer capítulo con una aproximación al concepto de Buenas Prácticas recorriendo distintas acepciones y desgranando los elementos comunes a fin de sintetizarlos en una definición propia. Seguidamente, ilustraremos algunos ejemplos de buenas prácticas en drogodependencias para identificar aquellos aspectos básicos de este ámbito que son aceptados y recogidos en esta selección bibliográfica. Finalmente, nos proponemos dar una definición que aúne el concepto de Buenas Prácticas y los principios de actuación en el ámbito de las drogodependencias y así poder responder a la pregunta:

¿Qué es una buena práctica en drogodependencias?

## 2.1. Definiciones de Buenas Prácticas

Para definir el concepto de “Buenas Prácticas” y describir los elementos que las caracterizan se ha realizado una labor de búsqueda y documentación que nos ha llevado a recoger una aproximación al concepto desde diferentes ámbitos. Así, en el marco de la II Conferencia de Naciones Unidas sobre asentamientos humanos Hábitat II (1996), se desarrolló un programa de buenas prácticas basadas en los siguientes criterios:

- El *impacto*, que demuestre *mejoras tangibles* en las condiciones de vida de las personas.
- La *asociación* entre al menos *dos entidades de diferente naturaleza* jurídica (Administraciones nacionales, regionales y locales, ENL, Empresas, Centros de Investigación y Universidades, Colegios Profesionales, Medios de comunicación, sindicatos, voluntarios, etc).
- La *sostenibilidad* manifestada en cambios duraderos, tanto en marcos legislativos, políticas sociales, marcos institucionales y sistemas de administración y gestión.
- El *género e inclusión social*, plasmado en iniciativas que acepten y respondan a la diversidad social y cultural, promuevan la igualdad y equidad social.
- La *innovación* y posibilidad de *transferencia* a través de iniciativas que propongan formas de actuación innovadoras en su contexto y experiencias imitables o de las que se puede aprender.

En el documento “La buena práctica en la protección social a la infancia. Principios y criterios”, elaborado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (1997), se señala que “la buena práctica hace referencia a unos *criterios de actuación* que son considerados como *óptimos* para alcanzar unos determinados resultados.”

Este mismo documento añade que “la buena práctica está formada por un conjunto de declaraciones que representan las *prácticas deseables* que se recomiendan en las Políticas Municipales de Infancia. El propósito final es que *se implanten de modo generalizado* y que produzcan una *unificación* en los  *criterios de intervención*”.

FEAPS (Movimiento Asociativo a favor de las personas con discapacidad intelectual) definió en el 2000 la buena práctica como aquella forma de hacer que *introduce mejoras en los procesos y actividades* que tienen lugar en nuestras organizaciones, mejoras *orientadas a producir resultados positivos* sobre la calidad de vida de las personas.

Retomando la definición en 2003, en esta misma entidad añadieron que es una “acción o conjunto de acciones que, fruto de la identificación de una necesidad, son sistemáticas, eficaces y eficientes, y están pensadas y realizadas por los miembros de una organización con el apoyo de sus órganos de dirección, y que, además de satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes, suponen una mejora evidente de los estándares del servicio”.

Además, distinguen entre dos tipos de buenas prácticas:

- Pioneras: se introducen por primera vez en un servicio, centro u organización y son innovadoras porque no se han hecho nunca antes.
- Excelencia: retoman buenas prácticas anteriores aprovechando los conocimientos que contienen para mejorar su eficacia y su eficiencia.

El manual de Buenas Prácticas para la atención a drogodependientes en los Centros de Emergencia, desarrollado por el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España en 2005, entiende como Buena Práctica “aquella forma de hacer que *introduce mejoras en los procesos y actividades* que tienen lugar en los Centros de Emergencia y que están *orientadas a producir resultados positivos* sobre la calidad de vida de los usuarios drogodependientes”.

El Observatorio Internacional de la Democracia Participativa, elaboró a finales del 2006 una ficha de buenas prácticas en participación ciudadana en el ámbito del gobierno local. En este documento utilizaban la definición de la Fundación Carles Pi i Sunyer, que entiende por buena práctica “cualquier actuación o experiencia implantada, impulsada por la administración local, basada en un proyecto y una planificación previos que responde a una forma innovadora y satisfactoria a una problemática de contexto”.

A partir de esta definición, se desarrollan los 10 elementos que definen una Buena Práctica:

**Innovación:** Introducción o mejora de elementos en un sistema mediante actuaciones realizadas tanto en lo referente a la gestión como al servicio que se presta, con el objetivo de perfeccionar su funcionamiento interno y su relación con el entorno, y con un impacto visible en el resultado de dichas actuaciones.

**Transferibilidad:** Capacidad de una experiencia para permitir la repetición de sus elementos esenciales en un contexto distinto al de su creación, con elevadas probabilidades de éxito.

**Factibilidad:** Atributo por el que una iniciativa tendrá posibilidades de éxito en su implementación, debido a que en su diseño se ha tenido en cuenta el contexto económico, técnico, organizacional y socio-político en el cual se ha de llevar a cabo.

**Impacto positivo:** Consecución de los objetivos establecidos, que implica la existencia de un cambio observable y positivamente valorado en el ámbito sobre el cual se ha centrado la actuación llevada a cabo.

**Planificación:** Establecimiento de un conjunto de pasos ordenados racionalmente y relacionados entre sí, para conseguir los resultados deseados en un ámbito de intervención del gobierno local.

**Liderazgo social sólido:** Capacidad de los promotores de una iniciativa para desarrollarla según los objetivos previstos mediante el fomento de la participación, la cohesión y la motivación de los actores implicados.

**Responsabilidades definidas:** Establecimiento, de modo transparente e inteligible, de quién responde de cada una de las competencias y funciones dentro de la organización y del proceso, de forma que se puedan rendir cuentas de forma efectiva.

**Sistema de evaluación:** Establecimiento de un sistema para la fiscalización de las medidas llevadas a cabo y el control de los efectos producidos en relación a los objetivos previstos, con el fin de observar las desviaciones y redefinir los objetivos y las medidas.

**Implicación de la ciudadanía:** Disposición de mecanismos de implicación de la ciudadanía y la eficacia de los mismos.

**Pre-recognition:** Se entiende que la existencia de reconocimiento y valoración hacia una experiencia garantiza la objetividad.

La Guía de Buenas Prácticas por el empleo para colectivos vulnerables de Cruz Roja (2002) se diferencia de otras guías planteando lo siguiente:

Esta guía da algunas pistas acerca de cómo plantear una guía de buenas prácticas que sea de utilidad real para las personas a quienes va dirigida. Opta por el concepto de buenas prácticas, “en el sentido de formas más óptimas de realizar un proceso, que pueden servir de modelo para lo que ya se viene realizando o para iniciar nuevas acciones”.

Propone no ceñirse a la mera exposición de experiencias, en términos “qué se hace y quién hace qué” sino facilitar propuestas de trabajo, identificar procedimientos adecuados y plantear ideas para la reflexión sobre ventajas y beneficios.

El portal web [www.practicasinclusion.org](http://www.practicasinclusion.org) de Cruz Roja sobre buenas prácticas en la inclusión social, desarrollado en 2007 incluye 20 criterios para la detección y selección de Buenas Prácticas:

1. Produce un *impacto social positivo, medible y prolongado* en el tiempo.
2. Su impacto produce *cambios en el marco legislativo*.
3. Da lugar a la *participación* de las propias *personas afectadas*.
4. Promueve *habilidades y capacidades* de los participantes.
5. Fomenta la creación y el fortalecimiento de *vínculos comunitarios*.
6. Favorece la participación de *voluntarios* en el proyecto.
7. Se tiene en cuenta la *perspectiva de género*.
8. *Reduce los factores de vulnerabilidad* derivados de la situación de género.
9. Da lugar al *cuestionamiento de enfoques tradicionales* de intervención frente a la exclusión social y las salidas posibles.
10. Promueve la *Independencia de criterios* y orientación del proyecto con respecto a las fuentes de financiación.
11. Estimula la *Innovación y Optimización* en el *aprovechamiento de los recursos*.
12. Hace primar los *objetivos cualitativos* sobre los cuantitativos.
13. Plantea un enfoque *multidimensional y/o interdisciplinar*.
14. Diseña *respuestas específicas* para necesidades particulares.
15. Aprovecha *eficazmente* los recursos existentes.

16. *Evalúa el impacto* de su intervención sobre los beneficiarios a largo plazo.
17. Dispone de mecanismos que aseguran la *estabilidad* de proyectos en marcha, así como su *financiación*.
18. La acción, iniciativa o proyecto o algunos de sus elementos, sirven como *modelo para otras organizaciones*.
19. Favorece la *implicación al máximo de agentes* (departamentos, áreas, entidades, instituciones, etc.).
20. Lleva a cabo una *gestión clara y transparente* de los recursos en general (protocolo para la identificación de Buenas Prácticas transferibles para la igualdad de género en el empleo).

El Grupo Temático Nacional de Igualdad de Oportunidades de los proyectos aprobados en la segunda convocatoria de la Iniciativa Comunitaria EQUAL Eje 4 de Igualdad de Oportunidades, publicado por la Unidad Administradora del Fondo Social Europeo, entiende por Buena Práctica:

“Aquellas *actuaciones, metodologías y herramientas*, puestas en marcha en el ámbito del empleo, que han demostrado su capacidad para *introducir transformaciones con resultados positivos* en la eliminación de los factores de desigualdad de género y que son *susceptibles de ser transferidas* a otros contextos”.

Conforme a la anterior definición, una buena práctica puede adoptar la modalidad de una acción, de una metodología (pudiendo traducirse en un procedimiento, un proceso, o la creación de una estructura...), y/o de un instrumento (por ejemplo, una herramienta).

Tras esta exposición de diferentes definiciones y criterios que determinan lo que son Buenas Prácticas, podemos decir que el concepto no tiene una definición unívoca. En algunas ocasiones, las buenas prácticas se solapan con conceptos como la calidad y la evaluación, sin llegar a poder distinguir dónde termina uno y dónde comienza el otro.

Sin embargo, sí podemos mencionar algunas características comunes a todas las definiciones. En la tabla nº 1 se recogen 3 conceptos comunes y los términos con los que aparecen en las distintas definiciones y criterios:

**TABLA 1.**

Conceptos Comunes Organismos /Entidades	Impacto Positivo / Transformación	Innovación	Transferencia
Naciones Unidas	Mejora tangible	Innovación	Transferencia
MTAS	Criterios óptimos	–	Generalizadas
FEAPS	Eficaces y eficientes	Pioneras	Sistematizadas
Colegio de Trabajo Social	Mejoras y resultados positivos	–	–
Fundación Carles Pi i Sunyer	Impacto positivo	Innovación	Transferibilidad
Cruz Roja	Impacto positivo	Innovación y cuestionamiento de enfoques tradicionales	Es modelo de otros
Fondo Social Europeo	Transformaciones y resultados positivos	–	Susceptibles de transferencia

## 2. Buenas Prácticas

---

Tras esta exposición de definiciones y características de otras entidades e instituciones, consideramos necesario añadir tres ideas más, que si bien no se hacen explícitas en las definiciones recogidas, sí son el fruto de una reflexión interna que siempre existe en el proceso de detección de una Buena Práctica:

- Que toda buena práctica lo es con respecto a otras, es decir, que por sí sola no puede ser definida, sino por comparación con las demás prácticas.
- Que una buena práctica es comparable en la medida en que implica una experiencia dentro de un mismo contexto o ámbito.
- Que lo que se transfiere de una buena práctica es la “forma de hacer” y no sus resultados.

De este análisis, planteamos nuestra propia definición de Buena Práctica:

**Experiencia práctica probada que, por comparación con otras, refleja mejores resultados que implican una transformación positiva a través de la introducción de elementos innovadores y cuya metodología es susceptible de ser reproducida, siempre que se adapte a cada ámbito y contexto.**

Respecto a los criterios en los que se basa una Buena Práctica, consideramos que dependen siempre del ámbito en el que se trabaja, pero en cualquier caso, sí queremos señalar que una Buena Práctica no deja de serlo por incumplir uno de los criterios, sino que será mejor práctica en la medida en que se acerque a los criterios de referencia.

Planteado esto, nuestra propuesta de criterios en los que se basa una Buena Práctica se desglosará en el siguiente apartado, “Buenas Prácticas en Drogodependencias” ya que es el ámbito en el que se enmarca este documento.

## 2.2. Principios básicos y criterios comunes en la intervención en drogodependencias para la detección de Buenas Prácticas

Como mencionábamos en el apartado anterior, una buena práctica se define siempre en un ámbito concreto, motivo por el cual queremos identificar los elementos comunes de las Buenas Prácticas en el ámbito de las drogodependencias. Por tanto, vamos a realizar un breve repaso a documentos y manuales que recogen criterios básicos y principios relativos al enfoque, metodología y/o intervención en drogodependencias.

La **Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008**, publicada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, establece pautas básicas en los circuitos terapéuticos del sistema de asistencia e integración social de las personas drogodependientes. Entre ellos, destacamos los siguientes:

- Garantizar la **equidad en las prestaciones** de los dispositivos terapéuticos de **todo el Estado**.
- **Coordinación** entre las diferentes **Administraciones Públicas** con competencia en salud y servicios sociales.
- Estructurar la **participación** de la red de **Salud Mental, Equipos de Atención Primaria de Salud y Servicios Sociales**, incluyendo programas específicos de tratamiento de sustancias legales (**alcohol y tabaco**).
- Crear o establecer programas de **calidad** que oferten **asistencia diversificada** que se ajusten a las **características, necesidades y demandas** de cada paciente.
- Dedicar especial atención a **las desigualdades** y a aquellos **usuarios que no contactan con la red asistencial**.
- **Complementariedad** entre el sistema nacional de salud, el sistema de acción social y los recursos privados, a través de los cuales, se deben ofrecer **servicios generales, especializados y específicos**.
- Los recursos privados deben estar debidamente **autorizados y/o acreditados** y deben caracterizarse por su **profesionalización, interdisciplinariedad y fácil acceso**.
- Los programas asistenciales deben ser **flexibles en el acceso y permanencia** y deben realizarse **preferentemente en su ámbito residencial**.
- El abordaje terapéutico debe **combinar varios recursos asistenciales** que pueden ser **secuenciales o simultáneos**, trabajando en red.
- Los objetivos terapéuticos deben ser **individualizados** y deben primar **evitar el deterioro biológico, psicológico y social**.
- La estructura del sistema debe incorporar **al menos 3 niveles** de intervención básicos:
  - El primero será la puerta de entrada del sistema (atención primaria, servicios sociales, programas de reducción de daños y programas de atención a necesidades básicas de los drogodependientes).
  - El segundo será el encargado de diseñar los planes terapéuticos individualizados (recursos especializados generales y específicos).
  - El tercero estará constituido por recursos específicos con alto nivel de especialización cuyo acceso debe hacerse por derivación desde los recursos de segundo nivel (centros residenciales, unidades de desintoxicación).

Además, estos tres niveles **deberán integrar programas cuyo objetivo sea la integración social y laboral** de las personas drogodependientes.



## 2. Buenas Prácticas

---

En el **II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2002-2007)**, se exponen los principios generales de la intervención asistencial.

- **Individualización:** Adaptar la atención a las necesidades y características personales y sociales de los usuarios.
- **Flexibilidad:** Adaptarse en todo momento a las necesidades y cambios que se vayan produciendo.
- **Integralidad:** El abordaje debe ser biopsicosocial considerando a la persona en su totalidad e interviniendo en todas las áreas afectadas. Por ello, se requieren equipos interdisciplinarios.
- **Participación:** La persona con problemas de consumo de drogas tiene derecho a participar en su propia recuperación, conociendo en cada momento la evolución de su tratamiento.
- **Diversificación:** Incrementar la oferta de recursos y programas abriendo nuevos campos de investigación y evaluación.
- **Complementariedad:** Convivencia de programas dirigidos a la abstinencia y a la reducción de riesgos y daños.
- **Confidencialidad:** Asegurar la confidencialidad y protección de datos según la legislación vigente.

La publicación del 2006 "**Drogodependencias y Adicciones: Curso básico de información y formación**", elaborado por la Dirección General para las Drogodependencias de la Junta de Andalucía, enmarca los principios generales del modelo asistencial de atención a las drogodependencias:

- Público y/o gratuito
- Abordaje bio-psico-social
- Oferta terapéutica diversificada
- Tratamiento individualizado
- Atención integral y flexible
- Confidencialidad
- Voluntariedad
- Interdisciplinariedad
- Profesionalidad
- Universalidad

El **II Catálogo de Buenas Prácticas en Drogodependencias** publicado por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) en 2006, contiene una serie de experiencias de Buenas Prácticas divididas en cuatro ámbitos: prevención familiar, prevención escolar, prevención comunitaria e innovación tecnológica. Estas cuatro áreas contienen indicadores básicos de Buenas Prácticas en drogodependencias:

- Impacto
- Coordinación
- Sostenibilidad
- Fortalecimiento de la comunidad
- Innovación y posibilidad de transferencia

- Evaluación
- Planificación y desarrollo integral

Este mismo organismo, el FEMP (Federación Española de Municipios), desarrolló también el **Manual para la elaboración de Planes Municipales sobre Drogas** donde incluye los principios orientadores:

- Globalidad e interdisciplinariedad
- Normalización
- Corresponsabilidad y participación
- Coordinación
- Flexibilidad e individualización
- Investigación y evaluación

El **documento marco de UNAD** de Incorporación social y laboral de 2005, plantea principios básicos en los programas de inserción:

- **Metodología:** Establecer criterios explícitos y definidos del diagnóstico, implementación, mejora y evaluación de las acciones.
- **Integralidad:** Considerar a cada persona de forma integral, por lo que se aborda la problemática considerándola un fenómeno multifactorial.
- **Sostenibilidad:** Impacto social tangible, positivo y duradero.
- **Discriminación positiva:** Debilitar los factores que provocan exclusión. Concentrar las acciones en personas a las que más afectan las situaciones de discriminación.
- **Participación:** Implicación de los actores en el diseño, implementación y/o evaluación de la práctica mediante procedimientos que fortalezcan o reestablezcan vínculos.
- **Complementariedad:** Garantizar la optimización de los recursos existentes, analizando los planes y estrategias del territorio para desarrollar aquellas actuaciones no cubiertas por las políticas generales.
- **Perspectiva de género:** Garantizar la participación de todas las personas en condiciones de equidad desde el enfoque de género, buscando la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.
- **Innovación:** Aportar nuevas o diferentes soluciones que pueden afectar a la población destinataria, al modelo de organización, a mecanismos de gestión y a instrumentos concretos.
- **Transferencia:** Las prácticas ensayadas deben ser transferibles a políticas territoriales. Las experiencias deben ser referencia y ser exportables a otras realidades.

Los ejemplos de documentos y manuales aquí presentados, plantean criterios que se refieren a diferentes niveles de actuación e incluso que atienden a distintas finalidades, aunque complementarias. Van desde pautas relativas a la política y estrategia de las drogodependencias hasta criterios muy concretos en la intervención de áreas específicas. Es por ello que, antes de lanzarnos a una definición definitiva, plantearémos principios de detección de Buenas Prácticas a diferentes niveles.

### 2.3. Confluencia de una definición con nuestras expectativas. ¿Qué entendemos por Buenas Prácticas en Drogodependencias?

Tras la revisión de documentos y manuales expuestos en el anterior apartado, consideramos que se pueden definir Buenas Prácticas en cuatro niveles que planteamos desde una perspectiva más general hasta una más concreta: Buenas Prácticas relativas al propio sistema, al funcionamiento de centros y servicios, a los programas específicos y a la intervención con las personas.

#### EN LO QUE AL SISTEMA SE REFIERE:

**COORDINACIÓN Y COMPLEMENTARIEDAD:** La OMS define la salud como “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Partiendo de esto, es necesario que exista un alto grado de coordinación entre Administraciones Públicas con competencias en materia de salud en general, de salud mental, de servicios sociales, etc., y además, se deben incorporar transversalmente programas de integración social y laboral.

**EQUIDAD Y SUBSIDIARIEDAD:** Las prestaciones de los dispositivos terapéuticos deben garantizarse por igual en todo el Estado y deben ejercerse con el apoyo de los organismos autonómicos y locales competentes.

**COMBINACIÓN Y TRABAJO EN RED:** El proceso terapéutico no sigue un camino lineal ni viene definido por fases estancas, sino que es necesario combinar varios recursos simultáneos que den respuesta a diferentes facetas del problema.

#### EN LO QUE A LOS CENTROS Y SERVICIOS SE REFIERE:

**CENTROS Y SERVICIOS AUTORIZADOS Y/O ACREDITADOS:** Los centros y servicios privados deberán estar debidamente autorizados y/o acreditados por el organismo competente.

**CENTROS Y SERVICIOS PROFESIONALIZADOS Y CON EQUIPOS INTERDISCIPLINARES:** Los trabajadores y voluntarios deben ser profesionales preparados que provengan de diversas disciplinas, con experiencia en el sector, y deberán recibir formación de manera permanente.

**CENTROS Y SERVICIOS DE FÁCIL ACCESO:** La derivación o entrada debe ser ágil y debe atender especialmente a personas con mayores dificultades, a través de la incorporación de la perspectiva de género y la captación de personas que no acceden a la red de recursos asistenciales.

#### EN LO QUE A LOS PROGRAMAS SE REFIERE:

**PROGRAMAS DE CALIDAD Y CON UNA OFERTA DIVERSIFICADA:** Deberá existir una oferta de programas que abarque y cubra todas las necesidades existentes. Coexistirán programas libres de drogas y de reducción de riesgos y daños, sin que esto vaya en detrimento de la calidad del servicio.

**PROGRAMAS ADAPTADOS A LAS NECESIDADES, CARACTERÍSTICAS Y DEMANDAS:** Los programas se adaptarán a las personas y no a la inversa, atendiendo a la pluralidad de necesidades y demandas detectadas.

**PROGRAMAS FLEXIBLES EN EL ACCESO Y PERMANENCIA Y PREFERENTEMENTE EN SU ÁMBITO RESIDENCIAL:** Las normas y criterios de acceso y permanencia serán flexibles, a fin de facilitar el mantenimiento en dichos programas, y en la medida de lo posible se ofertarán en el ámbito residencial.

## EN LO QUE A LA INTERVENCIÓN SE REFIERE:

**TRABAJO EN EQUIPO:** El proceso de intervención se realiza en equipo, para atender a las diversas problemáticas que coexistan.

**OBJETIVOS TERAPÉUTICOS INDIVIDUALIZADOS:** El diseño del itinerario terapéutico será individual atendiendo a las especificidades de cada persona.

**PROCESO INTEGRAL:** Se intervendrá desde una perspectiva integrada que incluya aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

**CORRESPONSABILIDAD Y PARTICIPACIÓN ACTIVA:** El propio paciente participará activamente tanto en el diseño como en la consecución de sus objetivos y se harán partícipes, si se considera conveniente, a sus familiares o personas de apoyo.

**PROCESO CONFIDENCIAL Y VOLUNTARIO:** El proceso terapéutico es confidencial y el tratamiento de sus datos personales se regirá por la ley de protección de datos vigente. Así mismo, todo proceso debe partir desde la voluntariedad del propio paciente.

Llegados ya al final de este capítulo, intentaremos aunar los elementos expuestos reuniéndolos en una definición propia que, a nuestro parecer, responde a la pregunta:

¿Qué es una Buena Práctica en Drogodependencias?

**Todo aquel proceso voluntario de transformación positiva en los ámbitos biológico, psicológico y social de un individuo con problemas de consumo de drogas, en el que interviene un equipo interdisciplinar a través de la reproducción de una metodología individualizada y participativa, cuyos resultados generan cambios significativos en su calidad de vida y en la de su entorno.**

Señalamos que en esta definición ubicamos al individuo como elemento central de este proceso ya que aunque acompañado por un equipo y apoyado por una metodología, solo puede ser considerada como buena práctica cuando el cambio positivo se genera desde la propia persona.





# 3. Mediación Comunitaria



# 3 Mediación Comunitaria

## 3.1. Definiciones de autores expertos. Modelos de mediación

El concepto de mediación puede tener diferentes definiciones que atienden a la meta perseguida, al papel de las partes implicadas y al enfoque que se le otorgue a dicho proceso.

Por ejemplo, los autores Jay Folberg y Alison Taylor definen la mediación como: " El proceso mediante el cual los participantes, junto con la asistencia de una persona o personas neutrales, aíslan sistemáticamente los problemas en disputa con el objeto de encontrar opciones, considerar alternativas y llegar a un acuerdo mutuo que se ajuste a sus necesidades".

Esta definición refleja una meta explícita que es la de alcanzar un acuerdo que satisfaga a ambas partes. El papel del mediador en este caso es el de asistir, es decir, un papel más orientado primeramente a la contención. El enfoque del proceso se basa en la búsqueda de espacios comunes donde haya ausencia de conflicto y, por tanto, la reducción de las desavenencias.

John Haynes, sin embargo ofrece esta otra definición: "Mediación es un proceso en el cual una tercera persona ayuda a los participantes a manejar el conflicto. El acuerdo resuelve el problema con una solución mutuamente aceptada y se estructura de un modo que ayuda a mantener la relación entre las partes implicadas".

En esta definición, la meta es el manejo del conflicto por ambas partes. El papel del mediador es el de ayudar a los participantes en la construcción de acuerdos. El enfoque del proceso se basa en el desarrollo de relaciones desde la comprensión de las diferencias.

Además de las diferentes definiciones del concepto, destacamos los 3 modelos norteamericanos de mediación que representan tres líneas de pensamiento:

### El Modelo Tradicional – Lineal de Harvard

Este modelo se centra únicamente en la causa del conflicto, sin prestar atención al contexto en el que se desarrolla. El proceso de mediación se desarrolla a través de la comunicación verbal entendida como proceso lineal, donde cada parte expresa su mensaje en el aquí y ahora y el mediador garantiza que sea de forma bilateral y efectiva.

El método implica poner al descubierto los sentimientos y emociones de las partes, de manera que el mediador pueda poner orden, claridad y comprensión en el proceso con el objetivo último de llegar a un acuerdo.

Este modelo se basa, por tanto, en la disminución de las diferencias para alcanzar acuerdos, pero no trabaja en ningún caso los aspectos relacionales, de manera que no garantiza la desaparición de conflictos.

#### El Modelo Transformativo de Bush y Folger

Este modelo entiende que las causas del conflicto son múltiples y que se alimentan continuamente.

El proceso se desarrolla especialmente desde lo relacional. Su método consiste en que sean las partes implicadas las responsables y protagonistas del proceso donde el mediador solo planteará preguntas circulares que les ayuden a profundizar. El objetivo último es la modificación de la relación entre las partes.

Este modelo es, por lo tanto, la oposición al modelo tradicional.

#### El Modelo Circular - Narrativo de Sara Cobb

Este modelo considera que el resultado de la mediación es producto del intercambio constante y de la retroalimentación de las partes, donde la comunicación verbal y también la no verbal son elementos que transmiten información de interés. El modelo concibe la comunicación como un todo.

El proceso se basa en cuatro pilares:

- *Aumentar las diferencias:* Esto implica exteriorizar de forma controlada los posicionamientos confrontados, pero a diferencia del Modelo Tradicional, no se busca el orden sino un caos flexible que permita acercar posturas y negociar alternativas.
- *Legitimar a las personas:* Esto es, dar una parte de razón a todas las personas implicadas en el conflicto creando un espacio donde puedan plantear de forma legítima su postura.
- *Cambiar el significado:* Consiste en la labor del mediador para elaborar una versión lo más completa posible, partiendo de la historia que trae cada parte y tomando todos los puntos de vista posibles.
- *Creación de contextos de trabajo:* El contexto debe estar perfectamente definido antes de comenzar con la mediación y puede ir variando a lo largo del proceso. Este pilar es especialmente importante en los casos de mediación comunitaria.

El objetivo último de la mediación, según este modelo, es fomentar la reflexión, construir un nuevo significado del conflicto y elaborar de nuevo la historia de las partes con el fin de poder alcanzar acuerdos, si es posible.

Este modelo integra elementos de los anteriores y plantea aspectos nuevos, pero en cualquier caso, cada modelo puede ser válido según el tipo de conflicto.

El Modelo Tradicional ha sido muy utilizado en mediación en el ámbito empresarial o de las organizaciones, mientras que el Modelo Transformativo es especialmente útil en la mediación familiar. El Modelo Circular Narrativo es apropiado en mediación comunitaria.

Con el objeto de identificar elementos comunes y características diferenciadoras en los modelos de mediación que se utilizan en los diferentes ámbitos de trabajo, en el próximo capítulo, nos acercaremos a cinco experiencias de mediación con colectivos específicos.



## 3.2. Experiencias de Mediación

Este Manual pretende transferir una experiencia de Mediación Comunitaria con personas Drogodependientes en la ciudad de Madrid, pero hemos considerado de interés introducir cinco experiencias con colectivos específicos donde la mediación es la herramienta de intervención protagonista. Para llevar a cabo la recogida de información se han realizado entrevistas semiestructuradas con apartados comunes que nos han permitido identificar los elementos clave de su diseño, metodología, puesta en marcha, seguimiento y evaluación, junto con otros aspectos transversales que hacen de ellas Buenas Prácticas en Mediación.

Una vez transcritas y redactadas, han sido supervisadas por los propios entrevistados y se han introducido las modificaciones pertinentes para garantizar una información veraz y comprensible.

La presentación se hace de forma que el lector pueda acudir de forma sencilla y ágil a la información que más le interesa y se ha mantenido, lo más fielmente posible, el discurso de los expertos entrevistados a la vez que se ha intentado dar un formato común y útil.

Las cinco experiencias que se presentan son servicios financiados por el Ayuntamiento de Madrid y, en todos los casos, han participado y facilitado el trabajo de recogida de los datos de manera ejemplar y por tanto, se presentan a continuación.

### 3.2.1. Servicio de Mediación Familiar del Centro de Apoyo a Familias

NOMBRE DEL PROGRAMA	SERVICIO DE MEDIACIÓN FAMILIAR DEL CENTRO DE APOYO A FAMILIAS 1
Entidad Gestora	Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD)
Organismo o Institución de la que depende	Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Dirección General de Familia, Infancia y Voluntariado del Ayuntamiento de Madrid.
Nombre de la persona responsable	Laura Piñeiro Sanz (Directora del CAF1) Marina Lorente Merino (Responsable del Programa de Mediación)
Sede del Programa	Paseo del Molino, 11 - 28045 Madrid
Contacto	Teléfono: 91 506 18 60 Mail: lpiñeiro@abd-ong.org
Ámbito	Mediación Familiar para los distritos: Moncloa, Centro, Arganzuela y Chamberí, de Madrid.
Beneficiarios de la actuación	Familias residentes en distritos mencionados.
Entidad Financiadora/ Colaboradora	Ayuntamiento de Madrid.

---

### OBJETIVOS, ACTIVIDADES Y RECURSOS DEL PROGRAMA

---

#### Objetivos:

- Acercar la mediación a las familias madrileñas.
- Evitar la evolución y agravamiento de los conflictos intrafamiliares; la intervención tiene una doble naturaleza: paliativa y preventiva de consecuencias de los conflictos.
- Facilitar la comunicación entre las partes, cuando no llegan a un entendimiento, para que puedan conseguir la meta a la que desean llegar.
- Fomentar la cultura de la cooperación frente a la competición.
- Promover la creación de espacios para la gestión de conflictos.

El servicio atiende diferentes tipos de demanda:

- Separación, divorcio y ruptura de pareja.
- Revisión de acuerdos entre padres separados.
- Funciones parentales.
- Conflictos entre iguales.
- Disputas familiares de tipo económico.
- Organización para el cuidado de personas dependientes.
- Padres-hijos mayores de edad.
- Conflictos abuelos-nietos.

Según los datos de la memoria 2006, el 79% de las demandas de mediación tienen que ver con la ruptura familiar cuando hay hijos en común. No obstante, es importante diferenciar entre mediación para la separación, divorcio o ruptura de pareja, así como la mediación para la revisión de acuerdos o medidas cuando hay hijos en común. Esto se debe a que el momento familiar y el tipo de acuerdos a los que los padres quieren llegar son muy diferentes.

---

#### Actividades principales:

- Entrevistas individuales, en pareja o grupales.
- Redacción de acuerdos.
- Impartición de talleres.
- Grupos de trabajo.
- Charlas formativas.

---

#### Recursos:

El programa cuenta con dos mediadores con dedicación plena al Servicio de Mediación, y un tercero, de apoyo. También dispone de recursos materiales, tales como una sala de mediación, material fungible, ordenador y un rotafolios.

---

#### METODOLOGÍA: ASPECTOS GENERALES

---

**Acceso:** Las personas que acuden conocen el programa por diferentes vías. A través de los folletos que se distribuyen en los distritos de intervención, a través de los juzgados, ya que el CAF tiene un programa de información y mediación intrajudicial, u otros centros o recursos. En el programa se presta atención a todas las familias, independientemente del tipo de estructura que tengan.

**Acogida:** En la primera cita se asigna a cada caso un mediador u otro, en función de las características de la demanda y si en algún momento del proceso se requiere, entra otro profesional. En los casos de mediación intrajudicial, atiende el equipo al completo (psicólogo, abogado y mediador). Desde la solicitud de la primera cita hasta que se atiende no pasa ni una semana. Si acude una sola de las partes se le da la información, con la idea de que lo transmita a la otra parte. Al terminar la sesión se le facilita un folleto del CAF, uno sobre el programa de mediación, así como una tarjeta de contacto. Si la otra parte quiere acudir de forma individual para conocer el centro y el programa, puede solicitar una cita o pueden decidir acudir los dos juntos. El objetivo de la primera cita es que a ambos les quede claro en qué consiste el servicio de mediación. Se facilita un espacio y tiempo de preguntas, y se toma la decisión de iniciar o no el proceso.

**Primera sesión:** Se solicitan por escrito a las dos partes las expectativas con respecto al programa, y en el caso de que sea una pareja en proceso de separación, lo que pretenden conseguir que no hayan conseguido en el juzgado. A continuación se lee en voz alta. Es común confundir expectativas con los acuerdos a los que cada parte pretende llegar. En esta sesión se pasa también un pequeño protocolo de calidad para evaluar el servicio, y al mismo tiempo ver en qué medida les puede servir a ellos el proceso de mediación. Los ítems están relacionados con tres aspectos que deben puntuar de 0 a 10:

- Nivel de conflicto
- Capacidad para comunicarse
- Capacidad de cooperación

Este protocolo permite conocer el estado del que se parte a la vez que evaluar al final si se han alcanzado los objetivos.

**Sesiones de trabajo:** Se priorizan temas y se van trabajando a la vez que se alcanzan acuerdos. Para garantizar el éxito de estas sesiones es imprescindible la flexibilidad en la intervención y que sean los propios interesados los que impongan el ritmo y los temas a tratar.

**Acuerdos:** Una vez se han alcanzado los acuerdos, se redactan en un documento y se leen en voz alta. Es posible hacer algunas matizaciones o modificaciones. Finalmente se firma por las dos partes. La sesión termina con la aplicación del protocolo de calidad nuevamente y se pasa un cuestionario de satisfacción del centro.

---

---

#### PRINCIPALES RESULTADOS Y ELEMENTOS DE TRANSFORMACIÓN Y MEJORA

---

De todas las personas que son informadas en una primera cita, el 50% acepta acudir a mediación. Y de esas personas que siguen el proceso, más del 50% alcanzan acuerdos totales o parciales.

Sin embargo, se puede hacer una diferencia importante entre las personas que acuden de forma voluntaria y aquellas que han sido derivadas a través del juzgado. Las primeras suelen salir con acuerdos adoptados, las segundas tienen más dificultades para alcanzar acuerdos.

Entre las personas que acuden desde la mediación intrajudicial, hay un índice bajo de acuerdos, porque son personas con un conflicto muy cronificado, que llevan años en los juzgados.

Los resultados de éxito que implican una transformación positiva no son solo alcanzar acuerdos. Hay personas que acuden al servicio porque hace meses que no se dirigen la palabra, son parejas que se comunicaban por mail. A lo largo del proceso de mediación se ha conseguido que estas parejas se comuniquen en persona. Del mismo modo, hay personas que en la primera sesión no se miran a la cara y solo se dirigen al mediador para comunicarse. Tras el proceso consiguen hablar entre ellos.

Pero las transformaciones no se generan únicamente en el espacio de la mediación. A las personas que acuden se les asignan tareas que deben trabajar y poner en común en su día a día. El papel del mediador es generar esos espacios, pero el trabajo lo realizan las personas.

---

---

#### ANTECEDENTES Y ORIGEN DEL PROGRAMA Y ASPECTOS REDISEÑADOS

---

Los Centros de Apoyo a la Familia son recursos de titularidad pública y gestión privada, empiezan a funcionar en septiembre de 2004, dependiendo en su momento de la Dirección General de Infancia y Familia, a través de concurso público.

Los CAF incluyen diferentes servicios para las familias: Información, Orientación, Intervención Familiar, Formación Familiar, Programa de 0 a 3 años, Programa de Atención a la Violencia en el Ámbito Familiar, Participación Comunitaria y Voluntariado, Bancos del Tiempo y Programa de Mediación Familiar.

En los inicios, el servicio de mediación estaba planteado como un elemento puntual para resolución de conflictos y la expectativa era que las personas acudieran al centro para ello. Sin embargo, era necesario dar a conocer el servicio, informar sobre el programa, por lo que se diseñó todo un proyecto en paralelo de difusión.

Además de la necesidad de difundir el servicio, cuanto más experiencia adquiere el programa, se percibe que el servicio tiene un carácter paliativo, en la medida en que se media cuando ya ha surgido el conflicto y de forma puntual. Es entonces cuando se decide complementar el Programa de Mediación con el Programa "Por una convivencia sostenible", que implica dar a conocer las bondades de la mediación como proceso preventivo, y este trabajo se hizo fundamentalmente a través de colegios.

El programa incluye desde charlas hasta talleres o grupos de trabajo, con padres e hijos, que se ofrecen a los colegios, y son las propias AMPAS (Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos) las que deciden en función de las necesidades del centro educativo y del barrio, cuáles son las actividades más adecuadas a desarrollar.

---

---

#### LATENCIA DE LOS EFECTOS POSITIVOS Y SOSTENIBILIDAD DE LOS MISMOS

---

El proceso de mediación no es especialmente largo, de hecho, la media según los datos de la memoria de 2006, es de unas 4 sesiones para llegar a alcanzar acuerdos. Aunque se han realizado procesos desde 3 sesiones hasta 15 cuando ha sido necesario.

Existe una gran variabilidad entre la aparición de los efectos positivos, ya que no es lo mismo una pareja que lleva físicamente años separada y quieren alcanzar acuerdos sobre bienes comunes, que una pareja que aún convive en el mismo espacio y que se está separando. Esta segunda tiene que organizar su día a día, su convivencia con los hijos, sus vacaciones, etc. Estas pequeñas cosas implican casi un proceso en paralelo de mediación.

El seguimiento de los casos requiere mucha flexibilidad. En los casos en los que la pareja no va a llevar el acuerdo de mediación al juzgado, es suficiente recoger información del estado de los acuerdos durante los siguientes 6 meses. Las parejas que van a llevar el acuerdo al juzgado, deben informar al servicio de lo que ha dicho el juez y el fiscal sobre ello. En esos casos se plantea un seguimiento a lo largo de todo un año. Lo importante es dejar un tiempo razonable para ver en qué medida las personas han llevado a cabo o no los acuerdos.

---

---

#### ELEMENTOS INNOVADORES Y DIFERENCIADORES DEL SERVICIO

---

El programa es innovador en sí mismo porque no existe ningún servicio gratuito de mediación para familias, con acceso directo a un programa como éste.

La distribución geográfica por distritos de los Centros de Apoyo a las Familias hace el servicio más cercano y adaptado a las peculiaridades de la zona, así como más fácil su conocimiento y acceso.

Es innovador el hecho de que el programa esté integrado en un centro que dispone de otros servicios para las familias, de un equipo multidisciplinar que puede adecuar la intervención a las diferentes demandas de las familias, complementando la atención y cubriendo en un mismo espacio físico y con los mismos profesionales, todo tipo de problemáticas familiares, ahorrando además mucho tiempo a los miembros de una familia.

---

#### EXPERIENCIAS SIMILARES Y ELEMENTOS DE REPLICABILIDAD

---

Este programa de mediación integrado en los Centros de Apoyo a la Familia con sus características es la única experiencia conocida de acceso voluntario y gratuito.

Los elementos fundamentales del servicio son la flexibilidad y la complementariedad con otros servicios del centro.

El programa de mediación familiar debe siempre apoyarse en otros servicios, de manera que si se detectan nuevas necesidades comunes es necesario tener la capacidad de generar nuevos servicios complementarios.

Los servicios en los que se apoya el programa de mediación son la Orientación y Atención Psicológica, que es fundamental al igual que realizar en paralelo formación familiar, dado que es muy útil para el proceso de mediación.

Un ejemplo de ello es el desarrollo del grupo de terapia “Después de la tormenta” que es específico para parejas que no se comunican, donde se refuerzan elementos previos indispensables para llevar a cabo una mediación.

Otro ejemplo es el grupo de trabajo entre padres e hijos adolescentes que se creó para desarrollar un **Decálogo de los derechos y obligaciones de padres e hijos en la convivencia familiar**. En este espacio se trabaja en consenso para llegar al acuerdo de cuáles son sus derechos y obligaciones. Y además de generar un espacio donde padres e hijos se comunican, tienen un espacio para compartir problemas con otros padres.

La mediación intrajudicial también es un servicio complementario que se inicia en 2006 a raíz de un convenio entre el Ayuntamiento y el Decano de los juzgados que persigue solucionar casos cronificados de conflicto. Se ha establecido un punto de información en los Juzgados de Familia donde acuden los profesionales del centro, por turnos. Los jueces seleccionan los casos que creen que son susceptibles de mediación y los mandan al Punto de Información. Si la pareja considera que puede obtener resultados a través de la mediación se les da una cita para empezar el proceso en el CAF.

---

---

#### PRINCIPALES RIESGOS Y DIFICULTADES DEL SERVICIO

---

La primera dificultad es que tras facilitar información sobre el programa, alguna de las partes no acepte acceder. Hay un gran desconocimiento generalizado de la cultura de la mediación y es complicado transmitirla y que se haga uso de ella.

Pero no solo las familias desconocen la cultura de la mediación, los propios operadores judiciales (abogados, fiscales, jueces), lo perciben en algunos casos como un competidor por creer que la labor mediadora y la judicial son excluyentes, cuando en realidad son totalmente complementarias.

Pueden surgir complicaciones cuando a lo largo del proceso de mediación se detecta una situación de maltrato que es incompatible con el programa. En esos casos se deriva a los recursos específicos correspondientes. Del mismo modo, cuando hay un problema de consumo de drogas en algún caso del programa se procede a la derivación.

El principal riesgo es que el verdadero objetivo de alguna persona al acudir al proceso de mediación sea utilizarlo de cara al juzgado. Algunas veces, el aceptar formar parte del proceso de mediación puede dar una apariencia beneficiosa de cara al juzgado si la otra parte no lo acepta. Para evitar que se desvirtúen los auténticos objetivos del programa no se elaboran en ningún caso informes, ni se emiten justificantes acerca del proceso para que no puedan ser utilizados en contra de la otra parte. Además, se garantiza la confidencialidad, de manera que lo que en ese espacio se trabaja o propone no puede ser utilizado en ningún otro espacio.

---

---

#### COMPLEMENTARIEDAD Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN

---

Puesto que las personas que acceden al centro pueden venir directamente a solicitar una cita o derivados a través de otros recursos, el primer mecanismo desarrollado fue un plan de difusión con el fin de acercar el programa a la red de recursos. Se realizó con aquellos centros ubicados en los distritos de atención del CAF, así como aquellos que se consideraron oportunos para mantener una colaboración.

Todos los casos con los que se trabaja en el centro están informados de la colaboración en red y, por tanto, de la posibilidad de ser derivados en caso necesario.

Un ejemplo de ello es cuando se detectan menores en riesgo o desamparo, se contacta automáticamente con Servicios Sociales, los cuales convocan un ETMF (Equipo de trabajo con menores y familia).

También existe una estrecha coordinación con recursos de drogodependencias, de manera que en el CAF se llevaría a cabo la intervención de carácter relacional con la familia, mientras que el CAD realizaría la intervención terapéutica.

---

---

#### TRANSFERENCIA VERTICAL: LA RELACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN

---

El equipo del CAF, forma parte de una comisión de seguimiento con el Área de Gobierno de Familia y S. Sociales del Ayuntamiento de Madrid, donde acuden periódicamente los Directores /as de los CAF y el Jefe del Departamento de Familia (Dirección General de Familia, Infancia y Voluntariado).

El contacto más habitual, del día a día, se lleva a cabo con la persona responsable de Sección del Departamento de Familia a quien también se le remite mensualmente un informe donde se refleja la actividad realizada y anualmente una memoria del trabajo de todo el año.

Esto es en lo que respecta a los mecanismos formalmente establecidos, pero también hay un flujo continuo de intercambio de iniciativas desde el Ayuntamiento de Madrid, así como un continuo contacto con nuevos recursos que puedan complementar.

Las propuestas del CAF se trasladan sin ninguna dificultad al Ayuntamiento de Madrid.

---



#### 3.2.2. Programa de Mediación Penal

NOMBRE DEL PROGRAMA	PROGRAMA DE MEDIACIÓN PENAL
Organismo o Institución de la que depende	Instituto de Adicciones de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid)
Entidad Gestora	Asociación APOYO
Nombre de la persona responsable	M <sup>a</sup> Pilar Sánchez
Sede del Programa	Corregidor Diego de Valderrábano, 45 - 1 <sup>o</sup> Izq. 28030 Madrid
Contacto	Teléfono: 91 437 48 32 Mail: pilarcuca@terra.es
Ámbito	Mediación Penal en Madrid.
Beneficiarios de la actuación	Drogodependientes infractores y víctimas
Entidad Financiadora/ Colaboradora	Instituto de Adicciones de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid)

---

#### OBJETIVOS, ACTIVIDADES Y RECURSOS DEL PROGRAMA

---

##### Objetivos:

- Mejorar la percepción social de los drogodependientes y en particular de aquellos que, tras haberse incorporado a algún tipo de tratamiento rehabilitador, han modificado sustancialmente sus comportamientos y actitudes sociales.
- Prevenir la comisión de nuevos delitos por parte de los drogodependientes infractores, mediante el conocimiento directo de los daños y consecuencias que sus actos tienen en las víctimas.
- Facilitar la resolución de conflictos a través de vías extrajudiciales.
- Favorecer la culminación de los procesos de rehabilitación e integración social de los drogodependientes infractores.

---

##### Actividades principales:

- Divulgación del Servicio de Mediación.
- Mediación penal entre drogodependientes infractores y víctimas.

---

##### Recursos:

Dos mediadores (jornada completa y parcial), un criminólogo y una psicóloga.

El programa cuenta con un local que incluye una sala adaptada para la mediación.

---

#### METODOLOGÍA: ASPECTOS GENERALES

---

**Acceso:** Los requisitos de acceso son: ser mayor de edad y haber sido víctima de un delito o haber sido el causante de ese delito, se haya iniciado o se esté iniciando un procedimiento penal. En el caso de los infractores, puesto que principalmente son personas con problemas de drogas, se exige que acrediten el estar o haber estado en un programa específico de tratamiento. El infractor suele ser quien accede al programa. Lo primero que se les solicita es el reconocimiento del delito y de los hechos cometidos.

**Cita con el infractor:** Se desarrolla con un mediador, quien fomenta un espacio cómodo de confianza y que en ningún caso cuestiona al infractor sea cual sea su delito. Se trabaja para conocer la disposición del infractor para reparar el daño causado a la víctima, así como las posibles alternativas para la reparación.

**Valoración:** Se contacta con el abogado del infractor y con el profesional de referencia del programa de drogas del centro de tratamiento. Se hace una valoración y se decide si se le incorpora al programa. Llegados a este punto, se le informa de todo el proceso y se firma un documento de aceptación de las normas de la mediación, indicando que se trata de un proceso libre, voluntario, confidencial y gratuito.

**Contacto con la víctima:** El programa se pone en contacto con la fiscalía, haciéndoles llegar un informe con los datos de la persona que quiere participar en mediación. La fiscalía contacta con el juzgado que lleva esa causa y facilitan al programa los datos de las víctimas. Conocidos los datos, se remite una carta a la víctima en la que se le comunica que el infractor quiere participar en un programa de mediación. A los pocos días de su recepción, se hace una llamada a la víctima para ampliar el contenido de la carta y establecer un marco de confianza para, si es posible, acordar una cita con ella.

**Cita con la víctima:** La finalidad de esta reunión es escuchar a la víctima: cómo se siente, qué expectativas tiene con respecto a la mediación, si quiere participar, qué percepción tiene de la justicia, etc. Si la víctima acepta participar, firma un documento en el que acepta las normas del programa y manifiesta la voluntad de colaborar.

**Reunión de mediación infractor y víctima:** Se organiza la reunión conjunta que suele desarrollarse en una sala sin mesas, con taburetes y con un mediador (aunque excepcionalmente pueden ser dos) cuyo trabajo se complementa con un criminólogo y una psicóloga. Es importante que los profesionales sepan manejar las emociones que aparecen, pero teniendo siempre en cuenta que se trata de un trabajo puntual donde no existe un vínculo ni de pasado ni de futuro (como sí ocurre en mediación familiar). Sin embargo, se perciben víctimas con miedo y es necesario resolverlo. Hablar con la persona infractora les devuelve cierta sensación de seguridad. El infractor puede comentar por qué cometió el delito y qué ha hecho con los objetos sustraídos, como por ejemplo llaves. En ningún caso el infractor tendrá que justificarlo.

**Acuerdos:** Terminada la reunión, se alcanzan acuerdos de reparación y se firma el contenido de los mismos. Puede ser una reparación patrimonial que incluya la forma de pago y cantidad o una reparación simbólica, como la petición de perdón, el compromiso del infractor de cambiar aspectos de su vida y mantener informada a la víctima, etc.

**Supervisión:** Todo el proceso está supervisado por la fiscalía, lo cual es una garantía de que la propuesta de reparación no sea excesiva. Se plantea una situación integrada en el procedimiento penal, aunque es una solución fuera del procedimiento habitual, pero dentro de las normas procesales. Eso conlleva que, generalmente, se celebre el juicio aunque sea a través de la figura de la conformidad. En el desarrollo del juicio, el fiscal debe preguntar a la víctima si está realmente conforme con el acuerdo alcanzado y con el modo como se ha desarrollado.

---

---

#### PRINCIPALES RESULTADOS Y ELEMENTOS DE TRANSFORMACIÓN Y MEJORA

---

La persona que accede al programa se mantiene hasta el final del proceso, el cual fomenta la empatía y facilita la posibilidad de poner rostro e historia a la otra parte.

Respecto a las víctimas, la acogida es muy buena ya que sienten que tienen la oportunidad de obtener una respuesta a su "por qué" y de ser reparadas, y aunque por el motivo que sea decidan no participar, valoran como muy importante que el programa se haya puesto en contacto y que el infractor haya decidido colaborar en el programa.

Es muy raro que cuando ambas partes deciden participar, no se llegue a un acuerdo. Los principios que inspiran esta mediación son: voluntariedad, confidencialidad y gratuidad.

---

---

#### ANTECEDENTES Y ORIGEN DEL PROGRAMA Y ASPECTOS REDISEÑADOS

---

El programa nace en 1999 y su puesta en marcha atiende a la demanda de las personas, no proviene de un estudio de campo sino del hecho de que la respuesta que da el derecho penal, convencional, castigador, retributivo, no es lo que satisface a las víctimas. En los juicios era habitual que las víctimas solicitaran mampara para los infractores, lo cual denota el temor de éstas y es, a su vez, muy doloroso para los infractores, ya que no se ven a sí mismos como criminales y sienten la necesidad de dar una explicación.

El siguiente paso fue, por tanto, formar a profesionales en procesos de mediación que cumplieran con un cometido que la justicia no alcanza, deteriorando la percepción de las personas sobre ésta. La mayoría de las víctimas citadas en un juicio son testigos a los que se les toma declaración, ratificación, por parte de todos los intervinientes, haciendo que se sientan, en ocasiones, culpables de lo que les ocurrió y obligándoles a llevar a cabo una serie de trámites largos y engorrosos para finalmente no sentirse reparadas.

El programa se basa en la idea de que todas las personas disponen de herramientas para dialogar y que se debe, por lo tanto, proporcionar el espacio y condiciones necesarios.

Se han incorporado algunas modificaciones para mejorar el programa. Por ejemplo, con relación a la forma en que se contactaba con la víctima. Inicialmente era de forma directa y ahora es la fiscalía la que envía la carta y el programa realiza la llamada de teléfono.

La relación con los abogados de las dos partes ha mejorado sustancialmente. Se ha fomentado mucho desde el programa su participación, informándoles de todo el proceso y permitiéndoles asistir a la primera reunión para que sea muy transparente y claro.

Se ha incrementado la colaboración entre los dos equipos y entre el profesional de referencia en el ámbito de drogas.

También se ha permitido que se amplíen los asistentes con algún familiar, ya que las víctimas, al venir acompañadas se sienten mejor. La flexibilidad ha marcado las adaptaciones del programa. El desplazamiento de los mediadores en la primera visita a los domicilios de las víctimas viene dada por la avanzada edad de muchas de ellas.

---

---

#### LATENCIA DE LOS EFECTOS POSITIVOS Y SOSTENIBILIDAD DE LOS MISMOS

---

En el mismo encuentro entre la víctima y el infractor se llega al acuerdo de reparación de manera que los efectos son rapidísimos. En el momento del encuentro es cuando incluso empiezan a superarse los miedos e inseguridades.

Una sola sesión o dos son suficientes. El motivo es que no existe un vínculo entre las partes. La mediación ayuda a revincular lo que se ha roto, pero solo en la parcela donde transcurre esa ruptura.

Las personas que acuden no tienen mayor interés que el de resolver ese hecho sin más. No tienen dificultades en volver a encontrarse, de hecho se vuelven a ver en el juicio y ya entonces se perciben los efectos positivos de la mediación. La víctima suele acercarse al infractor a saludarle y ambos quieren que se resuelva rápido y sin problemas. Es una relación cómoda. Cuando no se ha llevado a cabo la mediación, las partes esperan en salas distintas y la sensación de vulnerabilidad e inseguridad es grande para ambos.

---

---

#### ELEMENTOS INNOVADORES Y DIFERENCIADORES DEL SERVICIO

---

Un componente innovador es la voluntariedad. Existen programas de mediación penal donde es la fiscalía quien decide si se lleva a cabo un proceso mediador. Pero no son programas donde el infractor decide acceder a mediación. Otro elemento innovador es el compromiso del equipo de mediación con ambas partes, adaptarse a sus necesidades.

Algunos programas de mediación tenían objetivos como conseguir la ausencia de conflictos, lo cual es imposible. El conflicto "per se" no es algo negativo, lo importante es encontrar estrategias para resolverlo. El programa de mediación tiene esa otra visión del conflicto y ofrece ese espacio para trabajarlo.

Se ha partido de la visión de los años 60 donde la prisión se percibía como reinsertadora y reeducadora, pero la realidad es que el aislamiento no es un modelo reinsertador. Los problemas personales, familiares y sociales del preso no se han resuelto cuando sale y si ha pasado un periodo sin consumir es porque no tenía cómo hacerlo, pero en cuanto sale lo retoma. Esta solución convencional no ha resuelto los problemas. De hecho, las tasas de reincidencia de las personas que pasan por prisión son enormes y dentro de prisión siguen teniendo muchos conflictos. Por esta razón, ahora existen los programas intrapenitenciarios que antes eran impensables.

El enfoque de este programa no es solo válido en el ámbito penal, es una concepción del mundo.

---

### 3. Mediación Comunitaria

---

---

#### EXPERIENCIAS SIMILARES Y ELEMENTOS DE REPLICABILIDAD

---

En España este tipo de mediación está poco generalizada. Hay más programas de mediación penal con adultos en Cataluña, País Vasco y Aragón (Zaragoza), pero la mayoría de ellos son más formalizados y es la fiscalía la que deriva a mediación, perdiéndose el componente de voluntariedad y lo que puede implicar es que el infractor lo acepte por interés personal. El programa de mediación de Zaragoza es el que más se asemeja a esta experiencia.

En el resto de Europa es muy habitual llevar a cabo procesos de mediación, pero en España no se hace. En Estados Unidos, Canadá y América Latina hay una gran tradición de la mediación.

El motivo de que en España no se generalicen estos programas es la percepción de que en penal, las cosas se resuelven por medio de un procedimiento contencioso. Modificar esa visión es difícil.

Los requisitos de replicabilidad son la voluntariedad del proceso, partir siempre de las necesidades de las personas y disponer de un equipo multidisciplinar formado.

---

---

#### PRINCIPALES RIESGOS Y DIFICULTADES DEL SERVICIO

---

Un riesgo de este servicio es que sea asumido por empresas de servicios cuyos intereses no sean los de las partes sino los propios. Entidades que no analicen en profundidad el derecho penal y las necesidades de estas personas. Por eso es tan importante que sea un servicio gratuito.

Las dificultades que se presentan son básicamente debidas a reticencias de los operadores jurídicos, desconfianza y temor por no entender cuál es el papel de cada uno. Los abogados suelen entender al mediador como un sustituto de su función y no como un complemento facilitador de su trabajo.

---

---

#### COMPLEMENTARIEDAD Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN

---

La periodicidad de la coordinación viene dada por las situaciones reales y la necesidad. La coordinación es un elemento fundamental que no puede ir en detrimento del trabajo con las personas.

Las herramientas más utilizadas son llamadas telefónicas, correos electrónicos y reuniones de trabajo a demanda según las necesidades.

Las principales entidades con las que se mantiene una coordinación son, el programa del SAJIAD, los CAD, el CAID y otras entidades como Cáritas, Cruz Roja, Proyecto Hombre, Asociación Proyecto Hogar, con la fiscalía y con el Instituto de Adicciones.

---

---

#### TRANSFERENCIA VERTICAL: LA RELACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN

---

Con el Instituto de Adicciones y la Fiscalía existe una total libertad para hacer propuestas y plantear sugerencias. Normalmente, los contactos y reuniones con el Instituto de Adicciones son más de carácter administrativo y de gestión, mientras que con la fiscalía son más relativas al contenido del programa.

---

### 3.2.3. Programa ISTMO de Atención a Personas Extranjeras Drogodependientes

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA</b>	<b>PROGRAMA ISTMO DE ATENCIÓN A PERSONAS EXTRANJERAS DROGODEPENDIENTES</b>
<b>Organismo o Institución de la que depende</b>	Instituto de Adicciones de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid)
<b>Entidad Gestora</b>	Alma-Ata Consultores S.L.
<b>Nombre de la persona responsable</b>	Luisa María Álvarez Iglesias
<b>Sede del Programa</b>	Paseo de la Florida, 19 - 2º B
<b>Contacto</b>	Teléfono: 91 559 68 70 Mail: istmo@alma-ata.es
<b>Ámbito</b>	Mediación intercultural e intermediación socio-sanitaria
<b>Beneficiarios de la actuación</b>	Personas extranjeras drogodependientes ubicadas en el municipio de Madrid.
<b>Entidad Financiadora/ Colaboradora</b>	Instituto de adicciones de Madrid Salud (Dpto. de Asistencia y Reinserción)

#### OBJETIVOS, ACTIVIDADES Y RECURSOS DEL PROGRAMA

##### Objetivo:

Un istmo es un estrechamiento o lengua de tierra que une a través del mar dos continentes. El objetivo del programa responde a su propio nombre, es decir, un puente estratégico, entre los beneficiarios y los distintos recursos de la red municipal de atención a drogodependientes, que facilite su acceso y adherencia a los diferentes programas de asistencia y reinserción. Para ello, se trabaja tanto con los propios drogodependientes como con los diferentes profesionales.

##### Actividades principales:

Las acciones parten de las necesidades que manifiestan expresamente los usuarios y de las que el propio equipo de ISTMO puede detectar y desde el apoyo en esa situación (alojamiento, documentación...) se motiva a los beneficiarios a iniciar y mantenerse en el programa individualizado para su problemática de drogodependencia.

Se desarrolla todo un proceso de acompañamiento e intermediación en las distintas gestiones, con un proceso de feedback que facilite su aprendizaje para ir conociendo los pasos a dar, afrontando por sí mismos esas gestiones y ganando en seguridad personal.

Con los profesionales se realiza un feedback constante que posibilita la sensibilización para la atención de esta población, así como distintas intervenciones formativas e informativas sobre aspectos relevantes en la atención a personas extranjeras.

##### Recursos:

El equipo está compuesto por 6 personas: dos educadores, dos mediadores, un trabajador social y un coordinador.

En cuanto a recursos materiales, disponen del espacio físico de la oficina y de la red municipal de atención a personas drogodependientes, con los recursos específicos del Instituto de Adicciones.

---

#### METODOLOGÍA: ASPECTOS GENERALES

---

**Acceso** por derivación de otro recurso o directamente y de forma voluntaria.

**Acogida** por parte del trabajador social: Se verifica la adecuación del perfil al programa.

- Requisitos: Inmigrante, consumidor de drogas, con necesidades que puedan ser trabajadas desde el programa.
- Derivación: Realizada la valoración inicial, y en caso de no adecuarse al perfil del beneficiario del programa, se contacta con otros recursos más adecuados y se solicita una cita a la que acudirá sin acompañamiento.
- Entrevista de acogida: Datos sociodemográficos, datos de consumo, familiares, etc.

#### **Primera Cita:**

Como máximo, se da cita a los 3 días desde el acceso al programa por la urgencia de la situación en la que se suelen encontrar.

Características de las citas: muy ágiles y flexibles. No tienen por qué ser en las oficinas de la entidad. Los profesionales se desplazan a los recursos de referencia de los beneficiarios (por ejemplo, comedores sociales) para evitar perder casos.

Asignación de un mediador que es quien diseña con el beneficiario un plan de trabajo que se irá ajustando y modificando en función de las necesidades.

Se da información y se le gestiona una cita en el CAD.

#### **Intervenciones siguientes:**

Se comienzan trámites sencillos y más urgentes, como la búsqueda de alojamiento si está en la calle. De esta manera, el beneficiario percibe ventajas de acceso al programa.

Se informa de los pasos siguientes que se van a dar.

Se facilita el pago del transporte.

Se les ofrece un desayuno o almuerzo para que las gestiones se hagan en mejores condiciones, a la vez que sirve de espacio para recabar nueva información, generar confianza en los profesionales y fomentar la adhesión al programa.

#### **Seguimiento y Registro:**

El plan de trabajo individualizado se revisa por protocolo, al menos una vez al mes, pero pueden incorporarse nuevos objetivos o modificarlos en caso de necesidad.

Se recogen a través de informes de las citas realizadas y del registro de gestiones.

---

---

#### PRINCIPALES RESULTADOS Y ELEMENTOS DE TRANSFORMACIÓN Y MEJORA

---

El 50% de los beneficiarios del programa son personas que no habían entrado en contacto con ningún recurso específico de drogodependencias. Este programa implica, por tanto, no solo la labor mediadora en relación a necesidades básicas de la población inmigrante, sino la puerta de entrada a los Centros de Atención a las Drogodependencias de la Red de atención del Instituto de Adicciones de Madrid Salud, para aquellas personas que tienen un problema de consumo, especialmente de alcohol.

A raíz de esta experiencia, se ha conseguido que los CAD (Centros de Atención a las Drogodependencias) y los CCAD (Centros Concertados de Atención a las Drogodependencias) cuenten con intérpretes en la intervención psicosocial. A pesar de las dificultades que entraña para un terapeuta trabajar a través de un intérprete, esta población ha podido recibir una atención personalizada en estos centros en su propia lengua de origen.

El programa está planteado como un servicio "a la carta". A pesar de que el itinerario tiene siempre una base común, se ofrece a cada persona un abanico de posibilidades acorde a sus necesidades.

---

---

#### ANTECEDENTES Y ORIGEN DEL PROGRAMA Y ASPECTOS REDISEÑADOS

---

El Programa surge en octubre de 2004 a instancias del Ayuntamiento de Madrid, en concreto, del Instituto de Adicciones, y se adjudica a través de concurso público, con objeto de atender a personas extranjeras drogodependientes en el municipio de Madrid. Con este programa se pretende responder a las necesidades de la creciente población extranjera con problemas de consumo en centros de emergencia o atención básica y que, sin embargo, no accedía a los recursos de tratamiento.

El servicio se pone en marcha en febrero de 2005 y comienza con una campaña de difusión y sensibilización. El primer caso accede al servicio en el mes de marzo. El objetivo inicial era que estas personas extranjeras y consumidoras, mayoritariamente de alcohol y en una situación de calle, se incorporaran al tratamiento y se beneficiaran de los diferentes servicios del Instituto de Adicciones de Madrid Salud, siendo el programa un nexo entre estas dos partes, como un istmo geográfico, un punto de unión entre dos realidades que se encontraban bastante distanciadas al inicio, como son la población extranjera drogodependiente y los recursos de la Administración Pública.

En un primer análisis de la demanda de esta población, la primera necesidad explícita no era el tratamiento de su drogodependencia ya que son personas que viven en la calle, sin empleo y sin papeles. El programa, por tanto, se planteó desde la atención de esas necesidades básicas como motivación para la incorporación al tratamiento. Y gracias a la atención a esas otras cuestiones, ISTMO es hoy un programa de referencia en materia de determinadas gestiones (empadronamiento, acceso a la atención sanitaria, alojamiento, etc.) además de la puerta de acceso a un CAD.

El programa proporciona un acompañamiento durante todas las fases del proceso de intervención (asistencia en centros específicos, deshabituación y programas de reinserción), apoyando a la persona en todas las dificultades de carácter cultural, y manteniendo el contacto permanente con ella, excepto en determinados momentos en los que entran en recursos residenciales como las Comunidades Terapéuticas, retomando de nuevo el contacto con su profesional de referencia del programa para cuestiones de idioma y culturales.

El programa incorpora intérprete lingüístico en caso necesario, y apoyo y mediación en cualquiera de las gestiones que se realizan.

---



---

#### LATENCIA DE LOS EFECTOS POSITIVOS Y SOSTENIBILIDAD

---

Los primeros efectos en los beneficiarios son muy rápidos, porque son los que visualmente mayor impacto tienen. Las personas que pasan de dormir en la calle y estar en consumo activo a tener un alojamiento y reducir la ingesta, empiezan a venir al servicio de otra manera. Están más despiertos, se expresan y relacionan con los profesionales de manera más abierta y a lo largo del primer mes ya se notan cambios, aunque sean de carácter superficial. Otros cambios más profundos se ven a largo plazo.

Los beneficiarios que acceden a la entrevista de acogida y se incorporan a tratamiento, no suelen abandonar el programa. Donde hay problemas de sostenibilidad es en la etapa de reinserción, porque se encuentran con los problemas de acceso al empleo. Los abandonos pueden producirse en las primeras etapas, cuando deciden no incorporarse al programa, pero una vez llevan entre un mes y tres meses en el programa suelen permanecer a lo largo de todo el tratamiento.

---

---

#### ELEMENTOS INNOVADORES Y DIFERENCIADORES DEL SERVICIO

---

Un elemento fundamental y característico de este programa es la flexibilidad. Los profesionales son muy conscientes de que el acceso y la continuidad de los beneficiarios en el servicio depende, en gran medida, de las facilidades que les den para realizar las gestiones pertinentes; por ese motivo, los mediadores y mediadoras, se desplazan a los recursos y centros de referencia para atender a los beneficiarios o para acompañarles a algunos de los trámites que se lleven a cabo.

Para garantizar la continuidad y constancia en las gestiones que deben realizar, se les paga el transporte público. Del mismo modo, se les da un almuerzo de manera que puedan realizar los trámites y asistir a los centros en buenas condiciones. Pero el momento de comer algo es también un espacio aprovechado por los profesionales para generar mayor confianza y recoger información relevante.

La flexibilidad, el acompañamiento y la cobertura de necesidades básicas permiten, por tanto, que los usuarios del servicio se sientan realmente apoyados, de manera que el siguiente paso, el acceso al tratamiento, que inicialmente no es una de sus inquietudes, pasa a ser un objetivo dentro de su itinerario.

Lo verdaderamente diferenciador del servicio es la apertura cultural. El colectivo de atención son personas inmigrantes, sin apoyo de una red social y que se sienten muy solos y que además tienen un problema de consumo de drogas no atendido porque no acceden a los CAD. El programa ISTMO incorpora profesionales nativos de varios países del este de Europa y norte de África lo cual les permite establecer un vínculo que no se genera con profesionales españoles aunque manejen adecuadamente idiomas. Las personas que acuden al programa sienten que se trabaja su problemática no solo desde el punto de vista psicológico y social sino desde el de su propia cultura.

---

---

#### EXPERIENCIAS SIMILARES Y ELEMENTOS DE REPLICABILIDAD

---

No se conocen programas en España similares. En la búsqueda de experiencias parecidas, los profesionales detectaron un programa en Suiza que está en funcionamiento y una experiencia de una Universidad Belga impulsada desde el gobierno. Los profesionales de ISTMO realizaron una visita a este proyecto en Bélgica para compartir experiencias.

Para la puesta en marcha del programa ISTMO se tomó como referencia la figura del mediador de la Fundación Secretariado Gitano, ya que tenían en común la necesidad de contar con mediadores que provinieran de la misma cultura que los beneficiarios. En nuestro caso son personas de los países de origen y en el caso de Secretariado de la misma etnia.

Por este motivo, destacan como elementos imprescindibles para la replicabilidad, el disponer en el centro de profesionales de diferentes culturas y países.

---

---

#### PRINCIPALES RIESGOS Y DIFICULTADES DEL SERVICIO

---

La primera dificultad es llegar a la población. Hoy todavía existe un grupo determinado de población inmigrante con problemas de drogas, pero que no tiene una situación tan desestructurada a nivel familiar y social que no accede a tratamiento. Los beneficiarios del programa son mayoritariamente personas que viven en la calle. Pero curiosamente, no son personas que vivieran en la calle en sus países de origen, sino que las circunstancias de vida tras emigrar, les han llevado a convertirse en indigentes en nuestro país. Esto conlleva otra forma de intervenir, porque no es lo mismo que trabajar con personas que llevan toda la vida en la calle. Los beneficiarios de ISTMO aceptan la ayuda del programa porque la calle no es su medio. El problema es que no conocen los programas y recursos de la red y tienen grandes dificultades con el idioma.

Uno de los riesgos es la dependencia que los usuarios puedan acabar teniendo de los profesionales de referencia del programa, por ello se deben mantener claros los límites entre generar un vínculo y el papel de un profesional. Los educadores pasan muchas horas con los beneficiarios y es necesario, aunque complejo, mantener ese equilibrio.

Otra dificultad detectada en el servicio es la escasez de personal. En la actualidad, cuenta con seis profesionales para atender a las personas que cumplan el perfil de todo el municipio de Madrid.

---

---

#### COMPLEMENTARIEDAD Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN

---

El programa cuenta con el apoyo de los voluntarios de otras entidades para la realización de acompañamientos poco especializados (FERMAD, ADSIS, etc.).

Para el desempeño de gestiones de todo tipo (trámites, búsqueda de empleo, repatriación, etc.) el programa está coordinado con entidades expertas como Asociación Proyecto Hogar, CEAR, Cáritas, etc.

En los aspectos de tratamiento de las drogodependencias, el programa se complementa con todos los CAD y centros concertados.

Los instrumentos utilizados para la puesta en marcha de esta coordinación son: el teléfono, el correo electrónico, el fax y las visitas. También se han realizado contactos de referencia para cada gestión en las entidades, de manera que se dirigen a profesionales en concreto.

Finalmente, se llevan a cabo reuniones de coordinación con casi todas estas organizaciones pero la periodicidad depende de la frecuencia con la que se haga uso de sus servicios. Con las entidades con las que más se relacionan se establecen reuniones trimestrales, destacando que las reuniones de coordinación no pueden tener una periodicidad estricta ya que ésta estará en función de las necesidades de los profesionales. Consideran, sin embargo, muy importante que todas las intervenciones realizadas en los diferentes centros vayan en la misma dirección y que el beneficiario no tenga la sensación de repetir los mismos procesos una y otra vez.

---

---

#### TRANSFERENCIA VERTICAL: LA RELACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN

---

El programa realiza y envía mensualmente informes al Instituto de Adicciones de Madrid Salud, organismo autónomo del Ayuntamiento de Madrid del que depende el programa, para informar sobre el mismo y trasladar resultados. Pero además de este seguimiento, desde el programa se hacen planteamientos y propuestas recogidos por la Administración y en los que se basan para nuevos proyectos.

---

## 3.2.4. Avillela Acobá

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA</b>	<b>AVILLELA ACOBÁ</b>
<b>Entidad Gestora</b>	Fundación Secretariado Gitano
<b>Organismo o Institución de la que depende</b>	Instituto de Adicciones de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid)
<b>Nombre de la persona responsable</b>	Eduardo Conejo (Director Territorial) Elena Emeric (Responsable de Avillela Acobá)
<b>Sede del Programa</b>	Calle Ahijones, s/n – 28018 - Madrid
<b>Contacto</b>	Teléfono: 91 507 91 43 Mail: eduardo.conejo@gitanos.org Mail: elena.emeric@gitanos.org
<b>Ámbito</b>	Mediación e intervención con población gitana drogodependiente en Madrid
<b>Beneficiarios de la actuación</b>	Menores y jóvenes con conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas y los drogodependientes gitanos y sus familias.
<b>Entidad Financiadora/ Colaboradora</b>	Ayuntamiento de Madrid y Comunidad de Madrid.

---

#### OBJETIVOS, ACTIVIDADES Y RECURSOS DEL PROGRAMA

---

Dotar a los menores y jóvenes gitanos de recursos y capacidades personales que les capaciten para convivir con la presencia de las drogas y para afrontar situaciones de oferta, así como facilitar a las familias de éstos estrategias que les faciliten la prevención del consumo de sustancias de sus hijos.

Promover y facilitar el acceso de los drogodependientes gitanos de Carabanchel, Latina, Vallecas, Villaverde y Usera a los recursos públicos y subvencionados de atención a los drogodependientes.

Apoyar los procesos de tratamiento de los drogodependientes gitanos y sus familias, en coordinación con los profesionales de los centros de atención a las drogodependencias de los citados distritos.

Prestar un servicio de asesoramiento técnico a los profesionales de los recursos públicos de atención a las drogodependencias de los mencionados distritos, en relación a las especificidades culturales de la población gitana.

Fomentar y promover procesos de inserción sociolaboral entre los drogodependientes en tratamiento de dichos distritos y los jóvenes en situación de riesgo de las mismas zonas, a través del acceso a la formación y al empleo normalizado.

---

#### Actividades principales:

- Detección, captación e intervención con menores en situación de especial riesgo y con sus familias.
  - Planificación y desarrollo de sesiones de prevención con grupos de menores.
  - Detección y captación de drogodependientes gitanos, recepción de demandas de atención, derivación de las mismas y apoyo en los trámites de acogida de los diferentes recursos asistenciales.
  - Seguimiento global de los sujetos que siguen tratamiento en los centros de atención a drogodependientes e intervenciones puntuales con los usuarios y sus familias ante situaciones de crisis que afecten a la adhesión al proceso.
  - Asesoramiento técnico a recursos especializados en drogodependencias sobre intervención con población gitana.
  - Sensibilización, orientación, formación e inserción laboral.
- 

#### Recursos:

El equipo del servicio está compuesto por un responsable de intervención social de la Comunidad de Madrid, una coordinadora del servicio con perfil de psicóloga y amplia experiencia en drogodependencias, así como población gitana, y siete profesionales con perfiles de educador/mediador/trabajador social/animador sociocultural y terapeuta ocupacional, de los cuales alguno pertenece a la comunidad gitana.

El servicio dispone de, al menos, un local por cada distrito en que el se interviene. Cuenta con espacios adecuados para la atención individual y con salas acondicionadas para el desarrollo de actividades con grupos. Cada local está equipado con ordenadores, teléfono, fax, fotocopiadora, etc.

El servicio dispone de material fungible, así como materiales técnicos especializados para la realización de las intervenciones.

---

#### METODOLOGÍA: ASPECTOS GENERALES

La experiencia que aquí se expone, está enmarcada en el modelo de intervención que contempla el Programa Avillela Acobá, sin embargo la información que se recoge es específica del servicio que atiende en los distritos de Villaverde, Usera y Centro, con sede en Villaverde. Cada servicio está formado por un equipo profesional de la Fundación Secretariado Gitano que interviene en zonas concretas bajo un modelo común, pero adaptándolo a las especificidades de los barrios.

Es necesario señalar que el programa Avillela Acobá tiene tres grandes pilares en los que se sostiene la intervención: el primero es la prevención con menores y jóvenes en situación de riesgo, el segundo es la atención a la población gitana adulta drogodependiente, y el tercero es la inserción de menores, jóvenes y adultos.

El servicio desarrolla acciones enmarcadas en el segundo pilar, aunque éstas se apoyan, nutren y retroalimentan en programas de los otros pilares. Por ese motivo hay un solo profesional asignado en exclusiva al servicio, que es la coordinadora, mientras que el resto de profesionales están presentes y son referentes tanto en éste como en otros servicios e incluso programas de los tres pilares mencionados.

Las diferentes actividades que llevan a cabo los profesionales del servicio se desarrollan en los centros de tratamiento, lo que implica la necesidad de tener una importante presencia en los centros específicos de drogodependencias donde acuden personas gitanas. Los tres centros donde se llevan a cabo las intervenciones desde el servicio de Villaverde son: Cruz Roja Casa de Campo, Cruz Roja Islas y Proyecto Hombre. Inicialmente estaba previsto que fueran cuatro, ya que el CAD 5 estaba incluido, pero ante la ausencia de población gitana, se dejó de acudir.

**Acceso:** En general, cuando una persona de etnia gitana accede a uno de los mencionados centros de drogodependencias, el recurso se pone en contacto con el programa Avillela Acobá. Pero es posible que los profesionales del servicio entren en contacto directamente con las personas gitanas fuera de los centros.

En el centro de drogodependencias ya se ha realizado una entrevista de acogida y se le ha informado de la existencia del servicio para población gitana. Si deciden acceder, el terapeuta del centro facilita el encuentro para una primera reunión aprovechando el día que el profesional de Avillela acude al centro.

**Citas:** El mediador se desplaza al centro de drogodependencias donde el terapeuta le presenta a la persona gitana drogodependiente y se le facilita toda la información sobre el proceso. El profesional de Avillela Acobá acude una vez a la semana al centro a llevar el seguimiento tanto con los profesionales como con el beneficiario.

**Asesoramiento a los profesionales:** El programa está en continua coordinación con el centro de tratamiento con posibilidad de participar en la toma de decisiones y se ofrece asesoramiento a los profesionales, relativo a metodologías específicas para población gitana. Desde el programa Avillela Acobá no se realizan derivaciones a recursos públicos de drogodependencias ya que es su centro de tratamiento quien lo realiza en caso necesario pero desde el programa se pueden sugerir recursos especiales si se considera oportuno. Sí que se gestiona, sin embargo, la derivación a otros recursos de la red de entidades, pero siempre en coordinación con el centro.

**Asesoramiento y acompañamiento en gestiones:** Una vez que se ha recogido la información sobre aspectos sociales y medios económicos, y en base a las posibles demandas, se comienza a trabajar con ellos en esa dirección, priorizando los ámbitos de mayor urgencia. Las prioridades, de forma general, suelen estar relacionadas con la vivienda ya que la mayoría de estas personas están alojadas en poblados. También se da información y se estudia la posibilidad de tramitar determinadas prestaciones no contributivas, para lo cual se sondea el tipo de trabajo que desarrollan que suele estar relacionado con la economía sumergida (venta ambulante y chatarra). En caso de poder solicitarse, se da apoyo y acompañamiento en las gestiones.

**Apoyo a la inserción:** Para fomentar la inserción laboral de estas personas se les deriva al programa ACCEDER donde se les da información, orientación y formación básica y ocupacional en función de los intereses de las personas. También se deriva a otros servicios de empleo en coordinación con los profesionales del centro de tratamiento.

**Búsqueda activa de empleo:** Se les deriva principalmente al programa ACCEDER de búsqueda de empleo de la Fundación Secretariado Gitano. En este programa se les gestiona la cita y se hace el acompañamiento, siempre con su profesional de referencia y en caso de considerarse necesario, se refuerza con una figura mediadora que puede o no ser de etnia gitana.

**Seguimiento:** El programa permite llevar el seguimiento de la persona a lo largo de todo su proceso. La persona incorporada al Programa Avillela Acobá puede estarlo a su vez en otros programas de la Fundación (por ejemplo en ACCEDER de búsqueda de empleo) con lo que el seguimiento está garantizado incluso cuando se le dé el alta en su centro de tratamiento. En el caso en el que la persona dada de alta no esté en ningún otro Programa de la Fundación, se hace un seguimiento telefónico, siempre que sea posible, o incluso a través de otros familiares que estén en alguno de los programas. Las herramientas que se utilizan en el seguimiento son básicamente dos: una base de datos interna donde se indican semanalmente las intervenciones realizadas y una memoria de actividades donde se indican los casos atendidos.

**Evaluación:** Para llevar a cabo la evaluación, se han diseñado una serie de ítems que recogen todos los ámbitos de intervención, de manera que cada acción realizada se redacta y se introduce en la base de datos transformándolo en indicadores cuantitativos que permiten desempeñar una evaluación objetiva.

---

#### PRINCIPALES RESULTADOS Y ELEMENTOS DE TRANSFORMACIÓN Y MEJORA

---

Resulta muy complicado hablar de resultados, debido a la dificultad de acotar el programa, es decir, que se puede identificar cuándo comienza una intervención, pero no cuándo termina. Primero, porque la intervención es muy amplia, se comienza trabajando con la persona gitana con problemas de drogas y se pasa a intervenir con toda la familia. Y por otro lado, los programas con sustitutivos opiáceos se caracterizan por ser, en general, de larga duración.

Partiendo de esta premisa, se destacan como hitos de éxito del programa el momento en el que una persona consigue el alta terapéutica en PSO o en un programa libre de drogas.

Otro resultado importante es conseguir una prestación social determinada en aquellos casos de personas con graves dificultades congénitas o adquiridas que han fracasado en la búsqueda de otras alternativas para lograr un medio de subsistencia. Del mismo modo, es un éxito cuando la persona que está en tratamiento accede a un programa de búsqueda de empleo y finalmente lo consigue y lo mantiene.

Pero también son resultados positivos a medio plazo, la asunción de normas, el comportamiento adecuado, la motivación en la búsqueda de empleo, la decisión de ponerse en proceso de búsqueda, la escolarización de los hijos, mejorar la relación con los profesionales; en definitiva, mejorar las actitudes que faciliten la consecución de los objetivos planteados.

En el programa Avillela Acobá, a lo largo del 2007 se han atendido 154 usuarios de centros de tratamiento. Se han hecho 2.881 intervenciones.

De todas estas personas, se motivó para el empleo a 31 personas (18% de los usuarios), y de éstas, 18 consiguieron acceder a dispositivos de empleo. Finalmente, el 5,1% accedió a formación y el 5,1% a empleo normalizado.

Las transformaciones cualitativas en la vida de estas personas son importantes. Mejoran su calidad de vida y la de su familia, incrementan su autoestima, se sienten más útiles, y la adquisición de habilidades les hace más competentes. Cuando el proceso está avanzado, es raro que haya recaídas. Y en general las relaciones con el entorno mejoran.

---



---

#### ANTECEDENTES Y ORIGEN DEL PROGRAMA Y ASPECTOS REDISEÑADOS

---

En enero de 1998 comenzó a tomar forma el Proyecto “Avillela Acobá” por el cual la Asociación Secretariado General Gitano (ASGG), con el apoyo de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid y del entonces Plan Municipal contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid, puso en marcha el “Servicio de mediación e intervención sobre drogodependencias: Avillela Acobá”, cuyo objetivo principal era dar respuesta a las necesidades preventivas, asistenciales y de inserción, en relación con las drogodependencias de la población gitana.

Durante los primeros años se detectaron problemas para que los profesionales de los centros de tratamiento estuvieran informados sobre el programa, por lo que se puso en marcha un refuerzo de difusión y sobre todo de las relaciones con los profesionales de los centros, primero para que conocieran bien el programa, segundo para que se permitiera espacio de intervención con la población gitana, tercero que se permitiera a los profesionales de Avillela Acobá asistir y participar en las reuniones de equipo tomando en cuenta su opinión y finalmente que fueran los profesionales de los centros de tratamiento los que informaran del servicio a los beneficiarios.

En la actualidad, el centro de tratamiento está en contacto continuado con los profesionales del programa y se apoyan mucho en ellos.

---

---

#### LATENCIA DE LOS EFECTOS POSITIVOS Y SOSTENIBILIDAD DE LOS MISMOS

---

Los efectos del servicio se perciben a largo plazo. Se notan ciertas mejoras tras las primeras acogidas en lo que respecta a aspectos emocionales porque es en lo que primero se trabaja.

En el programa no se dan abandonos propiamente. Pueden abandonar su centro de tratamiento pero siguen manteniendo el contacto con los profesionales de Avillela Acobá, aunque tengan recaídas. Normalmente, si se desvinculan del centro de tratamiento, se mantiene con ellos el contacto telefónicamente o a través de un familiar. De esta manera se puede motivar el regreso al centro y la adhesión al tratamiento.

---

---

#### ELEMENTOS INNOVADORES Y DIFERENCIADORES DEL SERVICIO

---

La flexibilidad es un elemento diferenciador importante. La mayoría de la población gitana drogodependiente acude a los centros y con ella intervienen los profesionales en espacios formales (despachos del centro). El programa Avillela Acobá implica el desplazamiento de los mediadores a los centros, trabajando con ellos en despachos, pasillos e inclusive en la calle.

Un ejemplo de ello es cuando la persona acude a su centro a recoger la metadona y el mediador se acerca a la furgoneta donde le suele esperar su esposa o hijos. Esto resulta de gran interés porque es muy importante trabajar con las familias de la persona en tratamiento ya que en la población gitana, los vínculos y roles familiares adquieren mayor relevancia.

Del mismo modo, los profesionales del Avillela Acobá hacen acompañamientos en gestiones y se desplazan a las viviendas, a conocer sus casas y la dinámica de la familia, lo que enriquece la intervención y la convierte en más integral.

El programa tiene presencia en problemáticas colaterales propias de esta población como son, por ejemplo, las situaciones de realojo, es decir, que el programa tiene un alcance mucho más amplio que un programa específico de drogodependencias para población paya.

Se contempla la intervención desde las características propias de su cultura. Un ejemplo de ello es que los gitanos son tradicionalmente nómadas y les cuesta asumir las reglas sociales establecidas. Algunos de los centros tienen normativas muy estrictas y poco flexibles. El programa Avillela Acobá intenta minimizar y adaptar estas diferencias.

Posiblemente el elemento más innovador es la figura del “mediador gitano”. Esta figura cumple la función de intervenir desde el conocimiento de las claves culturales: los mediadores gitanos son profesionales que conocen a fondo tanto la comunidad gitana como el entorno social. El mediador es una figura de referencia, tanto para los usuarios (adultos y menores), como para los profesionales de los centros y los recursos con los que se trabaja.

---

---

#### EXPERIENCIAS SIMILARES Y ELEMENTOS DE REPLICABILIDAD

---

Los elementos imprescindibles para replicar la experiencia son:

- Tener información sobre claves culturales gitanas.
  - Disponer de profesionales del ámbito sociosanitario formados en género y claves culturales de la etnia.
  - Disponer de profesionales con mucha información sobre la red asistencial.
  - Disponer de profesionales con ciertas habilidades personales y ganas para hacer desplazamientos a poblados.
  - Tener detrás un equipo coordinado que apoye y complemente otras necesidades de las personas.
  - Realizar una gran labor de coordinación con los profesionales de los centros de tratamiento y todos los recursos existentes (incluidos los médicos de los centros de salud, profesores de colegio, servicios sociales, otras asociaciones, etc.).
-

---

#### PRINCIPALES RIESGOS Y DIFICULTADES DEL SERVICIO

---

Una de las posibles dificultades es la relación y vínculo de las familias gitanas con la persona drogodependiente. Las personas con problemas de drogas de etnia gitana tienen más apoyo familiar que las payas y a veces es difícil que retiren poco a poco el apoyo porque son muy protectoras, es necesario enseñarles a delegar responsabilidades en la persona a medida que avanza su proceso. Es por tanto especialmente importante trabajar con las familias, tanto con la nuclear como con la extensa, las pautas que deben ir manejando con la persona drogodependiente para apoyarla en su tratamiento y en su proceso de rehabilitación.

Las rotaciones de los profesionales del programa pueden afectar a la coordinación con los profesionales de los centros de tratamiento y a la relación con los beneficiarios. Por ese motivo el programa debe hacer un gran esfuerzo por establecer mecanismos formales de coordinación que sean transmisibles.

Los mediadores Avillela Acobá están presentes un solo día a la semana en los diferentes centros de tratamiento, lo cual puede resultar escaso en algunos casos.

El no disponer de un espacio físico específico en los centros puede ser a veces un problema, pero el programa considera que este aspecto es también positivo porque hace de las intervenciones un momento más informal y flexible, muy propicio para este colectivo.

Extender la experiencia a nuevos centros de tratamiento, implica tener que hacer un gran esfuerzo de información, difusión y establecimiento de relaciones con los profesionales. Previamente a la puesta en marcha de una experiencia, es muy importante realizar un análisis de la población gitana, ya que puede ocurrir que después de su puesta en marcha no acuda ningún drogodependiente gitano.

Un servicio de mediación que funciona adecuadamente en un centro de tratamiento puede dejar de tener sentido a raíz de un realojo, ya que las políticas de realojo no suelen llevarse a cabo en sus barrios de origen donde tienen un arraigo social y donde conocen y utilizan la red de recursos, sino que los desplazan a varios kilómetros dificultándoles la utilización de sus centros de referencia.

---

---

#### COMPLEMENTARIEDAD Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN

---

Las herramientas de coordinación más frecuentes son las llamadas telefónicas. Además se realizan reuniones una vez por semana en el centro de tratamiento, reuniones mensuales con otros programas, y los acompañamientos conjuntos con profesionales de otros programas.

Actualmente se mantiene una coordinación habitual con los siguientes recursos:

- Centros de atención a drogodependientes de los distritos de Villaverde, Usera, Carabanchel, Vallecas y Latina: CAD Latina, CAD Villaverde, CAD Vallecas, CAID de Usera, Centro de dispensación de metadona de Proyecto Hombre, Centro de dispensación de metadona de Cruz Roja en Casa de Campo y Centro de dispensación de metadona de Cruz Roja en la calle Islas.
- Centros de Servicios Sociales de los distritos de Vallecas, Villaverde, Usera, Carabanchel y Latina.
- Centros de Salud (INSALUD) de Villaverde, Vallecas, Usera, Carabanchel y Latina.
- Centros Municipales de Salud.
- Hospital Clínico, Hospital 12 de Octubre, Hospital Ramón y Cajal, etc.
- IRIS
- ONG (SIAD, Apoyo, Tomillo, Semilla, Pumby, Proyecto Hogar, etc.).
- Centro Penitenciario de Soto del Real.

En función de las necesidades de la intervención se mantienen contactos con otros recursos socio-sanitarios públicos y privados.

---

---

#### TRANSFERENCIA VERTICAL: LA RELACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN

---

Se mantienen periódicamente reuniones con los técnicos del Instituto de Adicciones de Madrid Salud y se envían informes trimestrales y memorias anuales al Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones.

Se reciben propuestas desde la Administración y también ésta recoge las necesidades detectadas que son transmitidas desde el programa.

---

#### 3.2.5. Programa de Intervención en Drogodependencias en los Juzgados de Guardia de Madrid

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA</b>	<b>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS EN LOS JUZGADOS DE GUARDIA DE MADRID</b>
<b>Organismo o Institución de la que depende</b>	Instituto de Adicciones de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid)
<b>Entidad Gestora</b>	Asociación Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias (SIAD) Teléfonos: 91 539 87 03 y 91 522 50 96 Mail: info@asociacionsiad.com
<b>Nombre de la persona responsable</b>	Berta Gordon Nuevo
<b>Sede del Programa</b>	Juzgados de Guardia de Plaza de Castilla
<b>Contacto</b>	Teléfonos: 91 493 25 24 y 91 493 25 23 Fax 91 493 25 25 Email: berta.gordon@madrid.org
<b>Ámbito</b>	Mediación Judicial y Penitenciaria en Madrid.
<b>Beneficiarios de la actuación</b>	Magistrados, jueces, fiscales, forenses, abogados, drogodependientes con problemas jurídico penitenciarios, familias y recursos.
<b>Entidad Financiadora/ Colaboradora</b>	Programa cofinanciado entre la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, a través de la Agencia Antidroga, y el Ayuntamiento de Madrid, a través del organismo autónomo Madrid Salud. La Consejería de Justicia e Interior de la Comunidad de Madrid aporta la sede del programa y apoyo logístico y administrativo.

---

#### OBJETIVOS, ACTIVIDADES Y RECURSOS DEL PROGRAMA

---

##### Objetivos:

Realizar un servicio de mediación entre las Instancias Judiciales y la Red de Atención a las Drogodependencias para favorecer la plena integración social de los drogodependientes con problemas jurídico-penales.

Atender a los sujetos drogodependientes con problemas jurídico-penitenciarios en el momento de su ingreso en los calabozos.

Información y orientación a la población drogodependiente con problemas jurídicos penales pendientes.

Asesorar a los operadores judiciales así como a los profesionales de atención a drogodependientes.

---

##### Actividades principales:

- Información y orientación a los detenidos en los propios calabozos de los Juzgados de Madrid.
  - Asesoramiento jurídico a los drogodependientes y a sus familias.
  - Motivación a los detenidos, aprovechando el momento crítico que supone la detención, para vincularles con algún servicio asistencial especializado en la atención a las drogodependencias.
  - Apoyo psicológico al detenido y a sus familiares.
  - Elaboración de informes de valoración sobre la situación psicosocial de los detenidos.
  - Asesoramiento en materia de drogodependencias a jueces, fiscales y forenses, elaborando propuestas de intervención o tratamiento alternativas al ingreso en prisión.
  - Coordinación con recursos asistenciales generales y/o servicios específicos en drogodependencias.
  - Emisión de informes periciales, presentación a los jueces y asistencia a juicios.
  - Realización de determinaciones toxicológicas para el control de la abstinencia.
  - Dispensación de metadona a usuarios detenidos, incluidos en el Programa de Sustitutivos Opiáceos.
- 

##### Recursos:

El Equipo está compuesto por 16 profesionales, de los cuales, hay un coordinador, 5 psicólogos, 6 trabajadores sociales, 2 técnicos de laboratorio y 2 auxiliares administrativos.

El programa está ubicado en los Juzgados de Plaza Castilla con medios técnicos e informáticos.

---

---

#### METODOLOGÍA: ASPECTOS GENERALES

---

**Acogida:** Se facilita información del programa a todos los detenidos que llegan a los juzgados de Plaza Castilla para que indiquen si tienen un problema de drogas. Este es el criterio de acceso al programa.

**Entrevista inicial:** Se hace una recogida básica de datos en los calabozos sobre consumo y tratamientos para derivarlos a recursos asistenciales de Madrid. Se gestiona una cita para realizar una entrevista en profundidad.

**Cita en el programa:** Se les realiza una entrevista más amplia en el despacho del programa con el fin de hacer un informe para el juez.

**Coordinación con los recursos asistenciales:** En caso de que el detenido estuviera en un programa de drogodependencias, se comunica al recurso la detención y el abandono del tratamiento en su centro de referencia.

**Dispensación de Metadona:** La Agencia Antidroga aporta las dosis que se dispensan en los calabozos a aquellas personas que estén en un programa de metadona y no puedan acudir por estar detenidos, previa comprobación de dicho tratamiento con el centro.

Para verificar la abstinencia a sustancias de abuso, la recogida de orina se realiza tanto en calabozos, como en los despachos.

**Asesoramiento:** También se recibe y atiende a personas que no están detenidas y que presentan problemas jurídico penitenciarios, a las familias de los detenidos y a los operadores judiciales, es decir, jueces, abogados y fiscales que solicitan los informes.

**Colaboración con la Justicia:** Los técnicos del equipo son peritos que realizan los informes emitidos ante los tribunales. Para agilizar esta actuación, se dispone de videoconferencia. Los juzgados de lo penal están situados en San Blas y la audiencia en Barrio del Pilar.

---

---

#### PRINCIPALES RESULTADOS Y ELEMENTOS DE TRANSFORMACIÓN Y MEJORA

---

Los indicadores de éxito de este programa no se miden por criterios terapéuticos porque esa no es la finalidad. Los indicadores de éxito están relacionados con el número de derivaciones realizadas, el número de personas que acceden o retoman un tratamiento, el número de suspensiones de condenas conseguidas o de medidas alternativas, como los trabajos en beneficio de la comunidad.

El programa ha permitido la aplicación de múltiples medidas de las que este colectivo no se habría beneficiado si no existiera el servicio de mediación. Se han dado a conocer a los jueces otras alternativas que desconocían, hasta el punto de que las propuestas del programa no son mera información sino que se permite al equipo entrar a valorar y a aconsejar a los jueces las medidas apropiadas.

El programa ha conseguido “normalizar” la aplicación de medidas alternativas a la privación de libertad a las personas con problemas de drogas, en lugar de ser situaciones excepcionales.

Los jueces que reciben el apoyo de este servicio lo valoran como muy positivo y se ha demandado la ampliación de esta experiencia a otras ciudades.

---

#### ANTECEDENTES Y ORIGEN DEL PROGRAMA Y ASPECTOS REDISEÑADOS

---

El programa nace en el mes de mayo de 1989 con la iniciativa de 5 jueces de los juzgados de instrucción que querían contar con una herramienta que les permitiera conocer las circunstancias relacionadas con la drogodependencia de los detenidos que llegan a calabozos. La solicitud se hace al Ayuntamiento de Madrid que en ese momento contemplaba la colaboración con otros organismos, públicos y privados, firmándose finalmente un Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Justicia, el Consejo General del Poder Judicial y el Ayuntamiento de Madrid, en virtud del cual se posibilitó la puesta en marcha del Programa de Intervención en Drogodependencias en los Juzgados de Guardia de Madrid. La Comunidad de Madrid se incorporó a dicho convenio en el año 1994.

A medida que el programa se ha dado a conocer, se incrementan las demandas del servicio por parte de los jueces, pasando desde los 5 jueces iniciales hasta la actualidad donde colaboran con el programa más de 100 juzgados y salas de la audiencia provincial.

El programa requiere una evolución muy dinámica ya que debe adaptarse a las condiciones procesales que vayan surgiendo y a los cambios de leyes. Un ejemplo de ello es la importante llegada de detenidos de origen extranjero ya que algunos de ellos no hablan español. El servicio no dispone de intérpretes, se utilizan para la elaboración de periciales los intérpretes jurados de los juzgados.

Otra modificación incorporada en el año 1994 fue la realización de analíticas de orina para la detección de drogas y la introducción de programas de mantenimiento con metadona, para lo cual fue necesario un proceso de negociación con la clínica médico forense que desembocó en la articulación de este servicio con todas las garantías.

Del mismo modo, se introdujeron en la atención a los juzgados de vigilancia penitenciaria, además de las analíticas de orina, los parches de abuso de sustancias que permiten el control de la abstinencia de forma monitorizada por un periodo máximo de 15 días, analizando el barrido de posibles sustancias consumidas en ese intervalo temporal. Esta medida se aplica principalmente a personas que solicitan permisos, progresiones de grado o libertad condicional.

A raíz de los casos de violencia de género, se fomentó la coordinación con los juzgados de violencia de la mujer con los que el programa colabora activamente.

La aparición de los juicios rápidos ha impulsado otra forma de trabajar en el servicio. El programa se ha tenido que adaptar para garantizar la presentación de informes periciales en 24 o 48 horas.

Estas modificaciones y adaptaciones no van en detrimento de una metodología y principios básicos del programa, que continúan manteniéndose.

---



---

#### LATENCIA DE LOS EFECTOS POSITIVOS Y SOSTENIBILIDAD DE LOS MISMOS

---

La dinámica del propio sistema judicial no permite que los resultados sean inmediatos en ningún caso. Cuando la persona accede a un centro de tratamiento y se reciben informes positivos, se va incrementando la posibilidad de sostenibilidad de los efectos.

Los centros envían periódicamente informes de seguimiento al programa que son remitidos al juez. En el caso en el que se considera oportuno cambiar el régimen o tipo de recurso, se tramita sin problemas pero si la persona beneficiaria de una medida alternativa abandona el programa de tratamiento o fracasa reiteradamente en los controles analíticos, se comunica ya que la persona está incumpliendo con el compromiso adquirido.

Los efectos son, por tanto, a medio o largo plazo y siempre existe la posibilidad de que no se mantengan, pero en cualquier caso el programa tiene un alto componente motivador.

---

---

#### ELEMENTOS INNOVADORES Y DIFERENCIADORES DEL SERVICIO

---

Un elemento diferenciador del programa es su ubicación dentro de los propios juzgados que acompañado con un equipo de profesionales numeroso y un horario muy extenso, permite agilizar los trámites con la justicia.

Es especialmente innovador la especificidad del programa ya que se conocen servicios jurídicos y penitenciarios similares pero de carácter generalista y no están especializados en drogodependencias como sí es este caso. Un ejemplo lo encontramos en los juzgados de Bilbao que atienden a todos los detenidos con problemática social. También hay programas específicos en ciudades como Valladolid, pero su ubicación es externa a los juzgados.

El Programa de Intervención en Drogodependencias en los juzgados de Madrid y Asturias ha sido seleccionado en el año 2006 por el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (OEDT) para ser incluido en la base de datos EDDRA (European Drug Demand Reduction Activities), recomendándolo como modelo de intervención en este campo y cumpliendo criterios de calidad.

También se desarrollan elementos de innovación y mejora, como es el desarrollo de un programa informático específico para el servicio.

---

---

#### EXPERIENCIAS SIMILARES Y ELEMENTOS DE REPLICABILIDAD

---

La empresa gestora del programa (SIAD) ha replicado la experiencia de Madrid en Gijón y Oviedo, gestionando el mismo programa a través de la Dirección General de la Consejería de Salud y Bienestar Social del Principado de Asturias, con el fin de transferir esta experiencia y debido a los buenos resultados obtenidos.

El principal requisito de replicabilidad es la ubicación dentro de los juzgados.

---

---

#### PRINCIPALES RIESGOS Y DIFICULTADES DEL SERVICIO

---

La principal dificultad es una cuestión de espacio. El despacho donde se ubica el programa es pequeño, los profesionales son numerosos, actualmente 16 personas en total divididas en dos turnos de trabajo de 8 de la mañana a 8 de la tarde lo que significa que hay una franja horaria durante la cual el espacio resulta insuficiente. Esto repercute notablemente en la atención a los beneficiarios ya que en muchas ocasiones se atienden en los pasillos, con un importante flujo de personas y operadores judiciales que hacen la intervención incómoda y poco adecuada.

Este programa se desplazará en breve a la nueva ciudad judicial de Valdebebas, con lo que se espera poder eliminar esta dificultad.

---

---

#### COMPLEMENTARIEDAD Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN

---

La coordinación se lleva a cabo en los siguientes juzgados: 50 juzgados de instrucción, 28 de penal, 13 salas de la audiencia provincial, 10 juzgados de violencia contra la mujer, 5 de vigilancia penitenciaria y 8 juzgados de familia.

También existen mecanismos de coordinación y colaboración con El Decanato, así como con numerosos recursos asistenciales públicos y privados, además de la permanente coordinación con el Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones de Madrid Salud (Ayto. de Madrid), de donde depende el programa.

Los mecanismos habituales son la vía telefónica, el fax, el correo electrónico, y a través de informes periódicos. También se celebran reuniones presenciales con los centros del Instituto de Adicciones y otras ONGs.

---

---

#### TRANSFERENCIA VERTICAL: LA RELACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN

---

El programa mantiene siempre una coordinación continuada con la administración a través de la elaboración de informes y reuniones de seguimiento, pero además genera propuestas de intervención bien acogidas por todos los organismos implicados.

---

## 3.3. Los pilares de la Mediación Comunitaria en el ámbito de las drogodependencias

Con el fin de intentar obtener una mínima garantía de éxito en la resolución del conflicto, la mediación debe tener unas características muy definidas que se convertirán en señas de identidad del proceso. Éstas deben ser cuidadas y generadas por el equipo de mediación, con el fin de establecer un proceso justo y que genere expectativas positivas entre la partes en conflicto.

- **Transparencia:** Las partes en conflicto deben percibir con claridad cuáles son los mensajes y la información que se va generando en el proceso. La devolución de información a las partes corre a cargo de los mediadores, y debe ser sencilla, clara y certera.
- **Voluntariedad:** La implicación de las partes en un proceso de mediación comunitaria debe ser voluntaria y consciente. De la misma manera, cualquiera de las partes, o de los individuos que las componen pueden abandonar el proceso libremente en cualquier punto del mismo.
- **Neutralidad:** Es importante que cada una de las partes sea objeto de imparcialidad en el trato y que además se considere que cada individuo que forma parte del proceso de mediación la perciba en todo momento. El equipo mediador debe impedir una imposición tajante de cualquiera de las partes, tratando de garantizar el desarrollo de un proceso justo.
- **Adaptabilidad:** Dadas las características de las problemáticas atendidas, de la heterogeneidad de los individuos susceptibles de necesitar este servicio de mediación, así como de las particularidades que presente cada escenario geográfico de la zona en conflicto, el proceso de mediación comunitaria no puede ser rígido, sino flexible a todos los niveles para poder adaptarse adecuadamente a la realidad. Cada proceso es nuevo y único, y es legítimo explorar nuevos caminos que favorezcan la consecución de un acuerdo y la resolución del conflicto.
- **Espacio facilitador:** En la medida de lo posible, es adecuado buscar un clima favorecedor para que las partes se encuentren distendidas y relajadas. Generalmente, debe buscarse para ello un espacio neutral y acogedor. En la mediación comunitaria no siempre puede garantizarse, ya que gran parte del proceso en sus etapas más iniciales se realiza en medio abierto.
- **Protagonismo de las partes:** Los diferentes actores sociales en conflicto no solo son los protagonistas del proceso de mediación, sino que son en buena parte responsables de poder alcanzar un acuerdo satisfactorio. El equipo mediador es, por tanto, una herramienta que debe acompañar el proceso velando por el correcto desarrollo del mismo y ayudando a las partes en cada necesidad que obstaculice la consecución final de los acuerdos.







## 4. El Servicio de Mediación Comunitaria



# 4 El Servicio de Mediación Comunitaria

## 4.1. El conflicto en el medio comunitario. Definición y etiología del conflicto

**CONFLICTO:** Choque o situación de oposición entre personas o grupos.

Un conflicto es un proceso de oposición de intereses entre dos o más actores.

Este proceso se puede deber a una dinámica de antagonismo, llegando a producirse diferentes manifestaciones que hacen palpable el mismo. La mayoría de los conflictos se van desarrollando y modificando en función del contexto existente en un momento determinado. Además, las causas son múltiples y se interrelacionan entre sí, de manera que no podemos encontrar el origen en una causa única.

Si estudiamos el conflicto como un proceso veremos cómo se modifica con el tiempo, apareciendo nuevas causas y en algunos casos cambiando su propia naturaleza. Al mismo tiempo, su intensidad también irá evolucionando, pudiendo llegar a desaparecer definitivamente o manteniéndose latente en niveles de intensidad baja.





La promoción de la implantación de elementos de cambio es esencial en el proceso de resolución. La realización de un diagnóstico adecuado, así como la puesta en marcha de diferentes medidas de actuación tienen también una especial importancia. El estudio de su desarrollo permite mayor margen al aplicar una vía de resolución u otra, evitando simplificar y, por lo tanto, equivocarse tanto en el proceso de comprensión como en el de resolución. El conflicto no es un peligro sino una oportunidad, porque contiene una función social positiva que permite el desarrollo de los intercambios.

**DESACUERDO:** El desacuerdo se define como una controversia o una diferencia de información, intereses o valores entre, al menos, dos personas o dos grupos interdependientes.

No siempre un desacuerdo desemboca en un conflicto. Para que éste se dé, es necesario que estas diferencias se hagan explícitas por una de las dos partes (si no, el conflicto permanecería latente) y además, estos grupos deben percibir que la consecución de sus metas u objetivos es incompatible con las metas del otro grupo, por lo que las decisiones y conductas de un grupo afectan necesariamente al otro grupo.

### Etiología del conflicto

Podemos clasificar los conflictos en función del origen y el área en el que se producen:

*De intereses:* son provocados por el carácter competitivo, percibido o real, por los intereses sustantivos (contenidos), por los intereses de procedimiento o por intereses psicológicos.

*De relaciones:* son provocados por las emociones intensas, por las percepciones erróneas o estereotipos y/o por la utilización de unos canales de comunicación inadecuados en las relaciones.

*De valores:* son provocados por diferentes criterios de evaluación de las ideas o del comportamiento, o bien por diferentes modos de vida, de ideología y de religión.

*Causados por datos:* están determinados por la falta de información, manejo de información errónea, por diferentes opiniones acerca de lo que es importante o prioritario, así como diferentes interpretaciones de la realidad y procedimientos de valoración de las mismas.

*Estructurales:* son provocados por las pautas inadecuadas de comportamiento o interacción, la desigualdad del control, la propiedad o distribución de recursos, por los factores geográficos, físicos o ambientales que dificultan la cooperación, así como por las restricciones de tiempo.

En la intervención realizada desde el Servicio de Mediación Comunitaria, se localizan diversas variables que podrían caracterizar el conflicto en el medio comunitario y que pueden clasificarse en las siguientes:

#### 1. Según su estado:

*Latente:* se caracterizan por la existencia de diversas tensiones y/o discrepancias que no se han desarrollado por completo y no se han convertido en un conflicto muy polarizado. En estos casos, a menudo, una de las partes ni siquiera tiene conciencia de que exista un conflicto ni la posibilidad del mismo.

*Emergentes:* en este caso se identifican claramente las diferentes partes, existiendo un reconocimiento por parte de las mismas de la existencia de un desacuerdo o una discrepancia, pero no se ha procedido todavía a desarrollar un proceso de mediación, negociación o resolución de problemas. Pueden presentar cierto potencial de escalada del conflicto si no se aplica un procedimiento orientado a la resolución.

*Manifiestos:* son aquellos en que las partes se comprometen a una discusión constructiva orientada a la búsqueda de alternativas para la resolución de los mismos. Especialmente en este tipo de conflicto será importante la existencia de una figura mediadora entre las partes, que pueda acompañar en el proceso de negociación y búsqueda de consenso para poder lograr unos resultados satisfactorios.



### 2. Según su duración:

*Puntual:* el malestar generado viene determinado por una situación o hecho concreto. Se caracteriza porque el proceso de mediación y resolución del conflicto tiene carácter temporal, no requiriendo de una intervención prolongada por parte del equipo de mediadores, ya que el malestar generado es delimitado en el tiempo.

*Crónico:* vienen determinados por situaciones que presentan una permanencia prolongada en el tiempo, localizándose un claro deterioro de las relaciones entre las partes implicadas en el mismo. Debido a las características que pueden detectarse en éstos, el proceso de acercamiento de las partes e inicio de resolución de conflictos requiere de un seguimiento y acompañamiento intenso y prolongado en el tiempo por parte del equipo de mediadores comunitarios.

### 3. Según el escenario concreto:

Existen diversas variables que influirán directamente sobre el conflicto o la alarma vecinal generada en el medio comunitario y que determinarán en gran parte el desarrollo y evolución del mismo.

Entre estas variables podemos encontrar:

*Accesibilidad y comunicación de la zona:* la existencia de un conflicto a nivel comunitario en una zona que presenta fácil acceso hace partícipes del mismo (de forma directa o indirecta) a un elevado número de personas, por ser una zona que presenta una gran afluencia de transeúntes. Por otro lado, en las zonas en las que la accesibilidad resulta complicada se produce una disminución del grado de alarma social y, con ello, a su vez la necesidad de llevar a cabo un proceso de resolución del conflicto.

*Visibilidad:* la clara localización de la situación generadora de conflicto es fundamental para determinar el grado del mismo, localizándose un índice de alarma más elevado en zonas donde la explicitación del conflicto es mayor, ya que éste se muestra más evidente.



*Existencia de viviendas y/o comercios:* es un factor determinante en la polarización de las partes inmersas en el conflicto. La existencia de viviendas o comercios cercanos genera la aparición de un alto nivel de crispación ante la concentración durante espacios de tiempo prolongados de personas drogodependientes, debido a los diferentes hábitos y estilos de vida mantenidos entre ambos colectivos.

Tras la detección de un conflicto determinado a nivel comunitario y la correcta canalización de esta información por la parte demandante, el Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones hace llegar la demanda de observación y diagnóstico de la situación al equipo de Mediación Comunitaria. Tras la recepción de la demanda de inicio de intervención, el Servicio pone en marcha las pautas establecidas en el protocolo de actuación para llevar a cabo un proceso de mediación en una zona determinada (ver apartado "4.4.4. La mediación en zonas de conflicto").

Tras la puesta en marcha del protocolo establecido y como parte integrada en el mismo, se tomará la decisión conjunta entre las tres partes constituyentes del Servicio de proceder al cierre de expediente en la zona, a la realización de una actuación ante situación de crisis, o al inicio de un seguimiento continuado del conflicto. Para determinar cuál es el tipo de intervención apropiada para cada uno de los casos y la realización de un diagnóstico adecuado de la zona, se tendrán en cuenta cada una de las variables expuestas anteriormente, las cuales definirán de forma clara algunas de las características que el conflicto presenta.

### 4.2. Contextualización y Antecedentes

El 28 de abril de 1995 entró en vigor el primer Convenio de colaboración suscrito entre el Ayuntamiento de Madrid y UNAD. (En ese momento denominada UNIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE ASISTENCIA AL TOXICÓMANO, UNAT) para la formación permanente del voluntariado, mediadores sociales y familias. El objetivo de este convenio era fomentar el voluntariado social y familiar, estableciendo cauces de formación para los voluntarios y mediadores sociales interesados en colaborar en el desarrollo de programas en el campo de las drogodependencias.

En el año 1997 el Ayuntamiento de Madrid pone en marcha los Programas de Sustitutivos Opiáceos. En poco tiempo, hubo que crear nuevos dispositivos de atención para drogodependientes que necesitaban tratamiento con metadona. La población que accedió a estos programas presentaba un mayor nivel de deterioro biopsicosocial, lo que generó un aumento de la conflictividad en el entorno de estos centros y un incremento de las actitudes de rechazo frente a los mismos por parte de algunos sectores de vecinos y comerciantes. Esta situación hizo que se planteara la posibilidad de establecer estrategias de mediación que facilitaran la convivencia entre los drogodependientes y los vecinos y comerciantes de las diferentes zonas en conflicto (Apartado 4.4.4.), a la vez que se facilitara la aceptación de los centros de atención a las drogodependencias.

En el Convenio de Colaboración suscrito para el año 2000 se sentaron las bases para el estudio de la necesidad y diseño de un Programa de Mediación Comunitaria cuyo objetivo inicial era determinar qué problemas dificultaban la integración de determinados dispositivos de atención y qué medidas eran las más adecuadas a la hora de minimizar el impacto que pudiera ocasionar la creación de nuevos emplazamientos, para ello UNAD contrató tres mediadoras sociales. Una vez terminada esta primera fase, y con los datos y propuestas surgidas durante el análisis de situación, se propuso dar continuidad al Programa de Mediación Comunitaria.

En el año 2005, UNAD encarga la gestión del Programa de Mediación Comunitaria a la entidad Asociación Proyecto Hogar, que retoma la intervención en las zonas donde ya se estaba interviniendo, realizando un nuevo análisis de las mismas, a la vez que, incorpora nuevas zonas de intervención y replantea la metodología de trabajo, proponiendo los siguientes objetivos:

- Disminuir la conflictividad en las inmediaciones de los dispositivos de atención.
- Ofrecer alternativas que faciliten la integración social de las personas que están realizando un Programa de Sustitutivos Opiáceos (PSO) potenciando el desarrollo de sus capacidades personales y sociales.
- Potenciar y apoyar la consolidación de un cambio en el estilo de vida hacia modelos más saludables.
- Implicar a los drogodependientes en la propuesta y el desarrollo de actividades complementarias al tratamiento.
- Sensibilizar a otros agentes sociales sobre las acciones que se pretenden llevar a cabo y acerca de la importancia que éstas tienen para el bienestar comunitario.
- Informar a los vecinos sobre el funcionamiento y características de los programas de atención a los drogodependientes, si así lo requirieran.

Con la extensión de la atención a un colectivo de drogodependientes cada vez más amplio y la implantación y el rápido crecimiento de los Programas de Mantenimiento con Metadona, la imagen que los ciudadanos de Madrid tenían de la población drogodependiente mejoró notablemente. Sin embargo, persistían en algunos sectores actitudes de rechazo hacia esta población y hacia los centros y programas encargados de su tratamiento. Se constató por tanto la necesidad de mantener y consolidar las estrategias de mediación que permitieran minimizar las situaciones de conflicto y favorecer actitudes de aceptación hacia este colectivo, trabajando con todos los actores.

En el año 2007 se suscribió un nuevo convenio de colaboración entre Madrid Salud, la Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), al que se incorpora también Asociación Proyecto Hogar, que ya venía trabajando desde el año 2005 en el desarrollo del programa. Este nuevo convenio incorpora, además de las acciones de mediación, el desarrollo de programas de formación, investigación y sensibilización.

### 4.3. Los tres agentes implicados

#### DATOS GENERALES DE LOS AGENTES IMPLICADOS

Nombre de la entidad/organismo	Instituto de Adicciones de Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid
Naturaleza jurídica	Pertenece al ente autónomo de la administración local, Madrid Salud
Ámbito de actuación	Municipio de Madrid
Dirección de la sede	C/ Juan Esplandiú nº 11-13; 2º planta 28003 Madrid
Teléfono y web	91 480 04 17 / 91 480 04 18 www.madridsalud.es www.munimadrid.es
Responsable entidad / organismo y cargo	José Manuel Torrecilla Jiménez Gerente de Madrid Salud
Responsable Ejecutivo	Francisco Babín Vich Director General del Instituto de Adicciones
Misión organizativa	Gestión de las políticas municipales en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, en la ciudad de Madrid.
Servicios que ofrece	<b>Prevención:</b> Diseño, dirección, coordinación, gestión, difusión, desarrollo y evaluación de los programas tendentes a impedir, retrasar o suprimir la aparición de conductas de consumo de sustancias tóxicas. <b>Asistencia:</b> Diseño, dirección, coordinación, gestión, difusión, desarrollo y evaluación de los programas asistenciales y los recursos de Apoyo al tratamiento que permitan atender a cada drogodependiente y su familia de manera individualizada, contemplando sus aspectos médicos, psicológicos, sociales y familiares, adecuando la intervención a las necesidades y demandas de la persona. <b>Reinserción:</b> Diseño, dirección, coordinación, gestión, difusión, desarrollo y evaluación de los programas y recursos dirigidos a lograr el mayor grado posible de integración en el medio social de las personas afectadas por un problema de adicción.
Principales beneficiarios	Personas drogodependientes y sus familias Población general del municipio de Madrid.
Programas y proyectos que desarrolla	<b>Servicio de orientación para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas (PAD):</b> Ofrece presencial o telefónicamente atención inmediata personalizada y confidencial en materia de prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos. <b>Actuaciones de prevención en contextos educativos</b> dirigidos a profesores, alumnos y familias.

#### 4. El Servicio de Mediación Comunitaria

**Actuaciones para un uso saludable del tiempo libre:** organización de actividades de "ocio saludable".

**Detección y atención básica inmediata:** Detectar, captar y facilitar el acceso a tratamiento de personas drogodependientes, garantizando una atención socio-sanitaria básica inmediata.

**Atención integral:** Tras una valoración inicial, se ofrece atención a cada drogodependiente y su familia de manera individualizada, contemplando aspectos médicos, psicológicos, sociales y familiares, destinadas a reducir o hacer desaparecer los efectos nocivos del consumo abusivo de sustancias psicoactivas y conseguir mejoras en su estado de salud, favoreciendo su plena integración social. Apoyo a la Integración Laboral.

Dpto. del que depende el programa	Departamento de Reinserción
Responsable del programa y cargo	Ángela Prieto Madrazo. Asesora técnica responsable del programa
Teléfono y mail de contacto	91 480 37 33 prietoma@munimadrid.es
Funciones que se desempeñan en el programa	Coordinación y gestión del programa
Nombre de la entidad/organismo	Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente. UNAD
Naturaleza jurídica	Unión de asociaciones. Asociación.
Ámbito de actuación	Estatal
Dirección de la sede	San Bernardo, 97-99. Edificio Colomina, 2º-A Madrid 28015
Teléfono y web	91 447 88 95 / 902 313 314 www.unad.org
Responsable entidad / organismo y cargo	Luciano Poyato Roca Presidente y Representante Legal
Responsable Ejecutivo	Jesús Martín Pozas Gerente de UNAD
Misión organizativa	Organización de entidades no gubernamentales y no lucrativas por todo el territorio español que interviene en el campo de las drogodependencias y que comparten criterios mínimos de actuación y organización para promover el pleno desarrollo personal y social de las personas drogodependientes, mejorar su calidad de vida, la de sus familias y su entorno, fomentando un cambio social y favoreciendo el trabajo de las entidades miembro de UNAD.



Servicios que ofrece	UNAD ofrece tres tipos de servicios: gestión de proyectos, formación y asesoramiento. Además es interlocutor entre las asociaciones y la administración pública en la reivindicación, desarrollo del ámbito de las drogodependencias y sensibilización de las consecuencias asociadas al consumo.
Principales beneficiarios	Los principales beneficiarios son las entidades asociadas y sus profesionales. En segundo término las personas drogodependientes y sus familias y las Administraciones Públicas y la sociedad.
Programas y proyectos que desarrolla	<b>Centros de Asistencia y Tratamiento, inserción y voluntariado.</b> Programa IRPF. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <b>Estructura, Comunicación y Sensibilización.</b> Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. <b>Agentes de Salud.</b> Plan Nacional sobre SIDA. Ministerio de Sanidad. <b>Investigación en materia de Género y Drogas.</b> Ley del Fondo. MSC. <b>Medidas alternativas a prisión.</b> Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. <b>Calidad.</b> Obra Social Caja Madrid. <b>Mejora de la empleabilidad de personas drogodependientes.</b> Iniciativa Comunitaria Equal. FSE. <b>Mediación Comunitaria.</b> Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid. <b>Prevención de ETS.</b> Estrategias de Salud. Ministerio de Sanidad. <b>Empleo con Apoyo.</b> Obra Social Caja Madrid.
Dpto. del que depende el programa	Departamento de Programas
Responsable del programa y cargo	Carmela Arroyo Ramírez. Responsable del Dpto. de Programas.
Teléfono y mail de contacto	91 447 88 95 / 902 313 314 carmela.arroyo@unad.org
Funciones que se desempeñan en el programa	Coordinación y gestión del programa. Asistencia a las reuniones de seguimiento con el Instituto de Adicciones y APH, recogida de acuerdos y notas. Difusión del programa.
Nombre de la entidad/organismo	Asociación Proyecto Hogar. APH
Naturaleza jurídica	Asociación Declarada de Utilidad Pública.
Ámbito de actuación	Autonómico
Dirección de la sede	C/ Antonio Lanzuela, 41. Local bajo Madrid 28029
Teléfono y web	91 314 60 42 www.proyectohogar.org
Responsable entidad / organismo y cargo	Luis Fraile Hernández Presidente

#### 4. El Servicio de Mediación Comunitaria

Responsable Ejecutivo	José Manuel Díaz Martínez Coordinador General Gestión y Representante Legal Eduardo Cabrera Álvarez. Coordinador General Técnico y Representante Legal
Misión organizativa	Ofrecer una atención integral a personas drogodependientes y sus familias, así como a otros colectivos en riesgo de exclusión, prestando especial atención en prevención y asistencia a los menores, jóvenes y adolescentes, incidiendo en la medida de lo posible en la promoción de procesos de cambio comunitarios.
Servicios que ofrece	APH ofrece servicios de carácter residencial, ambulatorio, medio abierto y cerrado, así como formación y prevención en varios ámbitos.
Principales beneficiarios	Todas aquellas personas que por su situación biopsicosocial necesiten una atención específica que mejore su nivel de autonomía personal, calidad de vida e interiorización de medidas preventivas que incidan en un mejor autocuidado. En especial: Personas drogodependientes y sus familias. PVVS (Personas que conviven con el VIH/SIDA). Menores, adolescentes y jóvenes en situación de riesgo. Otros colectivos en riesgo de exclusión: Familias monoparentales con cargas, desempleados y población reclusa.
Programas y proyectos que desarrolla	<b>Recursos residenciales para personas drogodependientes:</b> – PAD. Piso de Apoyo a la Desintoxicación (Gestión del recurso: Agencia Antidroga, Salud Madrid, Comunidad de Madrid) – PAE. Piso de Apoyo a la Estabilización. (Gestión del recurso: Agencia Antidroga, Salud Madrid, Comunidad de Madrid) – SIES. Piso Situaciones Especiales. <b>Gaia: Área de menores, jóvenes y adolescentes:</b> – Mediación familiar con menores, adolescentes y jóvenes en situación de riesgo. – Prevención y sensibilización en VIH/SIDA y otras ITS con jóvenes. – Meco, habilidades socioeducativas en el Centro Penitenciario Madrid II <b>Sinergia: Área de atención a población adulta.</b> – Trampolín. Orientación sociolaboral para personas en riesgo de exclusión. – Informando PositHIVamente. – Servicio de información y asesoramiento para adultos. <b>Mediación Comunitaria con personas drogodependientes, vecinos y comerciantes.</b> <b>Formación (Salud, drogodependencias e intervención psicosocial).</b> <b>Fomento y participación de voluntariado.</b>
Dpto. del que depende el programa	Coordinación General Técnica
Responsable del programa y cargo	Maite Abad Tabasco Coordinadora del Programa
Teléfono y mail de contacto	91 314 60 42 mediacioncomunitaria@proyectohogar.org
Funciones que se desempeñan en el programa	Planificación, gestión e implementación técnica del programa. Selección, coordinación y cuidado de los recursos humanos técnicos del proyecto. Participación en aquellos foros de intercambios de experiencias en que sea adecuada la difusión del servicio.

---

**INFORMACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA DE MEDIACIÓN COMUNITARIA**


---

<b>Objetivos generales</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Intervenir como agentes de mediación entre usuarios y vecinos, promoviendo un uso adecuado y no conflictivo de los espacios públicos por parte de los primeros y una sensibilización ante el problema de las drogodependencias por parte de los segundos, para conseguir una convivencia normalizada.</li> <li>2) Potenciar, como agentes de la red de drogodependencias en medio abierto, el alcance y calidad del tratamiento, relativo a cuestiones tales como: mejora de hábitos de ocio y tiempo libre, autocuidado y mayor adhesión o inicio al tratamiento para mejorar la calidad de vida.</li> </ol>
<b>Objetivos específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar respuestas a las demandas de mediación para intervenir ante un conflicto concreto.</li> <li>- Dotar de herramientas a las partes implicadas en el conflicto para llegar a una solución consensuada que normalice la convivencia en la zona.</li> <li>- Promover una relación de apoyo con los usuarios con los que contactemos y mantengan dinámicas de ocio pasivo, para fomentar la motivación al cambio a nivel biopsicosocial.</li> <li>- Ser punto de información acerca de la oferta de recursos de la red de drogodependencias para posibilitar el acceso de los usuarios a éstos.</li> </ul>
<b>Beneficiarios</b>	Población drogodependiente y los vecinos, comerciantes y diferentes agentes de cambio social de las zonas de actuación.
<b>Ámbito de actuación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bulevar de Vallecas y Plaza Puerto Rubio. Distrito Puente de Vallecas.</li> <li>• Plaza de Tirso de Molina y Calle Fúcar. Distrito Centro.</li> <li>• Plaza Ntra. Sra. del Carmen. Distrito Tetuán.</li> <li>• Plaza de Soledad Torres Acosta y alrededores. Distrito Centro.</li> <li>• Glorieta de Embajadores. Distrito Arganzuela.</li> <li>• Plaza de Lavapiés. Distrito Centro.</li> <li>• Parque Paraiso. Distrito San Blas.</li> </ul> <p>También se actúa de forma puntual ante situaciones de crisis en zonas donde puedan darse quejas vecinales.</p>
<b>Periodo de ejecución</b>	El Programa de Mediación Comunitaria se desarrolla, según el Convenio de Colaboración entre el Instituto de Adicciones de Madrid Salud, UNAD y Asociación Proyecto Hogar, en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2008.

---



### 4.4. Descripción del Servicio

#### 4.4.1. Declaración de intenciones: Principios filosóficos del Convenio y el Servicio

El Programa de Mediación Comunitaria se sustenta en la voluntad de tres agentes complementarios que coordinan sus esfuerzos por mejorar la convivencia entre los vecinos, comerciantes y las personas con problemas de consumo de drogas que hacen uso de los espacios públicos en determinados barrios de Madrid. Por tanto, podemos afirmar que el Servicio, aunque partiendo de tres realidades diferentes, mantiene una línea estratégica y metodológica consensuada, compartiendo unos valores y principios filosóficos comunes y materializados a través de una herramienta extensible a muchos ámbitos: la mediación.

Creemos en una serie de principios y valores filosóficos del servicio. Por ello, los escribimos en primera persona:

#### Somos realistas

Las personas con problemas de drogas soportan, generalmente, un peso invisible del que no es fácil deshacerse, por lo que no podemos hacerles pensar que vamos a eliminar su carga sino a acompañarles a vivir con ella de la forma más normalizada posible.

Del mismo modo, los profesionales del Servicio no pueden ponerse metas imposibles ni plantearse expectativas poco sensatas porque se generaría frustración y desmotivación.

La implicación de los profesionales en su trabajo debe equilibrarse con la capacidad de tomar distancia y dar respuesta a las situaciones de crisis sin sentirse desbordados.

#### Aprendemos continuamente y apostamos por las nuevas ideas

Para que el Servicio pueda evolucionar y adaptarse a las necesidades debemos introducir cambios y asumir riesgos controlados. Por ello, no podemos quedarnos quietos, hay que indagar en nuevos métodos, poner en práctica ideas novedosas, formarse y ser inquietos para no caer en la autocomplacencia y creer que lo que es válido hoy lo va a ser mañana.

#### Somos honestos y fieles a nosotros mismos

El Servicio debe responder a las auténticas necesidades y demandas sociales, y no a las modas ni a las oportunidades de crecimiento, de publicidad o de inversión. El programa solo tiene sentido en la medida en que es útil para paliar una situación de conflicto con resultados probados.

#### No tenemos recetas mágicas

A pesar de los años de experiencia siguen existiendo incógnitas que aún no hemos sido capaces de resolver. Por ello, nos apoyamos en otros y compartimos conocimientos y experiencias en la búsqueda de nuevas soluciones.

#### Trabajamos en red

La complejidad de estas situaciones requiere el apoyo de las instituciones públicas y la coordinación con entidades privadas. Solos no podemos resolver problemas con orígenes multifactoriales y donde entran en juego personas con diferentes intereses.

### Cuidamos a los profesionales

Es necesario trabajar la prevención desde dentro, fomentando la participación del personal asalariado y voluntario, delegando en ellos responsabilidades para las que están capacitados pero facilitarles a su vez un espacio propio tanto físico como emocional.

### Apostamos por la eficiencia y la optimización

Buscamos el máximo impacto positivo invirtiendo solo aquellos recursos que sean necesarios, de forma que nuestra gestión sea ética, sostenible y transparente, orientándolo en todo momento a los beneficiarios.

### Partimos desde un modelo flexible, incluyente y en espiral

Intervenimos desde la perspectiva biopsicosocial, de forma paralela, y no lineal, que permita la flexibilidad de avanzar en varios ámbitos de forma simultánea, donde se pueda retroceder y retomar aspectos ya trabajados, y donde se avance cualitativamente.

### Depositamos el desarrollo y el crecimiento en el individuo

Se trabaja generando y fomentando la autonomía y la integración del individuo, ya que éste debe hacerse responsable de sus decisiones y comportamientos de manera que interiorice el cambio y parta de una motivación intrínseca de mejorar.

### 4.4.2. Descripción del medio físico. Ciudad de Madrid

El Municipio de Madrid presenta unas características especiales, tanto por su población como por su situación geográfica, las cuales condicionan en gran medida la vida cotidiana de sus habitantes. Se trata de una ciudad en constante crecimiento que brinda un amplio abanico de posibilidades a nivel social y cultural a sus ciudadanos, pero al mismo tiempo, es extremadamente exigente con sus habitantes en referencia a:

- Acceso a la vivienda: Es pública y manifiesta la dificultad que muestra gran parte de la población a la hora de encontrar una vivienda digna a un precio razonable.
- Grandes distancias geográficas: La vida cotidiana viene marcada en muchas ocasiones por la necesidad de invertir mucho tiempo y dinero en desplazamientos.
- Inestabilidad y temporalidad del empleo: Si bien Madrid cuenta con una oferta laboral amplia, no en todas las ocasiones dicha oferta es de calidad, puesto que viene marcada frecuentemente por la inestabilidad, temporalidad y bajos salarios. Esto, junto con una escasa adaptación en la conciliación en la vida personal y laboral, hace que el proceso evolutivo y dinámica natural de las familias madrileñas sean precarios en muchos casos.
- Paradoja en cuanto a la calidad de las relaciones que se generan: Por un lado una ciudad como Madrid ofrece la posibilidad del anonimato, pero también puede acarrear sentimientos de soledad. El ritmo frenético que marca la dinámica de la ciudad, concretado en horarios de trabajo extensos, largos desplazamientos, peculiar distribución de los espacios de ocio, hace que sus ciudadanos puedan sentir una ansiada sensación de libertad, pero definida por la ausencia de espacios fuertes de relación social que generen lazos emocionales significativos entre las personas.



- Fuerte presencia del ámbito de la intervención social y amplia red solidaria: La ciudad de Madrid como gran ciudad y capital de España, aúna gran amplitud de servicios con acceso inmediato para sus ciudadanos. Estos servicios también se extienden a la intervención social con una amplia y variada cobertura de necesidades por parte de una red de recursos específicos según la necesidad que atienden. Paralelamente, también es destacable el espíritu solidario de la población de Madrid, que se refleja ante las respuestas a necesidades cotidianas o puntuales.
- La frenética actividad que imprime el municipio de Madrid a sus ciudadanos tiene como resultado directo que éstos encuentren dificultades para cuidar los canales y espacios necesarios para establecer una comunicación de calidad entre los grupos de pares.
- Amplia oferta cultural y de ocio: Madrid ofrece un gran abanico de posibilidades culturales y de ocio, tanto de forma gratuita como a precios accesibles para personas con diverso poder adquisitivo que hacen que la ciudad tenga mucha vida.
- Existen diferencias socioeconómicas acentuadas entre diferentes sectores de población. Si bien la renta per cápita se encuentra, en general, en constante ascenso, existen muchas personas que tienen dificultades para poder alcanzar una calidad de vida media. Esto genera que determinadas zonas del municipio presenten necesidades específicas, precisando una mayor dotación de servicios a los ciudadanos para evitar que determinadas situaciones deficitarias puedan perpetuarse en el tiempo.
- Sobrecarga de estímulos: Esto provoca un estado de vigilia y atención constante, lo cual dificulta que no se encuentre ni el momento ni el lugar adecuado para la reflexión, el descanso y el enfoque de las prioridades personales y familiares.



## 4. El Servicio de Mediación Comunitaria

---

- Posible distanciamiento generacional e interpersonal: Como característica común en las grandes ciudades, en Madrid también encontramos factores tales como el avance de las nuevas tecnologías (formas de ocio individuales: videojuegos, internet, uso indiscriminado de la televisión, etc.), los cambios en los modelos educativos (mayor influencia de otros agentes externos, como los medios de comunicación, en detrimento de la presencia de los modelos parentales) y determinadas circunstancias familiares (evolución hacia la incorporación de los dos miembros de la pareja al mercado laboral, aumento de las familias monoparentales, etc), que inciden directamente en la creación de una brecha de comunicación y convivencia en cada unidad familiar y a nivel comunitario.
- Diversidad étnica y cultural: El municipio se beneficia de la existencia de una población inmigrante cada vez más elevada. La no formación de pequeños guetos y la adecuada convivencia son aspectos que deben seguir fomentándose a diario para el enriquecimiento de la población.
- Tendencia a la reiteración en el uso de recursos asistenciales por ciertos sectores de población que conllevan a la dependencia institucional: Los sectores más deprimidos a nivel socio-económico han basado su supervivencia dependiendo de medidas asistenciales por parte de las diferentes redes de recursos, no encontrándose en algunas ocasiones las condiciones adecuadas para alcanzar una autonomía y mejora personal que les permitiese integrarse en mayor medida en su entorno.
- Desconocimiento de la red de recursos asistenciales: En contraposición a lo expuesto anteriormente, nos encontramos con un perfil de población de nivel socioeconómico medio que manifiesta un desconocimiento de la red asistencial y su funcionamiento, así como falta de iniciativa para la utilización de los mismos. Al no percibirlos como una posibilidad real de mejora a la que podrían tener acceso, no se benefician de la cobertura de ciertas necesidades que podrían ser solventadas por la red de recursos.

Las zonas en las que existe concentraciones de personas drogodependientes y en las que el Servicio de Mediación Comunitaria interviene, presentan unas características comunes generales, además de las anteriormente expuestas. Entre estas características se encuentran:

- Buena comunicación en transporte público: Las zonas de intervención suelen ser puntos neurálgicos de la ciudad, donde confluyen distintos medios de transporte, lo cual facilita el acceso a los mismos.
- Cercanía a centros de tratamiento específicos de drogodependencias: En ocasiones, las concentraciones localizadas se ubican próximas a estos centros, debido en parte, a la coincidencia de usuarios en la misma franja horaria durante la recogida de metadona o asistencia a citas en los mismos.
- Deterioro de espacios públicos: El uso indebido de diferentes espacios públicos, produce un deterioro del medio físico en el que se producen las concentraciones. Algunas de las zonas de intervención presentan condiciones de higiene y salubridad deficitarias, hecho que dificulta la convivencia. En algunos casos, se produce una monopolización del espacio público por parte de la población drogodependiente. A veces se puede constatar excepciones en las que no existen un deterioro notable del medio físico y los espacios comunes son compartidos de forma normalizada por el resto de miembros de la comunidad.
- Polivalencia de la zona. "Comodidad": Las zonas donde se localizan las concentraciones de población drogodependiente, suelen estar bien acondicionadas en cuanto a mobiliario urbano y a servicios se refiere. Estos factores hacen que la zona resulte atractiva y propicie la permanencia en la misma durante espacios prolongados de tiempo.
- Consumo y tráfico de sustancias: En ocasiones, la venta de sustancias puede ser reclamo para la formación de la concentración de personas drogodependientes, y en otros casos, la existencia de la concentración puede inducir al tráfico de sustancias en mayor o menor medida. Por tanto, existe una retroalimentación entre las concentraciones y el tráfico de sustancias.



### 4.4.3. Análisis de necesidades

El Programa de Mediación Comunitaria es un dispositivo que trata de establecer una mediación entre diferentes partes implicadas en una comunidad, por lo que debe ser sensible a la realidad que presentan los distintos actores sociales que la componen, contemplando a su vez sus peculiaridades, necesidades y el medio que les rodea. Establecer una generalización que defina a las partes es una tarea complicada. No obstante, sí pueden aportarse unas pinceladas basadas en la praxis que definan su idiosincrasia, y por tanto, sus necesidades, intereses, debilidades y potencialidades.

Las diferentes partes implicadas en el proceso de mediación son:

1. Población drogodependiente
2. Vecinos y comerciantes
3. Otros agentes sociales
4. Administración local

#### 1. Población drogodependiente

En el municipio de Madrid podemos encontrar personas cuyo problema principal es la adicción a una o varias sustancias, pero que a nivel bio-psico-social presentan otras patologías o problemáticas. Cuando a esta situación coexiste una realización de ocio pasivo dilatado en el tiempo en determinadas zonas urbanas del municipio y en concentraciones numerosas, podemos estimar que estas personas son susceptibles de ser beneficiarios del recurso.

Si bien el perfil de las personas drogodependientes, las pautas de consumo, las sustancias de abuso, así como los medios de tratamiento contra estas adicciones han evolucionado constantemente y es difícil generalizar, esta población puede presentar una serie de rasgos asociados a su consumo y recorrido vital, que podemos sintetizar en:

#### ÁMBITO PSICOSOCIAL

- Ausencia de red social y familiar o deficiencias en las mismas. En ocasiones, se presentan relaciones familiares patológicas.
- Merma de habilidades sociales básicas, dificultades de relación con población no consumidora, falta de herramientas de gestión y utilización de un ocio y tiempo libre saludable, problemas de convivencia en su grupo de iguales y existencia de miedos sociales.
- Dependencia de instituciones de carácter asistencial.
- Marginalidad, estigmatización social y riesgo de exclusión.
- Baja autoestima, carencia de asertividad, baja tolerancia a la frustración, tendencia depresiva ante la no consecución de los logros previstos, dificultad ante la toma de decisiones.
- Dificultades en el aprendizaje y la memoria, falta de habilidades de autocuidado e higiene personal.
- Problemas legales.
- Presencia de situaciones cercanas al umbral de la pobreza.

## 4. El Servicio de Mediación Comunitaria

### ÁMBITO ORGÁNICO

Producto de un historial dilatado de consumo y de la coexistencia de éste con uno o varios de los factores psicosociales anteriormente citados, podemos encontrarnos frecuentemente con las siguientes patologías:

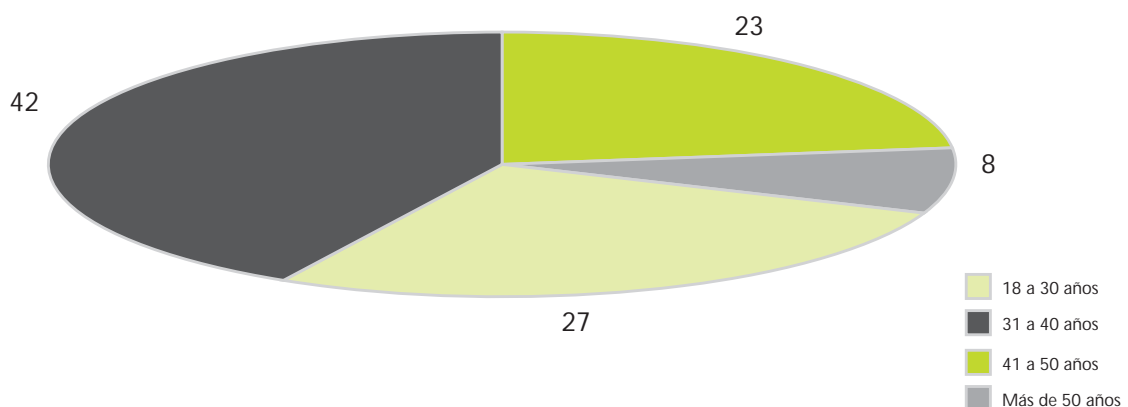
Cardiovasculares	Alteraciones del ritmo cardiaco, alteraciones vasculares del sistema periférico, endocarditis infecciosas, tromboflebitis séptica.
Hematológicas	Anemia, trombopenia, sepsis.
Inmunitarias	Alteraciones generalizadas provocadas por agentes infecciosos. Candidiasis.
Pulmonares	Edema de pulmón, bronquitis, asma, tuberculosis.
Neurológicas	Mielopatías, neuropatías, crisis convulsivas.
Genito-urinarias	Neuropatías, abortos espontáneos, ITS/ ETS.
Metabólicas	Disminución de la libido, disminución de la fertilidad.
Dermatológicas	Infecciones cutáneas generalizadas, abscesos, escaras, señales de venopunción.
Hematológicas	Hepatitis B y C, hepatomegalia, cirrosis.

Atendiendo a los factores anteriormente expuestos y con la necesaria cautela, podemos exponer un acercamiento al perfil de las personas drogodependientes que utilizan en la actualidad el Programa de Mediación Comunitaria.

### EDAD

La franja de edad más frecuente de atención se centra entre los 31 y 40 años. Debido a los constantes cambios, tanto en las pautas de consumo como en las sustancias de abuso, los últimos datos epidemiológicos de nuestra Comunidad demuestran que la edad de acceso a la red asistencial pública ha disminuido ligeramente, por lo que es factible que en futuras fechas podamos constatar una bajada en la edad de la población drogodependiente que realiza un ocio pasivo en espacios públicos.

DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LAS PERSONAS EN SEGUIMIENTO



### ESTADO CIVIL Y RELACIONES FAMILIARES

Aproximadamente dos tercios de los beneficiarios no realizan vida en pareja. El número de personas casadas con estabilidad en su relación es muy bajo. Por tanto, el otro tercio se trata fundamentalmente de personas separadas, algunas de las cuales están en proceso de divorcio. Un alto porcentaje de estas personas separadas tiene hijos, los cuales suelen vivir con la madre o con la familia de origen de uno de los cónyuges.

Es particularmente destacable que la generalidad de los usuarios presentan unas relaciones familiares muy deterioradas con la familia de origen y casi inexistentes con la familia extensa.

### FORMACIÓN / NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

Nos encontramos con personas con baja cualificación en la mayoría de los casos.

Prácticamente la totalidad de estas personas presentan una situación económica muy precaria, ya que es frecuente que su fuente de ingresos provenga de la percepción de una pensión no contributiva (consecuencia de minusvalía física igual o superior al 65%) o de una renta mínima de inserción. Son muy pocas las personas que tienen concedida una pensión de carácter contributivo y, por tanto, de mayor cuantía, ya que no han cotizado apenas a la Seguridad Social.

Para las personas que no cuentan con una prestación económica por minusvalía no resulta sencillo el acceso al empleo en mercado normalizado, puesto que al deterioro físico, en mayor o menor grado, tenemos que sumar un escaso bagaje de historial laboral, una carencia de habilidades sociales en la búsqueda activa de empleo así como un nivel formativo obsoleto o muy deficiente. En los casos en que se presenta la oportunidad y motivación por intentar encontrar un trabajo, las personas son derivadas y acompañadas por nuestro equipo al SOL (Servicio de Orientación Laboral), especializado en población drogodependiente, dependiente del Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid.

### HISTORIAL DE CONSUMO

#### Años de consumo

Como término medio se recoge que un alto porcentaje de las personas drogodependientes que pueden utilizar este recurso tiene un historial de consumo de entre 11 y 15 años. En igual proporción se encuentran las franjas entre 6 y 10 años, así como de más de 15 años de consumo.

Son minoría las personas que presentan un historial igual o menor a 5 años de consumo.

Estas cifras demuestran la magnitud de la problemática para esta población y apuntan la cantidad y el grado de dificultades de patologías asociadas que se producen a raíz de estas conductas adictivas.

#### Tipo de sustancia consumida

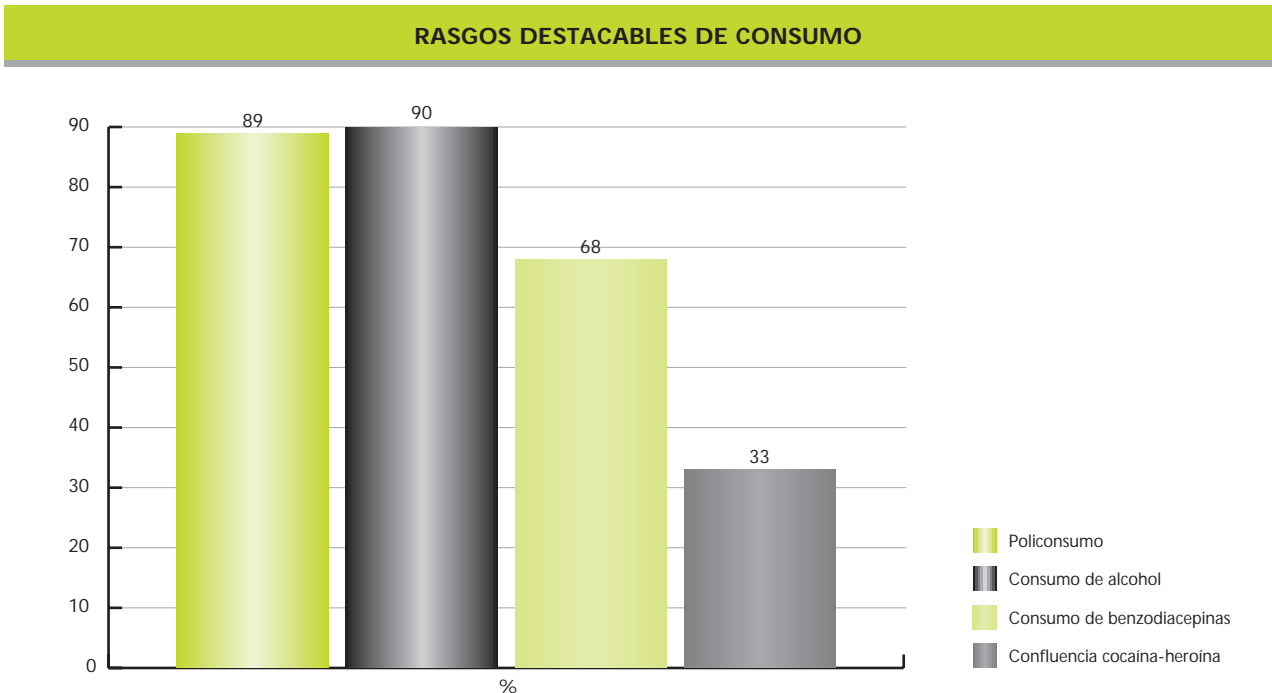
La característica más repetida en este aspecto es el policonsumo de varias sustancias, en las cuales casi en la mayoría de los casos encontramos presencia de cocaína o alcohol. En un tercio de los casos encontramos un policonsumo con confluencia de heroína y cocaína, aunque en ligera remisión respecto a anteriores ejercicios.

En la actualidad se está produciendo un cambio en las tendencias y pautas de consumo. Subrayamos que se encuentra en bajada el consumo de heroína, debido fundamentalmente a la generalización de los PSO (Programas de Sustitutivos Opiáceos, antiguo PMM), si bien a pesar de ello, se observan consumos esporádicos en gran parte de las personas que se encuentran en seguimiento con nuestro dispositivo. La cocaína y las benzodiacepinas cobran protagonismo en las nuevas tendencias de consumo de este perfil, consolidándose en muchos casos como sustancias en progresivo y constante aumento en cuanto a su consumo.



## 4. El Servicio de Mediación Comunitaria

El alcohol tiene una importante presencia entre nuestros beneficiarios, alcanzándose un consumo habitual en el 90 % de los casos. Destacar que, además del efecto tan nocivo que produce, resulta un claro inductor al consumo de otras sustancias. En algunas zonas urbanas de nuestro municipio, el consumo de alcohol en la vía pública no provoca tanto rechazo como el consumo de otras sustancias, ya que en determinados aspectos se trata de una sustancia tolerada y admitida socialmente.



### Número de programas realizados. Grado de institucionalización.

El número de personas que han realizado otros programas de tratamiento es muy elevado y continúa aumentando. Ello, a nuestro juicio, pone de manifiesto lo siguiente:

- Un alto porcentaje de los beneficiarios del dispositivo muestran un alto grado de institucionalización terapéutica. El alto grado de conocimiento de la red asistencial pública y privada genera comportamientos adaptativos a estos recursos que no favorecen el alcance de una autonomía adecuada. En este sentido, entre los usuarios y la red de atención se produce un círculo de cronificación de muchas personas.
- Desde muchos dispositivos se es consciente de la complejidad del problema del abuso de sustancias, y de que gran parte del éxito de la intervención está relacionada con la motivación del usuario, pero también de muchos factores dependientes del planteamiento que hagamos de la intervención así como de la metodología que utilicemos. Esto nos debe motivar a una reflexión constante. El fracaso del tratamiento de numerosas personas nos debe incentivar para generar nuevas estrategias de intervención adaptadas a la realidad existente.

### SITUACIÓN SANITARIA

Por lo general, el deterioro físico de las personas drogodependientes aumenta notablemente con los años de consumo. Esta variable se hace más patente cuando existen factores de riesgo y/o exclusión social. La existencia de esos factores de vulnerabilidad y exclusión inciden negativamente tanto en la salud física como mental.

En muchos usuarios encontramos patologías físicas semejantes, algunas asociadas directamente al consumo de sustancias y otras a la precariedad de una vida marcada por la escasez de autocuidados.

Un elevado porcentaje de beneficiarios es seropositivo, y algunos de ellos han desarrollado el SIDA.

Asociado al VIH podemos encontrar la co-infección de algún tipo de hepatitis (aproximadamente en el 60% de los casos). Este cuadro de co-infección tiene aparejado una merma física importante y la necesidad de establecer tratamientos sanitarios que deben ir aparejados de un seguimiento periódico, que no siempre se consigue, por lo que incidir en favorecer una correcta adhesión a estos tratamientos se convierte en objetivo prioritario para el equipo de mediadores.

Los problemas bucodentales aparecen también en una gran parte de estas personas drogodependientes. Los efectos de determinadas sustancias de abuso, unido a la falta de autocuidado e higiene, y la precariedad de la alimentación tienen como consecuencia la pérdida de muchas piezas dentales y el deterioro de la imagen que tanto preocupa a estas personas, y que puede incidir en un fenómeno de estigmatización y bajada de la autoestima.

Es habitual encontrarnos con usuarios con baja motivación para el cambio, baja autoestima, ideas recurrentes acerca de la muerte, etc.

Según los patrones de conducta de algunos individuos, podemos intuir que algunos de ellos podían sufrir alguna patología de tipo psiquiátrico (patología dual). La dificultad técnica para obtener un diagnóstico no permite establecer en qué cantidad se produce realmente esta circunstancia en un medio como la calle.

La precariedad en la alimentación tiene una importante repercusión en el estado general de salud, en la imagen del usuario (incluyendo su auto concepto) y el consiguiente deterioro progresivo en regularidad de hábitos saludables.

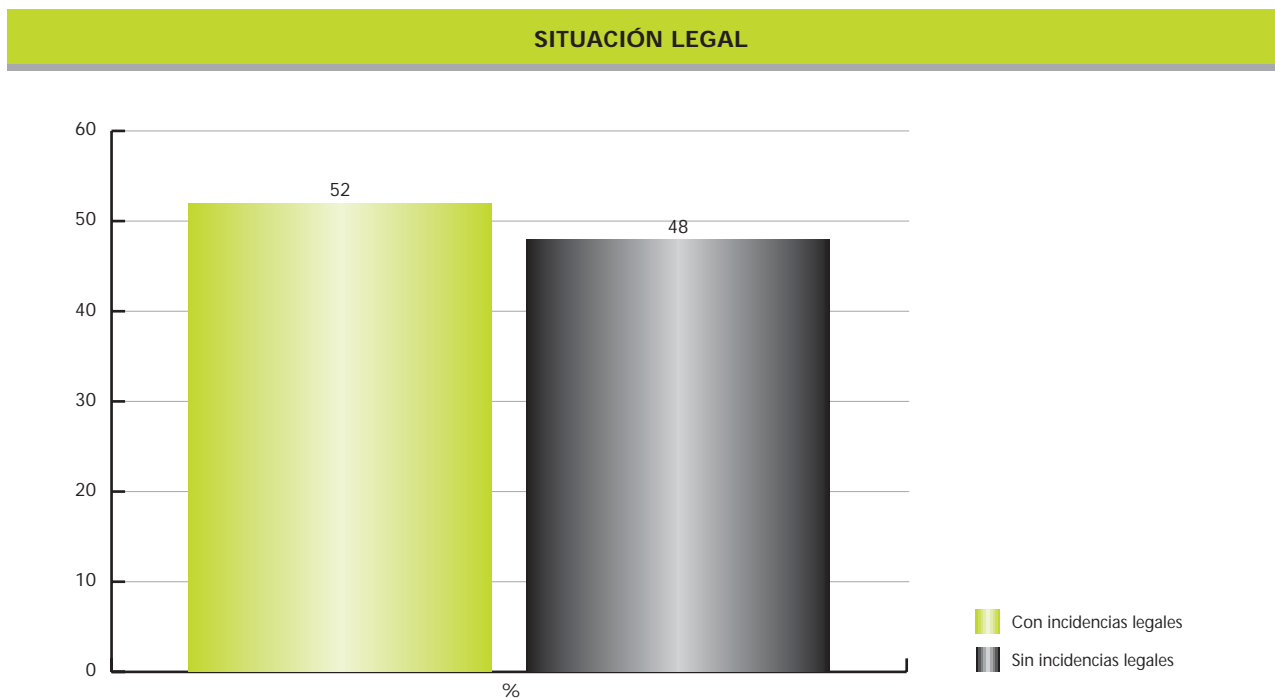
Es por ello que el acceso a los recursos que posibilitan un adecuado hábito alimenticio juega un papel crucial para mejorar la situación de cada persona.

El cuidado de la salud tanto en aspectos de prevención como de adherencia a tratamiento es un elemento a fomentar como cuestión de salud individual y pública.

### SITUACIÓN LEGAL

Casi la mitad de las personas que hacen uso del Servicio han tenido problemas con la justicia o tienen una causa pendiente en la actualidad. Un historial delictivo marca sobremanera las conductas de la persona.

Una situación legal complicada es motivo de gran estrés para los beneficiarios. En muchas ocasiones, esta situación desestabiliza a la persona y le aleja en su objetivo de comenzar un nuevo tratamiento o centrarse en profundizar en su reciente motivación para el cambio. Desde el equipo de Mediación Comunitaria se trata de ayudar a establecer las prioridades de los usuarios así como acompañarles a recursos específicos municipales de orientación jurídica.



### GÉNERO

El número de varones en esta situación es superior al de mujeres, si bien, en éste y otros recursos asistenciales específicos de drogodependencias, se observa un paulatino, aunque lento, incremento del género femenino.

A las mujeres, que en algunas ocasiones presentan una mayor vulnerabilidad social, debemos sumarles la complejidad y gravedad del consumo de drogas, así como el resto de factores anteriormente expuestos.

### ALOJAMIENTO

Producto del deterioro de la red social, del escaso poder adquisitivo, del historial de consumo y de la dificultad propia del mercado normalizado, es frecuente que nos encontremos con beneficiarios en situación de calle (personas sin hogar) o con residencia itinerante.

Para poder acceder a unos objetivos ambiciosos de autocuidado, y en última instancia de convivencia normalizada, es prioritario poder cubrir en todas las personas una carencia tan básica como el alojamiento. A tal efecto cobra mucha relevancia intensificar la coordinación de nuestro equipo con los recursos específicos de la red asistencial pública y privada que inciden en este aspecto.

### SITUACIÓN PSICOSOCIAL

El desconocimiento del funcionamiento administrativo unido al abandono personal, configuran una situación en la que gestiones y documentos básicos para el acceso a la cobertura de recursos públicos quedan en ocasiones descubiertos.

Esta población a veces carece de documentación básica como DNI y tarjeta sanitaria. El consumo crónico de sustancias de abuso, frecuentemente acaba produciéndose en un entorno social muy reducido y principalmente constituido por consumidores. Esto favorece un incentivo para perpetuar el propio consumo. En ocasiones, esta tendencia a formar pequeños o medianos grupos de población consumidora produce un mayor distanciamiento y rechazo de la población no consumidora, lo que incide directamente en la estigmatización del colectivo y bajada de autoestima de prácticamente todas y cada una de las personas que sufren esta problemática.

Parece oportuno en este sentido fomentar el desarrollo de habilidades sociales básicas que generen nuevas oportunidades y motivaciones, que favorezcan nuevas relaciones sociales que fomenten la empatía para concebir la percepción ajena.

Se considera así mismo contrastado que no es suficiente dejar de lado conductas asociadas al consumo durante el tiempo libre de una persona, sino que es casi igual de importante sustituir esas conductas por alternativas reales que aporten nuevas motivaciones y que, en definitiva, se traduzcan en un crecimiento personal del individuo.

La falta de cuidado del medio físico no es más que el reflejo de una merma del propio autocuidado de las personas drogodependientes, por lo que es un aspecto que debe, con los interesados, hacerse explícito y ser susceptible de un seguimiento y acompañamiento periódico.

### 2. Vecinos y/o comerciantes

Las personas del municipio de Madrid, cuya residencia habitual o actividad comercial se ubica cerca de lugares de concentración y consumo de población drogodependiente muestran una serie de necesidades comunes. Algunas de estas necesidades son producidas por hábitos de vida diametralmente opuestos que provocan un plausible deterioro en las relaciones convivenciales. Entre estas necesidades, podríamos destacar:

#### SEGURIDAD

La presencia de forma permanente de población drogodependiente en determinados puntos del municipio de Madrid provoca sensación de inseguridad en los vecinos y/o comerciantes de estas zonas. Esta sensación puede venir generada, bien por sucesos puntuales tales como robos o amenazas, o bien por el escaso conocimiento que se tiene de la drogodependencia unido, así mismo, a prejuicios existentes hacia este colectivo. Tanto vecinos como comerciantes muestran una sensación de desamparo ante este tipo de situaciones, sintiéndose poco protegidos, escuchados y atendidos.

#### CUIDADO DEL MEDIO

En ocasiones, las concentraciones de personas drogodependientes producen un deterioro del medio físico en el que se producen, debido a la realización de un uso indebido de diferentes espacios públicos. Este factor repercute de forma negativa en la consecución de una adecuada convivencia en la zona, pudiendo generarse diversos tipos de conflictos entre población drogodependiente y vecinos y/o comerciantes. En este sentido, la respuesta a dicha necesidad parte de la sensibilización de la población drogodependiente sobre el adecuado uso de la infraestructura urbanística.



### **APRENDIZAJE DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN**

Éstas son necesarias para afrontar de forma adecuada determinados conflictos directamente relacionados con la población drogodependiente. Los prejuicios existentes en los vecinos y/o comerciantes de la zona, acompañados del escaso conocimiento del problema de la drogodependencia, provocan una sensación de “bloqueo” para afrontar determinadas situaciones en las que se encuentran implicados ambos colectivos, dificultándose de esta forma la consecución de acuerdos que promuevan el alcance de una convivencia normalizada.

### **REDUCIR SU SENSACIÓN DE DESAMPARO**

Ante determinadas situaciones de conflicto prolongadas a lo largo del tiempo, los vecinos y/o comerciantes de las zonas afectadas tienen la percepción de falta de apoyo e implicación en la resolución del mismo por parte de la Administración Pública y otras instituciones, así como de no ser escuchados por el resto de la sociedad. Esta sensación aparece ante la dificultad de plantear una solución inmediata para la resolución del conflicto generado.

### **ASENTAMIENTOS EN ZONAS COMERCIALES**

En el caso de los comerciantes, se realiza una actividad lucrativa y, como tal, su objetivo viene condicionado por la comodidad de sus clientes y el cuidado de sus locales.

En ocasiones, las concentraciones de personas drogodependientes localizadas afectan directamente a dicha actividad comercial, al localizarse el asentamiento en la entrada de determinados comercios o zonas comerciales o muy próximas a las mismas. En estos casos, se detecta una falta de habilidades de comunicación tanto por parte de comerciantes como de personas drogodependientes, dificultándose la consecución de determinados acuerdos que posibiliten una convivencia normalizada entre ambos colectivos.

### 3. Otros agentes sociales

Es aquel pilar de la sociedad formado por entidades sin ánimo de lucro que tienen como misión fundamental promocionar una calidad de vida adecuada de los colectivos específicos a los que se dirigen y a la comunidad en general, preservando en la mayoría de los casos el cuidado del medio ambiente y tratando de integrar sus acciones con el Primer Sector (Estado, Administración Pública) y el Segundo Sector (mercantil).

Dentro de nuestra comunidad podemos encontrar: asociaciones, fundaciones, federaciones, coordinadoras, plataformas, cooperativas sin ánimo de lucro, sindicatos y partidos políticos, que agrupan tanto a personas como a entidades. Estas organizaciones, en referencia a la mediación comunitaria entre personas drogodependientes y vecinos y comerciantes, pueden presentar una serie de necesidades, que son:

- Asesoramiento para la mediación vecinal ante conflictos implícitos o explícitos.
- Demanda de mediación entre los agentes sociales implicados y las personas drogodependientes.
- Creación y mantenimiento de un canal de comunicación entre los agentes sociales implicados y la Administración Pública.
- Orientación general ante una problemática que desconocen y que puede incluir asesoramiento en drogodependencias, red de recursos asistenciales y estrategias de afrontamiento ante un conflicto abierto en su área de influencia.

Además de las entidades no lucrativas, existen otros agentes que influyen en los fenómenos sociales.

Los medios de comunicación tienen en nuestra sociedad una importancia capital como agentes de socialización. Nuestra visión del entorno en que vivimos y de los demás, e incluso de nosotros mismos se ve condicionada no solo por nuestra experiencia directa, sino también (y cada vez más) por un conocimiento indirecto a través de los medios de comunicación.

Por ello, en la actualidad, para conocer y explicar las representaciones socialmente dominantes sobre cualquier fenómeno (también el de la adicción) no basta con limitarse a analizar la realidad del fenómeno en sí, ni tampoco basta con el análisis de la opinión pública mediante técnicas cuantitativas o cualitativas (encuestas, reuniones de grupo, estudios delphi, entrevistas en profundidad, etc.). Es necesario, además, analizar la opinión publicada, o, lo que es lo mismo, analizar cuál es el tratamiento que el fenómeno recibe en los medios de comunicación social, para encontrar así algunas de las claves del porqué de esas representaciones socialmente dominantes.

Los medios de comunicación no se limitan a "contar lo que pasa", a ser "fedatarios de la realidad", como a veces se definen. Pero tampoco "construyen la realidad" como durante mucho tiempo ha mantenido el radicalismo crítico. Su papel es más bien el de "productores de sentido": seleccionando aspectos de la realidad, descontextualizándolos y volviéndolos a contextualizar o integrándolos en un discurso que, en el caso de la drogodependencia, conlleva una determinada visión del problema, de sus causas y consecuencias, de sus responsables y sus soluciones. Una visión que, sin duda, puede contribuir a paliar o agravar dicho problema.

En este sentido un programa de mediación comunitaria tiene que tener en cuenta constantemente a los medios de comunicación del entorno, ya que están presentes, de manera directa o indirecta, antes del conflicto, durante el conflicto y después del conflicto, siendo un actor más en la comunidad.

### 4. Administración local

Está compuesta por los diferentes servicios públicos dependientes del gobierno local y que tienen como misión fundamental prestar servicios de interés común, intentando garantizar de forma directa o indirecta una cobertura básica de necesidades de los ciudadanos. Son los propios ciudadanos quienes financian estas iniciativas mediante impuestos directos o indirectos.

La administración, en todo momento, deberá buscar la implementación de un modelo de gestión eficiente que implique ofrecer o garantizar una adecuada calidad de los servicios prestados con un coste de prestación lo más contenido posible. Acompañando a todo ello, se establece como hilo conductor la búsqueda de satisfacción de los ciudadanos, lo que se traducirá en un probable apoyo al modelo de gestión que presente dicha administración.

Teniendo en cuenta la función ejercida por la administración local, pueden detectarse las siguientes necesidades por parte de este organismo:

- Garantizar la atención de las necesidades de la ciudadanía y favorecer la convivencia.
- Establecer canales de comunicación claros y cercanos con los ciudadanos, con el objetivo de obtener una información lo más real posible sobre las diferentes problemáticas que pudiesen localizarse a nivel comunitario.
- Mantener una presencia representativa en los conflictos surgidos en el medio comunitario entre vecinos y/o comerciantes y población drogodependiente en los que fuese necesario o se viese apropiado la realización de una intervención por parte de la administración local.
- Ofrecer un canal de comunicación entre diferentes agentes implicados en la mediación. En ocasiones, los conflictos surgidos en el medio comunitario presentan complejidades de abordaje, dificultades para definir de forma clara una figura que sirva de nexo y canal de comunicación entre los diferentes actores. Mediante la implantación de un Servicio de Mediación Comunitaria, se proporciona a los ciudadanos inmersos en algún tipo de conflicto una atención capacitada para la búsqueda de una mejora o resolución de los mismos.
- Garantizar los derechos e intereses de todos los agentes implicados e inmersos en el conflicto, sin que ninguna de las partes quede en una situación de desventaja o vulnerabilidad frente al resto.



### 4.4.4. La mediación en zonas de conflicto

Las demandas de mediación que el Servicio recibe son comunicadas al equipo, principalmente por parte del Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid.

Estas demandas de intervención ante conflictos surgidos en diferentes zonas del municipio de Madrid pueden ser realizadas por:

- CAD o CCAD del Instituto de Adicciones, centros de tratamiento de drogodependencias en los que el equipo de mediadores/as ha realizado una presentación previa del programa para ofrecer una posible intervención del servicio en los casos en los que se valorase (conjuntamente con estos centros) la necesidad de comenzar una mediación ante un conflicto determinado.
- Vecinos de las zonas afectadas que emiten su queja o denuncia bien a la Junta Municipal de Distrito, SS SS, como a los diferentes centros de tratamiento de drogodependencias, pudiendo ser cualquiera de estos organismos quienes remitan dicha información al Instituto de Adicciones.
- Si la demanda de mediación se comunica directamente al equipo por parte del tejido vecinal o asociativo, esta información se comunicará al Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones y UNAD, valorando la necesidad de intervención por parte del equipo entre las tres partes. Esta valoración se realizará mediante coordinaciones telefónicas o presenciales.

Una vez se recibe la demanda de intervención por parte del Instituto de Adicciones se inicia un protocolo de actuación que incluye las siguientes acciones:

#### 1. Observación de la zona de conflicto por parte del equipo de mediadores/as

Durante diferentes días de la semana y en distintas franjas horarias. En esta observación se recogerán datos relativos a:

- Número de personas concentradas.
- Características del lugar donde se ubica la concentración.
- Horarios de mayor afluencia de personas concentradas.
- Existencia de consumo y tráfico de sustancias de forma visible.
- Tipos de sustancias consumidas y pautas de consumo.
- Características de las personas concentradas (p.e. personas sin hogar).
- Dinámicas y roles establecidos en el grupo concentrado.
- Nivel de deterioro de los espacios públicos.
- Existencia de monopolización de espacios públicos por parte de los usuarios concentrados.
- Dinámicas que el grupo mantiene con respecto al entorno.
- Visibilidad de la concentración en la zona de intervención.
- Accesibilidad que presenta la zona de concentración.
- Cercanía de viviendas o espacios comerciales con respecto al punto de concentración.





### 2. Diagnóstico de la situación

La observación inicial de la zona se mantendrá durante aproximadamente un mes y medio, para realizar una valoración lo más real posible del grado de conflicto existente y, como consecuencia de esto, de la necesidad de intervención por parte del equipo de Mediación Comunitaria.

Una vez se ha realizado este período de análisis y observación se emitirá por parte del equipo de mediadores un informe, tanto al Instituto de Adicciones como a UNAD, en el que se refleja la situación detectada, se realiza una valoración del nivel de conflicto existente y se proponen posibles medidas de actuación.

La decisión acerca de la necesidad de intervención se tomará entre las tres partes que forman el Servicio.

Teniendo en cuenta el nivel de conflicto y alarma existente se realizará una intervención puntual o continuada.

La diferencia más destacable entre los dos tipos de intervención es que en la puntual el conflicto surgido está delimitado por un suceso muy concreto, por lo que requiere de una serie de actuaciones que podrían ajustarse en un periodo de tiempo determinado.

Los objetivos a conseguir en las intervenciones continuadas requieren de un trabajo más a largo plazo debido a que la problemática que presentan es más compleja y necesita de una mayor continuidad en el tiempo.

Tras la observación y el análisis realizado se comienza a hacer visitas a la zona de forma regular, teniendo en cuenta los horarios de mayor afluencia de personas drogodependientes.

### 3. Apertura de expediente de incidencias. En este documento quedarán recogidos los siguientes datos

- Fecha.
- Demandante.
- Motivo de la demanda.
- Antecedentes.
- Otros agentes implicados.
- Usuarios implicados.
- Definición de acciones a realizar tanto por las partes implicadas en el conflicto como las inmersas en la resolución del mismo.
- Recursos humanos y técnicos necesarios para llevar a cabo las actuaciones.

### 4. Toma de contacto con las diferentes entidades que están realizando una intervención en la zona

Con usuarios que se ajustan al perfil de intervención del Programa de Mediación Comunitaria y que pudiesen influir de forma positiva en la resolución del conflicto. Con éstas, se fijará una reunión inicial en la que se intercambiará información sobre las actuaciones llevadas a cabo hasta el momento en la zona y en la que se acordarán las futuras pautas de coordinación que se van a mantener entre las entidades implicadas.

### 5. Contacto con vecinos y comerciantes de las zonas afectados por el conflicto

Para conocer su percepción sobre la situación existente y el nivel de alarma social o vecinal generada ante la presencia de población drogodependiente en la zona. Se establecerán mediante reuniones fijadas previamente con asociaciones o comunidades de vecinos de la zona afectada, o bien mediante presentación directa del equipo en medio abierto o en comercios de la zona. En estos encuentros se recogerán, por parte de los mediadores, las demandas y sugerencias de los vecinos y comerciantes que planteen una mejora de la situación de la zona. Por último, se ofrecerá la posibilidad de contactar con el equipo en aquellas situaciones que pudiesen ser susceptibles de realizar una mediación entre vecinos, comerciantes y población drogodependiente.

### 6. Contacto con la población drogodependiente concentrada en la zona

Realizando una presentación del equipo y ofreciendo a la misma las distintas alternativas que el Servicio ofrece. Se iniciará un seguimiento educativo continuado con aquellos usuarios cuya situación así lo requiera (ver punto "4.4.5. Objetivos y metodología de intervención").

### 7. Ejecución de las medidas propuestas, seguimiento y evaluación

Se mantendrá un contacto semanal con las partes implicadas en el conflicto para poder orientar a las mismas hacia la consecución de los objetivos propuestos.

Asimismo, se realizará la evaluación de la situación del conflicto de forma semanal, por parte del equipo de mediadores, en las reuniones internas y de forma quincenal con los usuarios implicados, reajustando la intervención y las medidas propuestas según los cambios que se vayan detectando.

### 8. Cierre de expediente e informe final

Una vez se haya logrado la consecución de las medidas propuestas y se haya mitigado el nivel de conflicto o alarma existente en la zona, se realizará un informe final que se emitirá al Instituto de Adicciones y UNAD y, tras el acuerdo de estas tres partes, quedará cerrado el expediente de intervención. Por último, el equipo de Mediación Comunitaria ofrecerá una forma de contacto a las partes implicadas ofreciendo la posibilidad de una nueva mediación ante el surgimiento de futuros conflictos.

### 4.4.5. Objetivos y Metodología

OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Promover un uso adecuado y no conflictivo de los espacios públicos por parte de la población drogodependiente concentrada y una sensibilización ante el problema de las drogodependencias por parte de vecinos y comerciantes de la zona, interviniendo como agentes de mediación para conseguir una convivencia normalizada.	Proporcionar respuestas a las demandas de mediación para intervenir ante un conflicto concreto, así como realizar una intervención de tipo preventivo en aquellas zonas que lo precisen.  Potenciar las habilidades de comunicación de las partes implicadas en el conflicto para llegar a una solución consensuada que normalice la convivencia en la zona.
Potenciar la motivación al cambio en cuestiones como: mejora de hábitos de ocio y tiempo libre, autocuidado, mayor adhesión o inicio al tratamiento para mejorar la calidad de vida de la población drogodependiente, produciéndose de esta forma una mejora a nivel comunitario.	Promover un acompañamiento en el proceso de los usuarios con los que contactemos y mantengan dinámicas de ocio pasivo, para fomentar la motivación al cambio a nivel biopsicosocial.  Ofrecer información acerca de la oferta de recursos de la red de drogodependencias para posibilitar el acceso de los usuarios a éstos.

Dadas las características del programa, la intervención se basa en los siguientes principios metodológicos:

**Participación:** creando espacios en los que conjuntamente equipo y beneficiarios colaboren y realicen toma de decisiones sobre la intervención a realizar, haciendo a éstos protagonistas de su proceso.

**Proximidad:** intentando ser un referente cercano a los beneficiarios con los que puedan establecer un clima de confianza que sirva de base al trabajo propuesto.

**Dinamismo:** trabajando desde la creatividad y la evaluación para permitir que el programa sea flexible y pueda ajustarse a usuarios y centros de tratamiento.

**Flexibilidad:** Adaptando la intervención a las necesidades tanto de la zona, como de los beneficiarios, para conseguir obtener el mejor rendimiento posible, teniendo como base una correcta planificación.

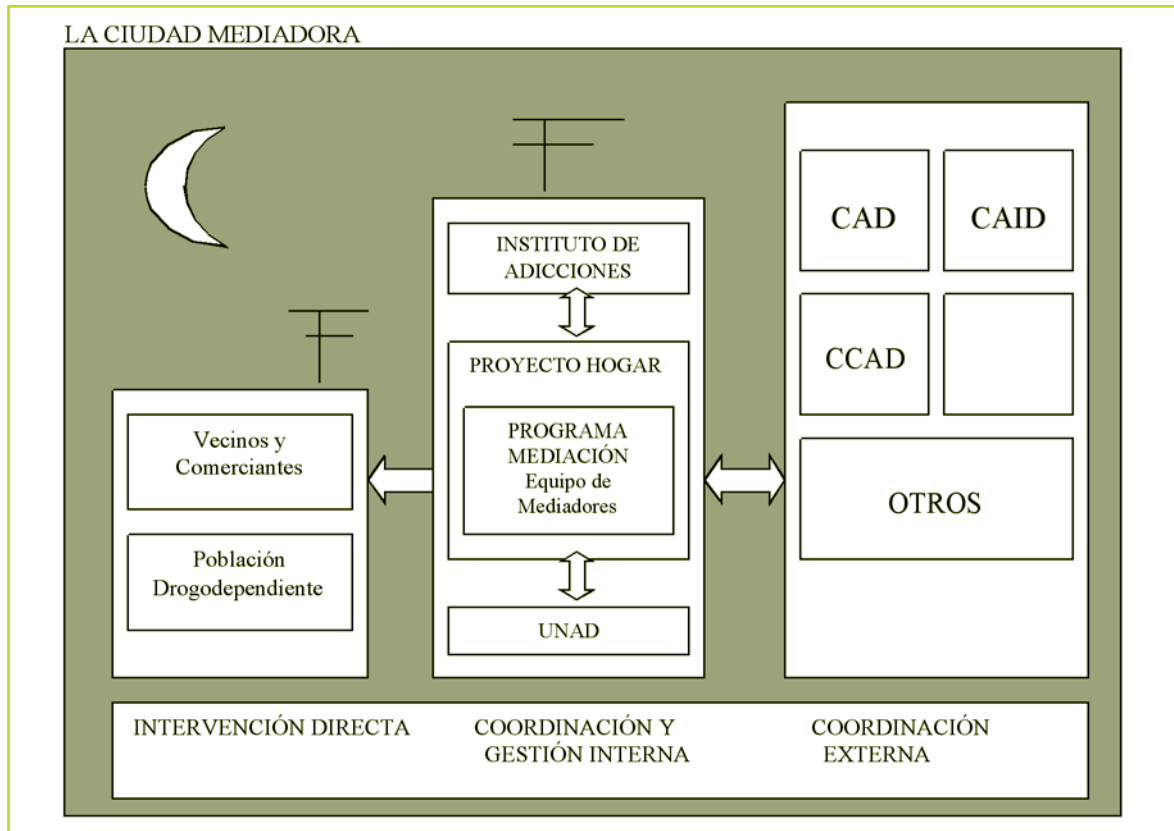
**Sensibilización:** figurando como agentes mediadores en la zona con el fin de que tanto usuarios como vecinos sean conscientes de la realidad del otro, fomentando el respeto y la cercanía.

**Análisis de la zona de intervención:** para lograr captar una visión real de la situación, susceptible de cambios, que posibilite una respuesta adecuada y coherente con la misma.

**Trabajo en red:** el Programa de Mediación Comunitaria fomentará e implementará una metodología de trabajo en red con otras entidades para la realización de seguimientos comunes de usuarios y zonas de intervención.

El modelo de trabajo que se propone desde el programa se puede desglosar en diferentes ámbitos, ya que en cada uno de ellos la forma y las herramientas de trabajo varían para adecuarse a las tareas y objetivos de cada uno.

Para que sea más fácil ubicarse a lo largo de la descripción de la metodología vamos a partir de un esquema-dibujo:



El esquema refleja los elementos clave en la mediación comunitaria que se desarrollarán a través de los siguientes apartados.

#### A) METODOLOGÍA EN INTERVENCIÓN DIRECTA

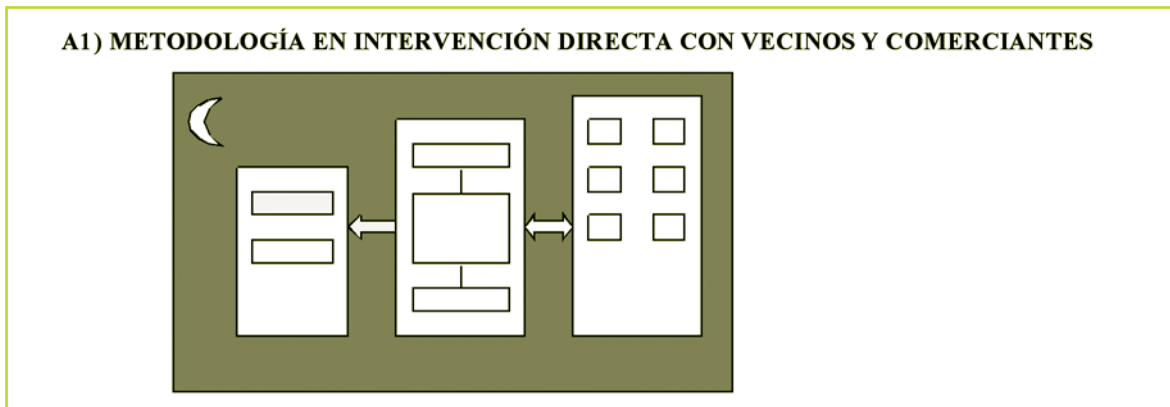
- A.1) Intervención directa con vecinos y comerciantes.
- A.2) Intervención con la población drogodependiente.

#### B) METODOLOGÍA EN COORDINACIÓN Y GESTIÓN INTERNA

- B.1) Entre el equipo de mediadores.
- B.2) Dentro del desarrollo técnico del Servicio de Mediación.

#### C) METODOLOGÍA EN COORDINACIÓN EXTERNA DEL SERVICIO

### A. Metodología en intervención directa



Respecto al protocolo de intervención con los beneficiarios directos del programa, cabe distinguir las acciones que se realizan de cara a los vecinos de las zonas, de las que se llevan a cabo con la población drogodependiente.

En el ámbito de vecinos y comerciantes se plantea un trabajo de sensibilización e información hacia aquellos colectivos a los que las concentraciones de usuarios drogodependientes genere cierto malestar en la convivencia diaria. Todo esto mediante:

1. **Análisis de la demanda de la zona y nivel de alarma social detectada** como forma de prevenir situaciones de crisis y poder actuar en el caso de que se considere conveniente.

#### Acciones concretas:

- Visitas regulares a las zonas de forma semanal y en diferentes franjas horarias, durante un período de tiempo mínimo de un mes y medio.
- Recogida de información del análisis realizado en las observaciones en cuadernos diarios de actuación. En éstos se recogerán datos referentes a: número de personas concentradas, horarios de concentración, nivel de deterioro del espacio público, tiempo de permanencia en la zona de grupos de drogodependientes, coexistencia de otros grupos que utilizan el mismo espacio público y nivel de conflicto existente entre vecinos y personas drogodependientes.

2. **Presentación a comerciantes de las zonas de intervención** para dar a conocer el funcionamiento del programa y la labor del equipo en la zona, así como para recoger información acerca de la situación existente y el nivel de alarma generado.

**Acciones concretas:** Acercamiento a comercios de la zona para realizar una presentación del Servicio. Esta presentación viene acompañada de diferentes soportes documentales como cartas informativas y trípticos específicos del Servicio, ofreciendo la posibilidad de poder contactar con el equipo de mediadores en aquellos casos en los que lo requieran.

3. **Reuniones abiertas a la comunidad o asociaciones de vecinos y entidades que trabajan** en la zona en las que se intercambie información sobre la situación actual del barrio, con un espacio para quejas y sugerencias, que puedan inducir a una mejora de la calidad de vida en la zona.

**Acciones concretas:**

- Toma de contacto mediante una carta informativa en el portal de la comunidad de vecinos en la que se explican las funciones del Servicio. Esta carta se acompañará de un tríptico informativo del Servicio.
- Intentar contactar con el presidente o el administrador de cada comunidad de vecinos afectada por el conflicto.
- Fijar una reunión de presentación del Servicio con los mismos.
- Recogida de propuestas de mejora para la zona con aquellos vecinos que quieran participar en las mismas.

4. **Visitas regulares a las zonas de comerciantes afectadas por el conflicto.**

**Acciones concretas:**

- Realización de visitas periódicas de forma trimestral a los comerciantes con los que el equipo haya contactado previamente para devolver y recoger información sobre la evolución del conflicto.
- Evaluar en las mismas las mejoras introducidas con el proceso de mediación, así como las futuras intervenciones a realizar.

5. **Mediación entre vecinos y comerciantes de la zona y la población drogodependiente** concentrada ante conflictos puntuales que puedan surgir.

**Acciones concretas:** En caso de existencia de este tipo de conflictos, el equipo se ofrece como intermediario entre las partes, con la intención de consensuar acuerdos que promuevan una convivencia normalizada. Por ejemplo, en una de las zonas de intervención en la que transitan personas drogodependientes durante la noche, los vecinos trasladaron la queja por los ruidos que se producían. El equipo de mediación realizó una intervención dirigida a una de las personas que habitualmente permanecen en la zona y mantiene relación con los drogodependientes que por allí transitan, concienciándole de la necesidad de evitar producir ruidos molestos para la vecindad, lo que llevó a una disminución de la intensidad del conflicto.

6. **Establecer un canal de comunicación entre vecinos y comerciantes y la Administración** para hacer llegar las quejas y propuestas de mejora que se plantean para la zona.

**Acciones concretas:** Tras las propuestas de mejora de vecinos y comerciantes y evaluadas las mismas por el equipo, se realiza un traspaso de información mediante llamada telefónica o reunión con el Instituto de Adicciones. En estas coordinaciones se exponen las diferentes necesidades detectadas en la zona, sean éstas abordables desde el Servicio o desde otros organismos pertenecientes a la Administración Pública de índole sanitaria, limpieza y seguridad, principalmente.



Centrándonos en el trabajo con la **población drogodependiente**, nos encontramos con diferentes niveles de intervención, aunque siempre encuadrados en el trabajo en medio abierto, ya que se considera el trabajo de calle como el método más apropiado para abordar la problemática del perfil de intervención descrito.

Se trata de personas que por sus circunstancias personales y sociales, llevan a cabo dinámicas de ocio pasivo que se mantienen en el tiempo, y que les llevan a permanecer durante grandes períodos en la misma zona, sin llegar a tener una referencia fuerte con algún recurso desde el que se pueda trabajar con ellos.

Todo esto hace que la accesibilidad de estas personas a la red de recursos de drogodependencias se dificulte, y es por esto que se ve necesaria la creación de una figura de referencia intermedia entre la institución y el medio en el que se desenvuelve el usuario, que sirva de nexo y de canal de comunicación entre ambos.

De esta forma, se consigue abordar un aspecto importante de los usuarios de los centros de tratamiento, como es la utilización de su tiempo. Esta tarea se convierte en una labor que resulta difícil de desempeñar por los centros de atención a drogodependientes, pero que genera información muy valiosa para un adecuado tratamiento y una mejora del proceso de intervención de cada persona.

Así mismo, permite acompañar en el proceso de incorporación al tratamiento a personas que, de otra manera, tendrían dificultad para acceder a centros específicos, bien por desconocimiento o falta de motivación, trabajando la adherencia y permanencia en el mismo.

Con el objeto de mejorar la calidad de vida de la zona, es necesario implementar medidas enfocadas a trabajar el cuidado cívico del entorno, que englobaría la mejora de la salubridad, el cuidado del mobiliario urbano, la no monopolización del espacio público, etc., que entendemos deben promoverse mediante el fomento de la educación y las habilidades sociales de las partes.

La forma de llevar a cabo este trabajo se concreta en varias líneas, como son:

1. **Contacto con la población drogodependiente** concentrada en espacios públicos presentando el programa y sus actividades.

Para conseguir estos contactos se realizan las siguientes actividades:

- *Cartel de presentación*: En él se ofrecen los servicios del programa a los que los usuarios pueden optar. En éste, se ofrece también la forma de contacto del equipo. El cartel se sitúa en la sala de espera de los centros de atención a la población drogodependiente.



- *Presencia durante la dispensación de metadona:* Para que de esta forma puedan identificarnos como una figura relacionada con el centro de tratamiento. Se realiza también para que sea un elemento facilitador, para la presentación del equipo en medio abierto a diferentes usuarios. De esta forma, el equipo va progresivamente haciéndose más visible y familiar en el centro de atención a drogodependientes, reduciendo posibles resistencias iniciales generadas por el desconocimiento.
  - *Presentación directa:* Se hace una presentación directa en medio abierto a los usuarios a través de charla informal donde se expone la labor del equipo.
  - *Presentación de usuarios a través de los profesionales de referencia:* Se realiza en los centros de tratamiento con aquellos usuarios que sean susceptibles de incorporarse al programa.
2. Realización de **seguimientos individualizados** de aquellos usuarios con los que se gestionen demandas, teniendo en cuenta el momento del proceso terapéutico en el que se encuentran, la intervención de los profesionales del centro de referencia, y las diferentes variables que confluyen en su situación. Las entrevistas con las personas en seguimiento pueden llevarse a cabo en medio abierto, en el centro de tratamiento o en la sede de Asociación Proyecto Hogar. La definición del lugar de encuentro con la persona se realizará teniendo en cuenta el proceso de la misma, la adherencia que presente la persona a los diferentes dispositivos de tratamiento y la motivación existente.

Las actividades que engloba el seguimiento individualizado serían las siguientes:

- **Entrevista o contacto inicial:** Podrá realizarse de forma más estructurada cuando ésta se produzca en el centro de tratamiento o durante el contacto con la persona. En ella se realizará una recogida de datos inicial para hacer una valoración y planificación de actividades que el seguimiento pudiese requerir. Por otra parte, se clarificará con el usuario las actuaciones que se harán en el proceso, siendo éstas consensuadas y aceptadas por la persona atendida. En los casos en los que el contacto se haya producido en medio abierto, de forma directa por el equipo de mediadoras o tras abordaje del usuario al equipo, se realizarán las mismas actividades teniendo en cuenta que el espacio en el que esta entrevista se está produciendo requiere una mayor flexibilidad por parte del equipo. En este tipo de contacto inicial puede dificultarse la clarificación de las acciones a llevar a cabo entre las mediadoras y el usuario, con lo que requerirá de más de un encuentro en medio abierto con la persona. Los encuentros en este caso se producirán de manera semanal y en ocasiones serán de dos veces a la semana para generar una referencia inicial del equipo educativo con respecto al usuario.

### **Acciones concretas:**

- Establecer un intercambio de información con los equipos interdisciplinares de los centros de tratamiento de drogodependencias.
  - Identificar los usuarios concentrados en la zona que están en seguimiento en estos centros de tratamiento.
  - Programar, junto con el equipo interdisciplinar, una cita de presentación del Servicio al usuario.
  - Realizar una presentación, en medio abierto, del Servicio a aquellos usuarios que no realizan tratamiento de la drogodependencia o cuyo centro de tratamiento se desconoce.
- **Asesoramiento sobre recursos de ocio y tiempo libre:** Se realizará un trabajo de motivación previo para la incorporación de la persona a actividades de ocio y tiempo libre que requieran una mayor o menor exigencia, en función de cómo se encuentre en la actualidad el proceso de cada persona. En los casos en los que exista una aceptación y disposición para realizar la derivación a diferentes recursos de ocio y tiempo libre, se evaluará junto con la persona cuál podría ajustarse más a su perfil, ofreciendo para ello varias opciones. A partir de esta evaluación se llevará a cabo la derivación de la persona al recurso correspondiente, poniendo en marcha los mecanismos de coordinación y derivación establecidos en el equipo.



El equipo de Mediación Comunitaria tendrá en cuenta la oferta de actividades de ocio y tiempo libre que se proponen desde el "Programa de Integración Social a través del Ocio", promovido por el Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones, con el objetivo de optimizar los recursos existentes.

### Acciones concretas:

- Proporcionar un abanico de alternativas que puedan ajustarse a la demanda, las cuales irán concretándose de forma verbal durante la intervención y procederán a materializarse formalmente por la vía adecuada en cada caso (telefónico o informe de derivación) al recurso destinatario.
  - Comenzado el desarrollo de la actividad, se realiza una coordinación periódica con los profesionales implicados en el proceso de la persona, así como un seguimiento con los usuarios para conocer su evolución.
- **Motivación para lograr una mayor adherencia al tratamiento:** Este proceso se llevará a cabo en medio abierto y de forma individualizada en cada una de las entrevistas y en cada una de las actuaciones realizadas con el usuario.

### Acciones concretas:

- Informar a los usuarios sobre los diferentes recursos que se ofrecen desde el centro de tratamiento.
- Promover el acercamiento a los mismos.
- Recordar puntualmente las citas con el equipo interdisciplinar del centro de tratamiento de drogodependencias y establecer un seguimiento del proceso.

En ocasiones, existe la posibilidad de condicionar ciertas acciones ligadas a su tratamiento con el apoyo en el acompañamiento a otras gestiones.

- **Fomentar aspectos básicos de educación para la salud**, tanto en sustancias de abuso como en hábitos de higiene saludables, así como la toma de conciencia de su importancia y beneficios que conllevan para incrementar la calidad de vida.

### Acciones concretas:

- Aumentar los conocimientos en relación al consumo, el abuso, la dependencia y efectos en el organismo de las sustancias de abuso, en función de sus características y vías de administración. Se realizará con los usuarios que se encuentran en seguimiento, tanto en medio abierto como en citas programadas.
- Realización de talleres específicos de educación para la salud, tanto en el centro de tratamiento como en medio abierto.

Estas acciones quedan enmarcadas dentro del marco específico del programa de educación para la salud del Instituto de Adicciones.

- **Acompañamientos terapéuticos:** se realizarán en situaciones en las que el usuario muestre dificultades para desenvolverse o le generen un nivel elevado de ansiedad. El objetivo principal es el de disminuir el nivel de ansiedad que pudiesen generar y dotar de habilidades necesarias para enfrentar futuras situaciones similares. En cada uno de ellos se intentará lograr un incremento de la autonomía de la persona.

**Acciones concretas:** Tras valorar la necesidad de realizar un acompañamiento, se pacta con el usuario una cita y en los días previos a ésta se procederá a motivarle y a recordarle lo importante de su asistencia. Será acompañado por un mediador.

- **Asesoramiento e información sobre recursos especializados de la red de drogodependencias así como de la red de recursos asistenciales generales:** se proporcionará en los casos en los que exista una demanda previa del usuario o se detecte una necesidad por parte del equipo. Se proporcionará en entrevistas individualizadas a lo largo del proceso de intervención.

**Acciones concretas:** El proceso será similar al apartado de asesoramiento sobre recursos de ocio y tiempo libre.

- **Fomentar la adquisición adecuada de habilidades sociales y de comunicación.**

**Acciones concretas:** Se realizará durante la intervención con cada uno de los usuarios en las situaciones en las que se detecte dificultad para el afrontamiento de las mismas. Se trabajará en citas individualizadas mediante técnicas específicas de entrenamiento en habilidades sociales como role playing.

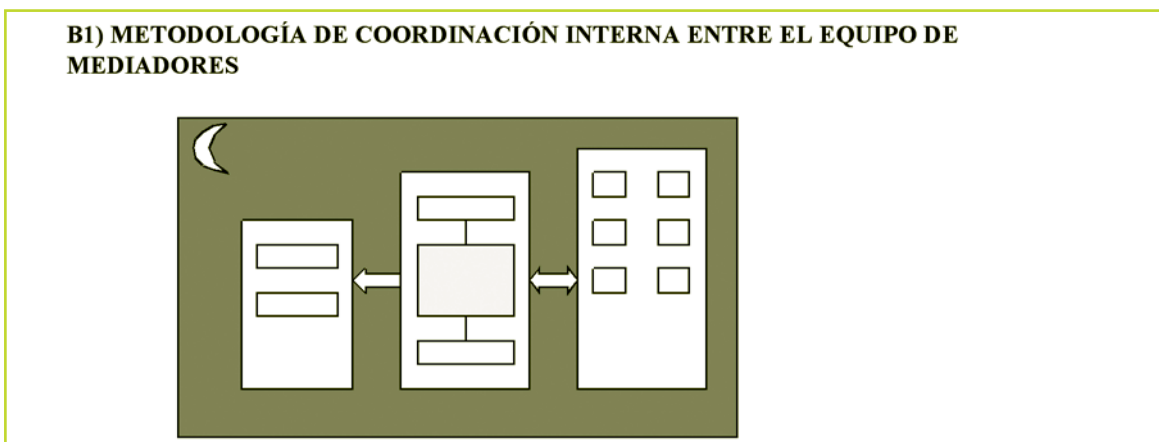
- **Sensibilizar acerca del cuidado del espacio público y la monopolización de los mismos** como forma de prevenir posibles conflictos vecinales y así producir una mejora en la convivencia del barrio.



**Acciones concretas:** Se llevarán a cabo tanto de forma individualizada como grupal en las intervenciones realizadas en medio abierto, mediante charla informal, corrigiendo conductas no adecuadas en situaciones concretas observadas por el equipo.

3. **Coordinación fluida** con el profesional de referencia del centro de tratamiento de cada usuario, evitando duplicar tareas y unificando líneas de intervención.
4. Desarrollo de **actividades puntuales** a demanda de los usuarios con los que se tome contacto, y bajo valoración del equipo. Entre éstas se llevan a cabo actividades de ocio puntuales y talleres de promoción de la salud.

### B. Metodología en coordinación y gestión interna:



El equipo de mediadores, junto con el personal voluntario y de prácticas realizan una coordinación periódica para aunar criterios acerca de los diferentes seguimientos y zonas de intervención. Se utilizan las siguientes herramientas:

#### B.1.1. Reuniones semanales

Se llevan a cabo cada lunes en la sede de Asociación Proyecto Hogar con el fin de supervisar y evaluar el trabajo de la semana anterior, así como de realizar una planificación de la nueva semana. La duración de las mismas es de aproximadamente tres horas, y son moderadas por la coordinadora del dispositivo. Se fomentará la participación de todo el equipo y se recogerán los contenidos tratados y acuerdos adoptados en un acta.

En orden cronológico se tratarán los siguientes puntos:

- **Planificación y análisis de intervención con personas drogodependientes.** Se evalúa y comparte las acciones realizadas en la intervención semanal, así como la situación de momento vital de cada persona en seguimiento. Teniendo en cuenta estos aspectos, se propone una revisión constante y periódica de cada diseño de intervención individualizado, consensuando en equipo las siguientes líneas de actuación. A continuación se actualizan las historias socioeducativas.

Cada mediador se convertirá prioritariamente en una figura de referencia de cada usuario en seguimiento con el objeto de realizar una correcta organización de las tareas, tanto en su evaluación como desarrollo, a llevar a cabo. Esta metodología se hace explícita en el desarrollo técnico con los usuarios.

*Herramientas utilizadas:* Ficha de intervención y seguimiento, ficha de registro de situación sanitaria, historia e informe socioeducativos, e informes de derivación.

- **Planificación y análisis de intervención con vecinos y/o comerciantes.** Se hará un intercambio de información respecto a nuevos contactos vecinales y de comerciantes efectuados durante la última semana, planificando las nuevas actuaciones a llevar a cabo en cada caso. Para ello, se tendrá en cuenta la información obtenida de los encuentros con vecinos y/o comerciantes de cada zona de intervención, así como el nivel de alarma social existente en ese momento. Por otra parte, se establecerá una periodicidad para estos encuentros o quedarán establecidos otros mecanismos de coordinación (vía telefónica o e-mail), los cuales quedará regulados según la magnitud del conflicto existente en ese momento. En cada reunión o encuentro con vecinos y/o comerciantes quedarán concretados conjuntamente los mecanismos de coordinación y la periodicidad de los mismos, y se proporcionará la forma de contacto directo con el equipo de mediadores.



*Herramientas utilizadas:* Actas de reuniones y listado de contactos de vecinos y comerciantes estructurado por zonas de intervención.

- **Planificación y análisis de las zonas de intervención.** Se valorarán los cambios y evolución de cada una de las zonas de intervención. Así mismo, se será sensible a las informaciones de carácter urbanístico que puedan introducir modificaciones en el funcionamiento dinámico de las mismas. Las observaciones quedarán recogidas en un registro de actuación semanal. Del mismo modo se elaborarán informes actualizados de cada zona de forma bimensual.

*Herramientas utilizadas:* Carpeta de seguimiento de zonas (mapa de la zona, actas de reuniones con vecinos y comerciantes y mesas de participación ciudadana), cuadernos de registro de actuación semanal y mapa dinámico que pone en relación a los usuarios (iniciales) con la zona.

- **Coordinaciones con otros dispositivos.** Se realizará un intercambio de información acerca de los dispositivos con los que se ha mantenido contacto en la semana anterior. Así mismo, se planifica en función de los apartados anteriores, cuáles son los dispositivos que intervienen en las zonas de actuación de nuestro equipo, planificando con cada uno de ellos una intervención acorde con las necesidades, evitando duplicar esfuerzos y obteniendo una eficaz utilización de los recursos con los que contamos.

*Herramientas utilizadas:* actas de reunión, carpeta de recursos elaborada y actualizada por el equipo y tablas de recogida de datos (semanales y trimestrales).

- **Información asociativa.** Brevemente, la coordinadora del Servicio realizará una difusión de aquellas cuestiones asociativas que sean relevantes para el correcto funcionamiento del dispositivo y de la entidad.



## 4. El Servicio de Mediación Comunitaria

### B.1.2. Coordinación diaria

Cerca de la finalización de la jornada laboral, bien vía telefónica o de manera presencial, se transmitirá toda la información acerca de las intervenciones realizadas durante el día por parte de cada mediador con los beneficiarios. Quedarán reflejadas también las coordinaciones realizadas con otros profesionales o dispositivos. Tienen como objeto establecer en qué manera se han cumplido las perspectivas fijadas para ese día y valorar la necesidad de realizar modificaciones de cara a días próximos.

### B.1.3. Coordinación de procesos de gestión del área técnica del programa

Se refiere a aquellos procesos de planificación y evaluación que permiten al dispositivo un adecuado desarrollo técnico, ajuste con la realidad y correcto funcionamiento interno. Son los siguientes:

- Formulación del proyecto: Se realiza ajustado a la metodología del marco lógico, antes del comienzo del ejercicio y partiendo de las conclusiones y desviaciones del anterior ejercicio y de las necesidades del ejercicio que comienza. Para comenzar a trabajar en el ajuste del nuevo proyecto se libera una hora de las reuniones semanales de equipo y se calendariza una programación de reuniones específicas para trabajar sobre el documento.
- Elaboración de memoria semestral y final: En estos dos documentos se plasma una evaluación cuantitativa y cualitativa del ejercicio. Metodológicamente se trabaja de forma semejante a la formulación del proyecto.
- Balance económico mensual de gastos del programa: A final de mes, el equipo de mediadores elaborarán para su supervisión un balance de ingresos y gastos generados por la actividad desarrollada.



En el Servicio de Mediación Comunitaria están implicados el Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones, UNAD y Asociación Proyecto Hogar, los cuales, si bien tienen delegadas funciones específicas en el convenio, realizan una coordinación fluida que incide tanto en la toma de decisiones como en el correcto seguimiento, funcionamiento y evaluación de la actividad. Para ello, se llevan a cabo las siguientes actuaciones:

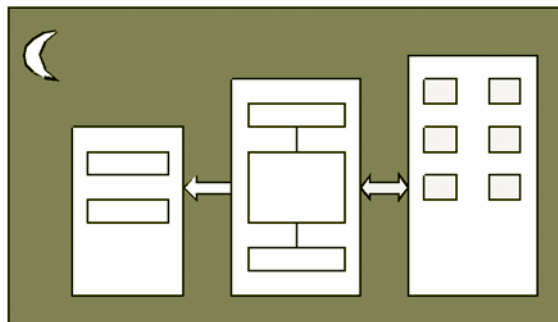
- Envío de datos en tablas trimestrales: Son realizadas por el equipo de mediadores y enviadas al Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones y a UNAD. En éstas quedan reflejadas cuantitativamente las coordinaciones con otras entidades, el número de visitas a cada zona y el número de contactos con los beneficiarios del servicio. El objeto de las mismas es la actualización de datos referida a la actividad del programa.

- Reuniones de evaluación tras la elaboración de la memoria semestral y final: Son reuniones realizadas generalmente en el Instituto de Adicciones, que cuentan con la participación y supervisión de las tres partes implicadas en el convenio. La periodicidad de estas reuniones es semestral. La memoria es elaborada por el equipo técnico de Mediación Comunitaria y, previamente a la reunión, es enviada a UNAD y al Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones para que realicen una primera lectura y supervisión del texto. En la reunión convocada se realiza una evaluación conjunta por las tres partes y se valora la introducción de posibles cambios a realizar.
- Reunión de seguimiento de zona ante situación en crisis: No existe una periodicidad fijada para estas reuniones, sino que se realizan a demanda de cualquiera de las partes participantes en el Convenio y se suelen llevar a cabo en el Instituto de Adicciones. La finalidad de las mismas es establecer las líneas de actuación que se van a introducir en situaciones de crisis puntuales que pudiesen surgir en cada zona de intervención, así como transmitir los problemas y necesidades que el equipo de mediación pudiese haber detectado en estas zonas. Los acuerdos alcanzados se recogen en actas de reunión que, tras un tiempo fijado previamente, son revisadas para ver los resultados obtenidos tras la ejecución de las medidas propuestas.

Por otro lado, se valorará también de forma conjunta, mediante reunión o coordinación telefónica, la necesidad de intervención continuada en estas zonas. La periodicidad de estas últimas coordinaciones vienen dadas por el número de conflictos susceptibles de intervención que hayan sido transmitidos al equipo.

- Envío de informes de situación de zona: Son enviados por el equipo técnico de Mediación Comunitaria al Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones y UNAD ante petición del primero. Se remiten para informar de la situación actual de una zona en un momento determinado de su proceso, así como de la evolución de la zona tras llevar a cabo las medidas de intervención propuestas.
- Coordinación telefónica: Se realiza por cualquiera de las tres partes del Servicio, Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones, UNAD o equipo técnico de Mediación Comunitaria. No existe una periodicidad fijada, sino que se realizan según las necesidades que el dispositivo o cualquiera de las partes presente a lo largo del periodo de ejecución.

### C) METODOLOGÍA DE COORDINACIÓN EXTERNA DEL SERVICIO



## 4. El Servicio de Mediación Comunitaria

---

El equipo realiza tareas de coordinación fundamentalmente con los CAD, CAID, CCAD de Cruz Roja, entidades de la red de recursos de drogodependencias de Madrid y diferentes instituciones que, aunque se encuentran fuera de esta red, centran su intervención en las zonas de actuación del equipo de mediadores.

*CAD, CCAD, CAID y recursos específicos de la red de drogodependencias:* Se lleva a cabo una coordinación específica con aquellos profesionales de referencia de los usuarios con los que el equipo interviene en medio abierto, con el fin de diseñar una línea de actuación conjunta que dé lugar a un proceso de inserción completo. Se hace de manera telefónica o presencial y de forma regular, generalmente semanal o quincenal, según las necesidades que la persona en seguimiento presente en ese momento.

Del mismo modo, se devuelve al centro de tratamiento de drogodependencias de referencia información específica acerca de la situación de la zona, los contactos y seguimientos realizados, las dinámicas existentes y la evolución de la misma. Esta actividad se realiza en las zonas en las cuales existe una cercanía entre el centro de tratamiento y la zona de concentración de población drogodependiente en la que se interviene.

*Otros recursos asistenciales:* Con el resto de recursos se mantiene una primera reunión en la que se intercambia información acerca del funcionamiento de cada organización participante, y en la que se define la forma de coordinación entre ambas.

En caso de derivación al recurso, se realiza mediante llamada telefónica o redacción de informe. Se realizará acompañamiento del usuario/a al recurso, seguimiento de su situación y coordinación regular con el profesional que corresponda.

Por otra parte, se mantiene una coordinación regular con recursos de la zona que no son específicos de la red de drogodependencias. En estos casos, la coordinación se realiza vía telefónica o presencial en los casos en los que se requiera.

Con algunas de estas instituciones nos coordinamos también a nivel comunitario, participando en espacios como la Comisión de Mediación de Puente de Vallecas, cuyo objeto es la actuación conjunta de diferentes dispositivos ante conflictos que pudiesen surgir en la zona, sirviendo como agentes mediadores. Del mismo modo, se realizará asesoramiento individualizado para cada equipo ante situaciones o conflictos específicos de cada uno de los programas o proyectos participantes, con la intención de lograr una visión más global para llevar a cabo una intervención.

## 4.5. Actuaciones en situaciones de crisis

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas. La crisis se caracteriza por ser repentina (aparece de golpe), inesperada (no puede ser anticipada) y requieren de una resolución urgente, ya que amenazan el bienestar físico o psicológico de un individuo o una comunidad.

Desde el Programa de Mediación Comunitaria se entiende como situación de crisis aquella en la que existe un conflicto puntual que no requiere de una intervención prolongada, ya que el malestar generado es producto de un hecho concreto y delimitado en el tiempo.

La principal característica que diferencia la intervención en estos casos, con respecto a una mediación en zonas de conflicto, es que la intervención se basa en la aplicación de unas medidas determinadas cuyos resultados son apreciables a corto plazo.

El protocolo de actuación a llevar a cabo por el equipo ante estas situaciones presenta la misma estructura que el de la mediación en zonas de conflicto, teniendo en cuenta los factores diferenciadores expuestos anteriormente.

A continuación se refleja el protocolo de actuación ante situaciones de crisis, así como la temporalización estimada en cada una de las fases y los puntos destacables y diferenciadores de las mismas:

FASES	TIEMPO ESTIMADO	OBSERVACIONES
Recepción de la demanda.	24 horas	Se hará llegar la demanda al equipo de Mediación Comunitaria por parte del Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones y/o UNAD.
Apertura de expediente de incidencias.	Desde el inicio de la puesta en marcha del protocolo	Se expone la situación encontrada en la zona y las intervenciones realizadas por el equipo hasta el momento.
Observación de la zona de conflicto por parte del equipo de mediadores.	3- 6 semanas	El número de visitas estimado es de 2-3 semanales, realizándose éstas en distintas franjas horarias.
Toma de contacto con las diferentes entidades de la zona.	3- 6 semanas	Se establecerán reuniones de presentación del Servicio a los diferentes recursos de la zona y protocolos de coordinación entre las distintas entidades.
Contacto con vecinos y comerciantes de las zonas afectadas por el conflicto.	Durante todo el proceso	Se realizará para evaluar el nivel de alarma existente en vecinos y comerciantes de la zona ante la situación de conflicto.
Diagnóstico de la situación.	1 semana	Se elabora tras la observación y se remite a UNAD y al Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones, para realizar una valoración entre las tres partes. A partir de ésta, se ponen en marcha las medidas de actuación que se consideren oportunas.



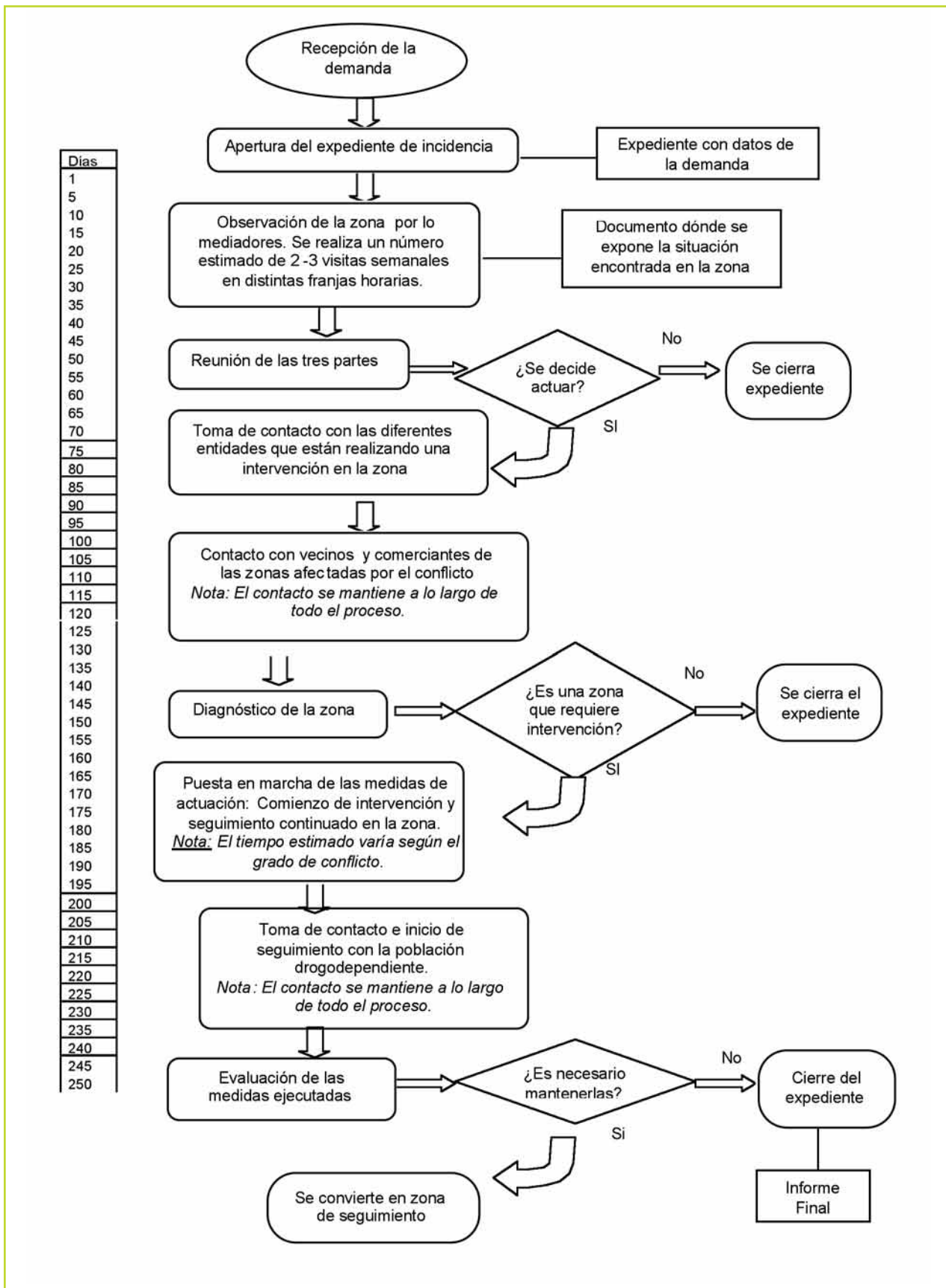
#### 4. El Servicio de Mediación Comunitaria

---

Puesta en marcha de las medidas de actuación.	Variable en función del grado de conflicto	Se llevarán a cabo las medidas consensuadas con los agentes implicados para lograr una mejora en la convivencia de la zona.
Contacto con la población drogodependiente concentrada en la zona.	Posterior a la realización del diagnóstico y hasta cierre de expediente.	Se realizará con la intención de iniciar un seguimiento con los mismos, para alcanzar los objetivos propuestos desde el Servicio.
Evaluación de las medidas ejecutadas.	1 semana	Se realizará una valoración de los datos obtenidos, tanto cuantitativos como cualitativos, teniendo en cuenta los objetivos planificados para la intervención.
Cierre de expediente e informe final.	Entre 2-4 semanas tras la valoración de los resultados de las medidas propuestas.	Tras la consecución de los objetivos planteados se lleva a cabo un proceso de cierre de intervención con cada una de las partes y se elabora un informe en el que se recoge la evolución de la zona y los cambios introducidos en la misma.
Detección de una situación de conflicto que permanece en el tiempo.	Se mantiene un seguimiento continuado en la zona, manteniendo de forma permanente las acciones que éste engloba.	Tras la entrega de un informe en el que se recoge la evolución de la zona y los cambios introducidos en la misma, el equipo de mediadores de APH, junto con el Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones y UNAD, valoran la posibilidad de continuar con un seguimiento continuado en la zona, con la intención de paliar los conflictos actuales que ésta presenta y, por otro lado, poder realizar una intervención a nivel preventivo de futuros conflictos que pudiesen surgir.

---

DIAGRAMA DE FLUJO DE ACTUACIONES EN SITUACIONES DE CRISIS



### 4.6. Evaluación del servicio

#### EVALUACIÓN

La evaluación de los resultados obtenidos desde el Programa de Mediación Comunitaria queda recogida en dos ocasiones a lo largo del periodo de ejecución de la actividad. Es decir, contamos con una evaluación parcial en la finalización del primer semestre y otra al final del ejercicio, donde quedan reflejados los resultados obtenidos y el análisis de los mismos.

Así mismo, se llevan a cabo dos tipos de evaluaciones, una a nivel cuantitativo y otra cualitativa.

#### EVALUACIÓN CUANTITATIVA

Los instrumentos utilizados para esta evaluación, que permiten proporcionar una valoración objetiva de las actuaciones del Servicio y de los resultados obtenidos en un periodo de ejecución determinado, son los siguientes:

*Registro de actuación semanal:* Se incluyen datos relativos a presentaciones a nuevos dispositivos de las zonas de actuación, coordinaciones presenciales realizadas, coordinación telefónica con diferentes centros de tratamiento de drogodependencias u otros recursos asistenciales, asociaciones o agrupaciones del tejido vecinal con las que se ha contactado, número de contactos mantenidos con los comerciantes de las diferentes zonas, presentaciones del Servicio realizadas a diferentes usuarios (tanto en medio abierto como en centro de tratamiento) y número de visitas realizadas a cada una de las zonas de actuación.

*Registro de actuación trimestral:* Se realiza un sumatorio de los registros de actuación mensuales. Estos registros se envían tanto a UNAD como al Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones para poder realizar, de este modo, una valoración de los datos obtenidos.

*Registro de actuación en situaciones de crisis:* Se incluyen las intervenciones y demandas de mediación realizadas por el equipo ante situaciones puntuales de conflicto que pudiesen surgir en diferentes zonas del municipio de Madrid. El protocolo de intervención en estas situaciones se corresponde con el de la "Mediación en zonas de conflicto" realizada en cada una de las zonas de actuación. El factor diferenciador en este caso es que las actuaciones llevadas a cabo en situaciones de crisis tienen un período de implementación más corto y un tiempo más limitado en cuanto a la resolución del conflicto se refiere.

*Cuadernos de actuación semanal en medio abierto:* En este documento quedan recogidas el número de visitas semanales efectuadas en cada zona, la intervención llevada a cabo en cada una de ellas, así como una valoración de la situación de la zona en ese momento concreto. En función de la valoración anteriormente realizada, se incluyen también las medidas a llevar a cabo en las próximas actuaciones.

*Registro de situación sanitaria:* Se recogen una serie de datos relativos al estado de salud de cada usuario, así como hábitos de higiene y consumo que presenta en la actualidad.

*Registro de beneficiarios directos:* Se utiliza en cada una de las memorias semestrales elaboradas. En la misma, quedan reflejados el número de contactos llevados a cabo en el actual período de ejecución, el número de seguimientos iniciados en ese período, los seguimientos que se mantienen de periodos de ejecución anteriores, así como el número de vecinos y/o comerciantes con los que se ha contactado en cada una de las zonas de actuación.

*Registro de resultados acumulados en intervención directa con los usuarios:* Se recogen datos relativos a número de seguimientos existentes por cada zona de actuación, derivaciones efectuadas por parte del equipo, acompañamientos realizados, derivación a recursos específicos de asesoría jurídica, apoyo y asesoramiento para la resolución de diversas gestiones, así como información proporcionada en cuanto a recursos de ocio y tiempo libre, empleo o formación.

Con todos estos instrumentos de medición utilizados se llevará a cabo una recopilación de datos con los que se elaborará un informe y tabla de resultados que aparecerán reflejados en la memoria correspondiente.

### EVALUACIÓN CUALITATIVA

Esta evaluación, que resulta complementaria a la cuantitativa, nos ofrece una valiosa información sobre el desarrollo del Servicio, contemplando aquellos aspectos más subjetivos generados a partir de la gestión de procesos del dispositivo. Debe apoyarse en técnicas y herramientas que consigan ponderar, en la medida de lo posible, aspectos difícilmente cuantificables a priori, como el grado de satisfacción, integración o bienestar. Aspectos como los anteriormente citados, junto con los resultados obtenidos de la evaluación cuantitativa, nos ofrecen una visión más real de la calidad en el desarrollo del programa y el índice de éxito de los objetivos planteados.

Algunas de las herramientas y técnicas en las que nos apoyamos son:

*Análisis documental:* Se lleva a cabo un proceso de lectura, síntesis y elaboración de un conjunto de ideas que representan la información producida por el programa. Esta información queda recogida en los siguientes documentos: cuadernos de actuación en medio abierto de cada una de las zonas, fichas de intervención individualizada de los usuarios, registros de actuaciones puntuales ante situaciones de crisis, fichas de actividades realizadas y actas de reunión con diferentes entidades que intervienen en cada una de las zonas y con las que se mantiene coordinación.

*Evaluación del grado de satisfacción de los usuarios:* Se realiza tras llevar a cabo una entrevista individualizada con cada uno de ellos. La entrevista semiestructurada se realiza de manera informal, tanto en medio abierto como en cita en el centro de tratamiento. En estas entrevistas el equipo utiliza la observación participante para poder evaluar el grado de satisfacción que muestran cada uno de los usuarios.

*Evaluación del grado de satisfacción de los dispositivos con los que se trabaja en red:* A través de las reuniones periódicas de coordinación que se mantienen con diferentes recursos que intervienen en las zonas de actuación, se intenta realizar una devolución del grado de satisfacción existente desde el centro de tratamiento o el dispositivo correspondiente, con el fin de poder establecer un feedback con respecto a la intervención realizada en la zona por el Servicio y a los cambios introducidos en la misma.

*Evaluación del grado de satisfacción por parte de la Administración local:*

- Informes de seguimiento de cada zona: Desde el inicio de intervención en cada zona de actuación se emiten de forma periódica informes de seguimiento a UNAD y al Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones, informando de las actuaciones que se están llevando a cabo desde el Servicio de Mediación Comunitaria, así como las diferentes propuestas de intervención en cada una de las zonas de actuación.
- Coordinación telefónica: Se mantiene coordinación telefónica entre cada una de las partes constituyentes del Servicio, en los casos en los que se así se requiera, para informar y tomar decisiones sobre los diferentes procesos que se generan en cada uno de los puntos de intervención.
- Reuniones de seguimiento periódicas: Se mantienen también reuniones de seguimiento periódicas en las que se evalúan las actuaciones que se han llevado a cabo por parte del Servicio. En cada una de estas coordinaciones, las partes implicadas realizan una valoración o exposición de su grado de satisfacción con respecto a las actuaciones llevadas a cabo por el equipo, así como los cambios que serían necesarios introducir en las actuaciones llevadas a cabo en cada una de las zonas.

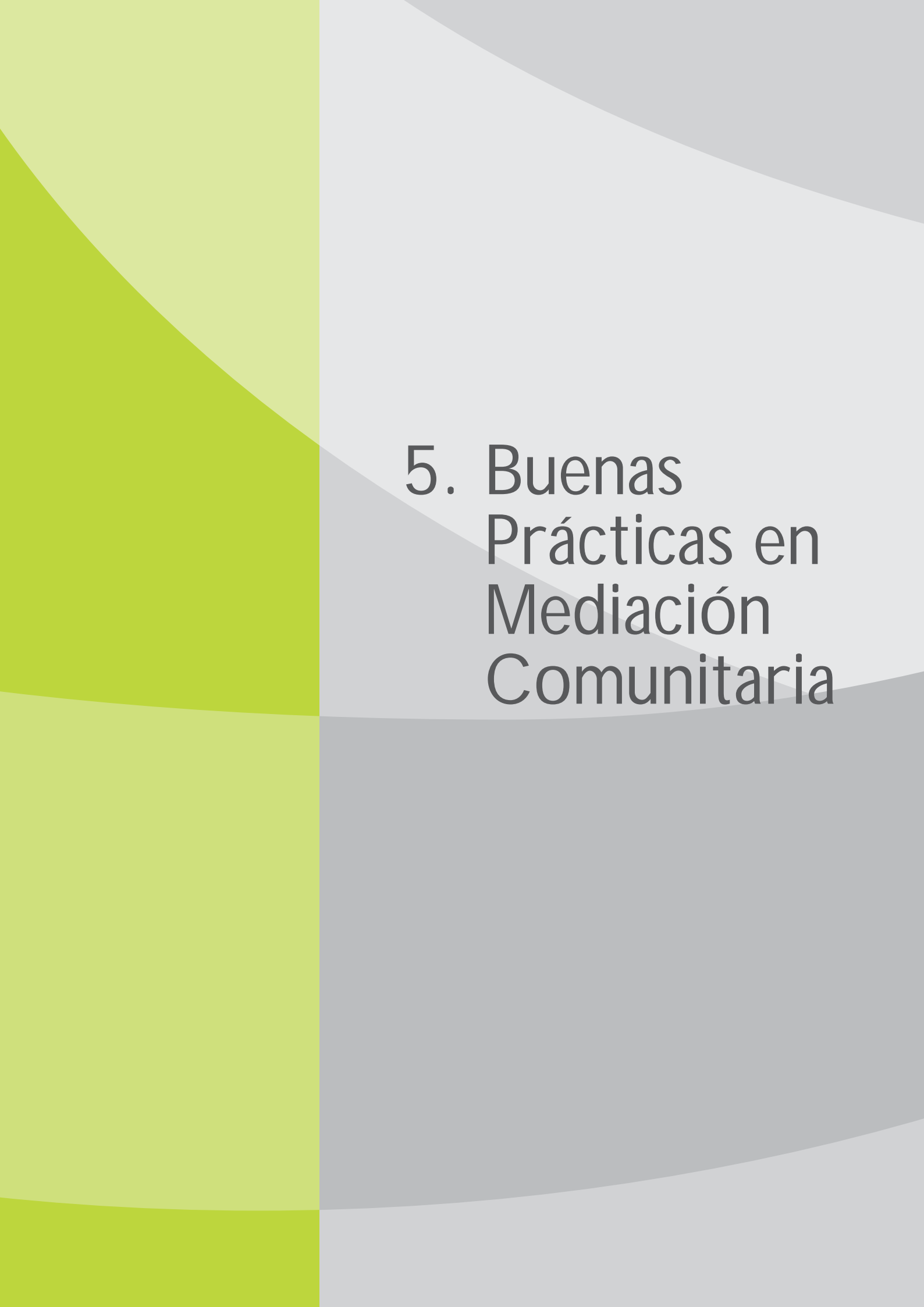
*Evaluación del grado de satisfacción por parte de vecinos y comerciantes:* Los datos necesarios para poder realizar una valoración, en este caso, se obtienen a través de entrevistas individualizadas con cada uno de los comercios con los que el equipo ha mantenido contacto a lo largo del proceso de intervención de cada zona. Estas entrevistas se realizan periódicamente, con una frecuencia semestral como mínimo. En ellas se pone de manifiesto cual es la visión que cada vecino y/o comerciante percibe acerca de la evolución o el cambio que se haya podido originar en cada una de las zonas. Así mismo, el equipo de Mediación proporciona información válida para estos beneficiarios acerca de las mejoras apreciables en la zona y los puntos en los que será necesario incidir en las futuras intervenciones.

*Valoración de la respuesta a la demanda:* El comienzo de la mediación en zonas en las que se localiza existencia de conflictos entre vecinos y/o comerciantes y personas drogodependientes, se realiza según un protocolo prefijado y acordado entre las tres partes implicadas en el Servicio. Esta valoración se lleva a cabo evaluando las demandas recibidas a lo largo de un período de ejecución determinado y los indicadores y resultados esperados para el mismo.

*Autoevaluaciones:* Tienen lugar en cada una de las reuniones de coordinación interna del equipo de mediadores del Servicio. En las mismas, se realiza una planificación y análisis de la intervención realizada en la última semana con personas drogodependientes, con vecinos y/o comerciantes y de forma más general de cada una de las zonas de actuación. Una vez evaluados los puntos anteriores, se planifica de una manera conjunta las actuaciones a llevar a cabo a continuación en cada una de las zonas, teniendo en cuenta los diferentes procesos que surgen en las mismas.

A continuación se presentan las diferentes herramientas utilizadas y su temporalización:

	HERRAMIENTAS	PERIODICIDAD
<b>ANÁLISIS DOCUMENTAL</b>	<p>Cuadernos de actuación en medio abierto de cada una de las zonas.</p> <p>Fichas de intervención individualizada de los usuarios.</p> <p>Registros de actuaciones puntuales ante situaciones de crisis.</p> <p>Fichas de actividades realizadas.</p> <p>Actas de reunión con diferentes entidades que intervienen en cada una de las zonas y con las que se mantiene coordinación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tras la realización de cada visita a una zona.</li> <li>- Tras realizar una intervención con alguno de los usuarios.</li> <li>- En aquellas situaciones cuya intervención sea temporal.</li> <li>- Posterior a la realización de la actividad.</li> <li>- Tras la finalización de cada reunión.</li> </ul>
<b>EV. GRADO SATISFACCIÓN USUARIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista semiestructurada.</li> <li>- Observación participante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mensual. Se lleva a cabo con aquellos usuarios que están en seguimiento continuado. Se dará un mayor espaciamiento en el tiempo para estas entrevistas en los casos que el seguimiento se mantenga de forma más puntual.</li> <li>- Se realizará de forma semanal en cada una de las zonas de actuación.</li> </ul>
<b>EV. GRADO SATISFACCIÓN DISPOSITIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniones de coordinación con diferentes recursos que intervienen en las zonas de actuación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mensual</li> </ul>
<b>EV. GRADO SATISFACCIÓN ADMON. LOCAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informes de seguimiento de cada zona.</li> <li>- Coordinación telefónica.</li> <li>- Reuniones de seguimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De forma periódica, siempre que la situación o las diferentes necesidades así lo requieran.</li> <li>- Semestral</li> </ul>
<b>EV. GRADO SATISFACCIÓN VECINOS Y COMERCIANTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevistas individualizadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Semestral</li> </ul>
<b>VALORACIÓN DE LA RESPUESTA A LA DEMANDA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivos, indicadores y resultados esperados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Semestral</li> </ul>
<b>AUTOEVALUACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniones internas del equipo de Mediación Comunitaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Semanal</li> </ul>

The background features a vertical split. The left side is composed of several overlapping, curved shapes in various shades of green, ranging from light lime to a darker, more saturated green. The right side is a solid, light grey color. The text is positioned on the right side, overlapping the grey area.

# 5. Buenas Prácticas en Mediación Comunitaria





# 5 Buenas Prácticas en Mediación Comunitaria

## 5.1. Habilidades del mediador comunitario en el ámbito de las drogodependencias

La mediación es un proceso en el que cada una de las partes que lo componen, adquieren una serie de roles que se entrelazan y son complementarios. El rol del mediador viene determinado por una serie de tareas y funciones a desempeñar, para las que se requieren unas habilidades técnicas y conocimientos específicos, los cuales se exponen a continuación:

HABILIDADES	CONOCIMIENTOS
<ul style="list-style-type: none"><li>- Empatía.</li><li>- Habilidades de comunicación:<ul style="list-style-type: none"><li>A) Comunicación verbal: Escucha activa (mostrar interés, clarificar, parafrasear, reflejar, resumir), mensajes yo, etc.</li><li>B) Comunicación no verbal: Contacto visual, gestos, postura y definición del cuerpo en el espacio.<ul style="list-style-type: none"><li>- Asertividad.</li><li>- Capacidad de improvisación.</li><li>- Equidad.</li><li>- Capacidad de generar credibilidad (inducir confianza y autoestima)</li><li>- Capacidad de diagnóstico.</li><li>- Capacidad de síntesis.</li><li>- Capacidad de estructuración.</li></ul></li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Formación reglada media o superior en el ámbito biopsicosocial.</li><li>- Alto nivel de conocimiento psicosocial en el área de las drogodependencias.</li><li>- Nivel básico de conocimiento orgánico en materia de drogodependencias.</li><li>- Conocimiento específico de la problemática de VIH/SIDA y otras ITS/ETS.</li><li>- Amplio conocimiento de la red de recursos asistenciales generales y específicos de drogodependencias.</li><li>- Formación jurídica básica.</li><li>- Técnicas sobre dinámica grupal (búsqueda de consenso, resolución de conflictos, cohesión y fortalecimiento de dinámica grupal).</li><li>- Conocimiento del medio físico.</li></ul>

## 5.2. Buenas Prácticas del Servicio de Mediación Comunitaria

Este apartado recoge de forma sintética las claves que hacen de la intervención realizada por el Servicio de Mediación Comunitaria un ejemplo de Buenas Prácticas. Para que resulte más útil se han diferenciado varios apartados, resaltando los elementos de Buenas Prácticas de cada uno de ellos.

### BUENAS PRÁCTICAS EN EL ANÁLISIS, DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN DEL CONFLICTO

BBPP	QUÉ IMPLICA
Obtener y recoger información desde todos los puntos de vista.	<p>Se dispone de información completa y contextual.</p> <p>Ayuda a configurar el perfil de la persona drogodependiente, detecta necesidades reales y permite establecer un acercamiento inicial.</p> <p>Se recoge la vivencia de vecinos y comerciantes de la situación y se les facilita la participación y la implicación.</p> <p>Se da a conocer el Servicio a otras entidades y centros públicos y privados para que hagan uso de él.</p>
Contrastar y documentar la información recogida.	<p>La observación continuada en un periodo determinado ayuda a definir la magnitud y etiología del conflicto.</p> <p>El informe diagnóstico es una herramienta que nos sitúa y justifica el tipo de intervención así como las actuaciones necesarias.</p>
Realizar la valoración de forma conjunta y específica.	<p>La decisión de intervenir y la medida adoptada vendrá condicionada por las posibilidades, medios y tipo de conflicto por lo que es necesario contar con todas las partes y determinar si la intervención es puntual o continuada. Se debe tener en cuenta las características del medio geográfico (ubicación, acceso, visibilidad, etc), las cuales probablemente condicionen el tipo de intervención a realizar.</p>

### BUENAS PRÁCTICAS EN LA INTERVENCIÓN DEL CONFLICTO

BBPP	QUÉ IMPLICA
Potenciar la derivación de las personas drogodependientes a los centros de tratamiento y trabajar la adhesión a un tratamiento específico.	Se fomenta el acceso a personas que no lo hacen por sí mismas a la red de recursos asistenciales, tanto generales como específicos de drogodependencias. El medio abierto es un espacio neutral donde poder hablar sin compromisos adquiridos.
Implicar a la comunidad en la mejora de su entorno y sensibilizar a los vecinos y/o comerciantes en relación a la estigmatización de la población drogodependiente.	Se canaliza la voz de los vecinos y comerciantes que no saben dónde dirigir sus quejas y sugerencias. Se fomenta que las personas implicadas participen activamente para buscar soluciones y adoptar acuerdos de forma responsable. Previene la aparición de futuros conflictos.
Trabajar en red.	Desarrolla una construcción conjunta de la comunidad de forma complementaria y con eficiencia. Se ejerce la representación de los derechos y de la atención que la administración pública garantiza a sus ciudadanos. Se evita la duplicación de intervenciones por parte de los profesionales, evitando concertar con los beneficiarios aquellas entrevistas que no sean estrictamente necesarias. Se garantiza la cobertura adecuada de las necesidades individuales en base a la experiencia y especialización de los diferentes recursos. Todas las personas implicadas en la solución del conflicto se convierten en potenciales agentes de cambio social.

### BUENAS PRÁCTICAS EN EL SEGUIMIENTO Y COORDINACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

BBPP	QUÉ IMPLICA
Establecer desde el principio la metodología de seguimiento de la intervención.	Facilita el desarrollo de reuniones, establece mecanismos de control, consensúa formatos y herramientas comunes y establece un método de trabajo constante.
Definición de valores, funciones y roles en el programa.	Explicita unos principios comunes desde los que parte la intervención a todos los niveles. Agiliza la toma de decisiones, da autonomía a las partes implicadas y genera confianza en el equipo.
Mantener información actualizada para las partes implicadas.	Permite dar respuestas inmediatas en situaciones puntuales de crisis con los medios y respaldos necesarios.

**BUENAS PRÁCTICAS EN LA EVALUACIÓN**

<b>BBPP</b>	<b>QUÉ IMPLICA</b>
<b>Planificar la evaluación en tiempo y forma desde el inicio, haciendo uso del marco lógico.</b>	Identifica indicadores para todos los objetivos y acciones a desarrollar, estableciendo estándares de medición y planteando unos resultados esperados realistas y cuantificables.
<b>Realizar una evaluación continua que incluya datos cuantitativos y cualitativos que nos permita una mejora continua.</b>	Solo si la evaluación es continua nos permitirá ir adaptando la intervención a las desviaciones, nuevas necesidades y hechos imprevisibles. La información cuantitativa ayuda a analizar tendencias objetivas, y la cualitativa abarca el fenómeno del conflicto en toda su dimensión subjetiva.
<b>Recoger la percepción de las partes del conflicto con el resultado final de la intervención.</b>	La misión del Servicio es la satisfacción de sus beneficiarios y es por tanto imprescindible medir la satisfacción percibida de los afectados.

### 5.3. Conclusiones

Frecuentemente se señala que las organizaciones sociales hacen bien su trabajo, de una manera eficaz y eficiente, pero que no generan conocimiento ni teoría capaz de mejorar el mismo de otras personas y de otras instituciones.

Este documento es una prueba de que o bien esa acusación es incierta, o bien se está en proceso de rebatirla.

El programa de mediación en el que se basa este manual hace ya tiempo que ha demostrado sus bondades, y el trabajo de elaborar un documento conjunto entre una Administración Pública, en este caso el Ayuntamiento de Madrid, y dos Organizaciones no Gubernamentales, una de carácter local, Asociación Proyecto Hogar, y otra de ámbito estatal, UNAD, demuestra que las entidades sociales no solo son capaces de gestionar y ejecutar programas sino que también son capaces de generar teoría, y lo que es más importante, ponerla al servicio de otras instituciones.

Mediante el presente documento, hemos tratado de compartir una experiencia que, estamos seguros, puede ser útil y transferible en otros municipios y ciudades que presenten problemáticas similares.

Este manual es una prueba de que los programas sociales permiten gestionar y socializar el conocimiento con la intención de mejorar experiencias similares y contribuir a poner en marcha otras allí donde las dificultades han impedido por el momento, convertirlas en realidad.

La experiencia nos está indicando que la inversión de recursos destinados al cuidado del espacio público y a la prevención de conflictos a nivel comunitario incide de forma positiva en la mejora de la convivencia en determinadas zonas.

El documento se considera innovador en cuanto a contenido y a las Buenas Prácticas descritas, ya que es una experiencia pionera en mediación comunitaria específica con personas drogodependientes, vecinos y comerciantes. Su concepción teórico-práctica implica que, con adaptaciones a la realidad de cada municipio o barrio, se pueda implantar en cualquier otro lugar.

Este manual nace del marco de colaboración y evolución conjunta entre el Instituto de Adicciones de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid), quien plantea la elaboración de un Manual de Buenas Prácticas en Mediación Comunitaria, UNAD y Asociación Proyecto Hogar.

El programa ha sido el fruto de una implicación y un entendimiento de tres partes (financiador, gestor y ejecutante) y es un ejemplo de cómo la administración y las entidades de distintos niveles podemos, desde nuestro papel complementario, generar programas innovadores, con resultados muy positivos y además transferir ese conocimiento a través del Manual que se ha elaborado.

Algunos elementos novedosos de este documento son:

- La propuesta de una nueva definición de lo que son Buenas Prácticas con carácter general y en el caso concreto del consumo problemático de drogas.
- La elaboración de una metodología de intervención, detallando todos y cada uno de los pasos a seguir. Este documento pone a disposición de los especialistas e instituciones esta metodología.
- La recopilación de materiales teóricos sobre mediación comunitaria.
- La concepción de la mediación como herramienta útil y eficaz para la resolución de conflictos, no solo en el ámbito del consumo problemático de drogas. En este sentido se han incluido cinco experiencias de mediación con colectivos específicos diferentes al de personas con problemas de consumo de drogas, a fin de enfocarla como herramienta de resolución de conflictos en diferentes ámbitos.
- La exposición de tres casos concretos en los que se puede apreciar la aplicación sobre la realidad de las concepciones teóricas de mediación comunitaria.

Con la intención de que el documento pudiese reflejar la visión, tanto de la institución financiadora como de las entidades gestora y ejecutante, se pusieron en marcha dos grupos de trabajo en el que participaron personas pertenecientes a cada una de las partes constituyentes del Servicio. Se configuró un grupo reducido, de carácter técnico, cuya función principal se enfocó a la investigación, recogida de información y elaboración del documento. Este grupo se reunió de forma quincenal. Paralelamente se creó un grupo plenario, integrado por los miembros del grupo reducido y por responsables de cada una de las partes que componen el Servicio, con objetivos estratégicos, de gestión y evaluación.

Esta experiencia de colaboración ha resultado fructífera para cada una de las partes y para la elaboración de un documento que culmina un proceso de investigación-acción.

# Anexos

## Anexo 1. Casos reales y resultados

El desarrollo del manual se basa en un trabajo de mediación realizado sobre el terreno. Con el fin de clarificar la intervención descrita en el documento, a continuación se exponen tres casos prácticos reales llevados a cabo por el equipo en los que la magnitud del conflicto es variable, y en los que podemos observar la actuación de todos los agentes implicados, tanto los pertenecientes al Servicio como los externos al mismo.

Se mostrará, por tanto, una actuación en situación de crisis, una zona en la que se ha cerrado el seguimiento y una zona que requiere de un seguimiento continuado y presenta gran volumen de trabajo.

### Actuación en crisis - Hotel Caballero Errante. Distrito Tetuán

#### Recepción de la demanda

El día 23 de noviembre de 2005, se informó al equipo de Mediación Comunitaria, desde el Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones, sobre la recepción de una queja vecinal en el distrito de Tetuán, en referencia a una concentración de población drogodependiente junto a las inmediaciones del Hotel Caballero Errante. Al día siguiente, el equipo se reunió con el Departamento de Atención al Ciudadano de la Policía Municipal de Madrid, ya que es este departamento quien había recogido la demanda vecinal.

#### Apertura de expediente de incidencias e inicio de la observación

Se realizó la apertura de expediente con la siguiente información:

- Registro de actuación en crisis.
- Recogida de información acerca de las actuaciones realizadas.
- Actas de reuniones mantenidas con los agentes implicados.
- Informes sobre la situación de la zona.

24 horas después de la recepción de la demanda, el equipo comenzó una observación en la zona. Ésta se prolongó durante un mes, acudiendo tres veces por semana en diferentes franjas horarias.

## Toma de contacto con las diferentes entidades que están realizando una intervención en la zona

Se mantuvieron reuniones con los centros de tratamiento para drogodependientes cercanos a la zona del conflicto (CAD de Tetuán y CAID Norte) y con entidades que realizaban su labor en el distrito.

## Contacto con vecinos y/o comerciantes afectados

El 28 de noviembre de 2005 se realiza una reunión con el Gerente del Hotel Caballero Errante. Desde el hotel se había detectado una concentración poco numerosa de usuarios que mantenían un consumo de alcohol durante su estancia en la plaza, aunque nunca había existido ningún conflicto entre los responsables del hotel y los usuarios concentrados.

Del mismo modo, se mantuvo una reunión con la dirección de un colegio cercano a la zona de actuación. Desde este centro nos comunicaron que no se había detectado ningún conflicto concreto, aunque se mostraron preocupados por el posible tráfico de sustancias en la zona.

## Diagnóstico de la zona y puesta en marcha de medidas de actuación

Tras las observaciones y las reuniones mantenidas con los agentes implicados se elaboró un informe que se remitió al Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones y a UNAD, en el que se recogía la valoración de la situación y las propuestas de intervención por parte del equipo.

A los usuarios concentrados se les pidió respeto con relación a los clientes del hotel, procurando que no realizaran un consumo visible en la zona.

A los responsables del hotel se les explicó cuáles eran los derechos de ambas partes y se les sensibilizó en el ámbito de drogodependencias, fomentando e invitándoles a que establecieran una adecuada convivencia con las personas que se concentraban en la plaza, mediante una comunicación sana y no agresiva.

Los mediadores ofrecieron a los responsables educativos del colegio la posibilidad de llevar a cabo una intervención en el momento en el que se valorara la necesidad.

## Cierre de expediente

En febrero de 2006, el equipo de mediadores, junto con el Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones y UNAD, valoran no continuar con la intervención en la zona, puesto que las concentraciones eran muy reducidas (2-5 personas) y no generaban conflictos. Los usuarios concentrados se encontraban realizando tratamiento en centros de atención al drogodependiente y en seguimiento desde el Programa Sinergia de Asociación Proyecto Hogar, desde el cual se trabaja la reducción de la permanencia de estas personas en la plaza, mediante la generación de alternativas reales en su día a día.

El equipo ofrece a los agentes implicados la posibilidad de intervenir ante futuros conflictos que pudiesen surgir.

## Valoración del equipo

Tras la atención realizada, pudo detectarse que las concentraciones no tenían un carácter conflictivo y que la queja obedecía primordialmente a una cuestión de imagen, principalmente para los clientes del Hotel Caballero Errante. La intervención de los mediadores se orientó a garantizar una buena convivencia entre los usuarios de la plaza y los vecinos y comerciantes de la zona.

Es importante destacar la colaboración, tanto para las coordinaciones como para elaboración de acuerdos, de las partes implicadas en el proceso.



El hecho de que la zona desde la que procedía la queja vecinal estuviera cercana a la sede de Asociación Proyecto Hogar, facilitó la intervención puesto que los usuarios concentrados eran conocidos por los miembros del equipo y se realizaba una intervención con ellos desde otros dispositivos de esta entidad.

### Caso práctico. Zona Puerta del Ángel

#### Recepción de la demanda

El comienzo del Programa de Mediación Comunitaria se produjo en el 2000 debido a un conflicto entre vecinos y personas drogodependientes localizado en la zona de Puerta del Ángel, derivado de la existencia de concentración de población drogodependiente y tráfico de sustancias en la zona.

En febrero de 2005 comenzó la intervención por parte de Asociación Proyecto Hogar, debido a la incorporación de ésta al Convenio entre UNAD y el Instituto de Adicciones.

#### Apertura de expediente de incidencias e inicio de la observación

Tras la recepción de la demanda se inició la recogida inicial de datos mediante la apertura del expediente de incidencias, se planificaron las primeras acciones a llevar a cabo y se reflejó en informes la situación y evolución del conflicto en la zona.

Las observaciones llevadas a cabo quedaron recogidas en registros de actuación.

#### Toma de contacto con las diferentes entidades que están realizando una intervención en la zona

El equipo convocó una reunión con el CCAD de Casa de Campo, con el objetivo de realizar una presentación del Servicio y de sus funciones, conocer la percepción que se tenía desde el centro acerca de las dinámicas de la concentración existente, así como realizar una identificación inicial de los usuarios concentrados.

Por otro lado, se mantuvo una reunión con el Centro de Acogida Puerta Abierta, en la que se intercambió información sobre el trabajo realizado por ambos dispositivos.

A lo largo del proceso de intervención se mantiene coordinación constante con estos dos dispositivos ubicados en la zona.

#### Contacto con vecinos y/o comerciantes afectados

Los mediadores contactaron con el comercio desde el cual se habían canalizado las quejas vecinales. Se realizó una presentación del servicio al propietario del establecimiento, recogiendo las demandas que presentaba con respecto a la situación en la zona, con la intención de mediar en aquellos puntos que pudieran ser abordables por el equipo y canalizar de forma adecuada las demandas cuya competencia pertenece a otros organismos municipales (limpieza, seguridad, etc.).

#### Puesta en marcha de medidas de actuación

Los acuerdos alcanzados entre los diferentes dispositivos que realizaban intervención en la zona se pusieron de manifiesto en esta fase. De esta forma, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Presentaciones a usuarios, tanto en el propio centro de tratamiento específico de drogodependencias como en medio abierto (se realizaron observaciones conjuntas entre los educadores del CCAD de Casa de Campo y los mediadores comunitarios).

- Se mantuvieron coordinaciones periódicas con los educadores del CCAD de Casa de Campo que expusieron las actividades de ocio y tiempo libre o formación que se llevaban a cabo desde el Centro de Día de Cruz Roja. Se realizaron actividades de ocio conjuntas, planificadas y subvencionadas entre ambos equipos.
- Se mantuvo contacto puntual con el comercio de la zona, precursor de la queja, para proporcionar información acerca del proceso de evolución de la situación y recoger cuáles eran las mejoras detectadas desde éstos.

Gracias al trabajo conjunto realizado, algunas de las personas concentradas en la zona se incorporaron a actividades diarias realizadas desde el Centro de Día. Del mismo modo, algunos usuarios fueron derivados a recursos residenciales de tratamiento de drogodependencias de la red pública. Todo ello, contribuyó a una notable reducción, tanto de las personas concentradas, como de la frecuencia de permanencia de éstas en la zona.

### Cierre de expediente

El equipo de Mediación Comunitaria mantuvo la intervención hasta enero de 2006, tras valorar, junto con el CCAD de Casa de Campo, UNAD y el Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones, la suspensión de la intervención continuada en la zona, puesto que el nivel de conflicto existente en ese momento no presentaba la necesidad.

### Valoración del equipo

La zona presentaba un alto nivel de conflicto y protesta vecinal prolongado en el tiempo, la cercanía de diferentes dispositivos (CCAD, Centro de Día y Centro de Acogida Puerta Abierta) entre sí facilitó el trabajo en red, que se tradujo en una mejora en cuanto al seguimiento de los casos comunes.

Por otro lado, la relación que el equipo de mediadores mantuvo con el centro de tratamiento y los educadores del Centro de Día posibilitó la realización de actividades conjuntas, las cuales propiciaron que un número mayor de usuarios se incorporaran a actividades de ocio y tiempo libre de forma continuada, disminuyendo de esta forma el nivel de alarma vecinal localizado.

## Caso práctico Bulevar de Vallecas. Distrito Puente de Vallecas

### Recepción de la demanda

En febrero de 2005, la directora CAD de Vallecas tomó contacto con el equipo de Mediación Comunitaria para poder abordar la problemática que se localizaba en un bulevar cercano a este centro, en el que se detectaba una alta concentración de personas que presentaban consumo y tráfico de sustancias.

### Apertura de expediente de incidencias e inicio de observación en la zona

Tras valorar la necesidad de comienzo de intervención, se procedió a recoger cuáles habían sido los antecedentes del conflicto en la zona, así como la percepción existente desde el CAD de Vallecas acerca de la magnitud y el estado del mismo.

Al mismo tiempo, se comenzó una observación continuada de la situación, localizando concentraciones de personas drogodependientes con consumo y tráfico de sustancias. Éstas no solían tener un nivel de conflicto alto, ya que se producían de forma tranquila.

### Toma de contacto con las diferentes entidades que están realizando una intervención en la zona

Se establecieron coordinaciones periódicas entre el equipo de mediadores y el CAD de Vallecas.

Así mismo, el equipo consideró apropiado realizar una presentación del Servicio a diferentes entidades de la zona, tanto en el ámbito de las drogodependencias como en otros, para establecer protocolos de coordinación en los casos en los que fuese necesario.

El Servicio comenzó a formar parte de la Comisión de Mediación del distrito, que agrupa a diferentes profesionales de la mediación y cuyo objetivo es la detección e intervención ante conflictos comunitarios de la zona.

### Contacto con vecinos y/o comerciantes afectados

El contacto con el tejido vecinal se ha canalizado a través del CAD de Vallecas, ya que era éste quien recibía directamente las demandas vecinales que llegaban a la Junta Municipal de Distrito. Los mediadores han elaborado en dos ocasiones informes que han sido remitidos a vecinos y/o comerciantes como respuesta a las demandas efectuadas.

### Puesta en marcha de medidas de actuación

Las medidas de actuación a llevar a cabo en la zona son consensuadas entre los mediadores comunitarios, el Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones, UNAD y CAD de Vallecas. Entre estas medidas se encuentran:

- Presencia en la sala de espera del CAD de Vallecas durante los horarios de dispensación.
- Presentación a usuarios a través de profesionales del CAD de Vallecas.
- Presentación del equipo en medio abierto a los usuarios concentrados en la zona de actuación. Inicio de seguimiento con aquellos usuarios cuyo proceso así lo requiera.
- Entrevistas individualizadas en el CAD de Vallecas.
- Coordinaciones periódicas con los diferentes centros de tratamiento específicos de drogodependencias en los que los usuarios realizan tratamiento, así como con otras entidades que llevan a cabo su intervención en la zona.
- Realización de actividades de ocio y tiempo libre, promoviendo la participación de los usuarios localizados.
- Coordinaciones mensuales con la Comisión de Mediación de Vallecas.

### Cierre de expediente

En la actualidad, se continúa la intervención en la zona, manteniendo una atención permanente a nivel preventivo ante conflictos que pudiesen surgir.

Las medidas de actuación propuestas inicialmente continúan llevándose a cabo en la actualidad.

## Valoración del equipo

El equipo valora que la intervención llevada a cabo en la zona se orienta en la dirección adecuada para el alcance de los objetivos propuestos en el programa. En cada período de ejecución se han superado los resultados esperados con respecto a la toma de contacto con población drogodependiente. La planificación de actividades de ocio y tiempo libre realizadas en medio abierto ha supuesto un elemento facilitador en la presentación a usuarios.

Las dinámicas que mantiene la concentración de personas drogodependientes difieren de las de otras zonas de intervención ya que, mayoritariamente, los usuarios concentrados se conocen entre ellos y se relacionan de forma saludable con vecinos de la zona. Por este motivo, una de las técnicas de contacto que mejor ha funcionado ha sido el "boca a boca". La acogida que el equipo de mediadores ha tenido en la zona ha sido muy buena a lo largo de todo el proceso.

Por otra parte, es destacable la estrecha coordinación mantenida con el CAD de Vallecas, pudiendo llevar a cabo atención individualizada y actividades de ocio y tiempo libre en el propio centro de tratamiento, tanto con usuarios que se encuentran en tratamiento en cualquier centro de tratamiento especializado para drogodependientes como con usuarios que aún no han iniciado el mismo.

El número de usuarios concentrados en la zona que realizaban tratamiento en el CAD de Vallecas se ha reducido notablemente a lo largo del proceso de intervención del equipo.

TABLA DE EVOLUCIÓN DE DATOS

Población Drogodependiente						Vecinos y Comerciantes Nuevos contactos		
Nuevos contactos			Seguimientos acumulados					
2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
						2 agrupaciones del tejido vecinal	5 agrupaciones del tejido vecinal	12 agrupaciones del tejido vecinal
140	108	114	52	71	93	1 comunidad de vecinos	4 comunidades de vecinos	11 comunidades de vecinos
							38 comercios de las zonas de intervención	18 comercios de las zonas de intervención

## EL DESARROLLO TÉCNICO EN CIFRAS

## AÑO 2005

Áreas de Intervención	Contactos	Seguimientos	Derivaciones	Resolución de demandas	Acompañamientos	Asesoría jurídica	Apoyo a gestiones	Búsqueda de ocio
Moratalaz	26	6	2	5	1	0	2	4
Tirso de Molina - Fúcar	28	7	1	3	4	1	3	1
Pta. Ángel - Casa Campo	29	5	2	4	1	1	2	1
Vallecas	57	34	21	34	13	6	10	7
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>52</b>	<b>26</b>	<b>46</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>13</b>

## AÑO 2006

Áreas de Intervención	Contactos	Seguimientos	Derivaciones	Acompañamientos	Búsqueda de ocio	Asesoría jurídica	Apoyo a gestiones	Otros
Moratalaz	26	11	0	2	2	4	2	1
Tirso de Molina - Fúcar	16	7	2	1	1	3	3	3
Tetuán	28	12	1	6	3	2	3	0
Vallecas	35	41	14	9	17	10	15	8
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>71</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>23</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>12</b>

## AÑO 2007

Áreas de Intervención	Contactos	Seguimientos	Derivaciones	Acompañamientos	Búsqueda de ocio/empleo	Asesoría jurídica	Apoyo a gestiones
Vallecas	54	52	9	19	17	10	15
Tirso de Molina - Fúcar	22	15	2	5	1	3	4
Tetuán	17	15	0	7	3	2	3
Luna	2	0	1	0	0	0	0
Embajadores	3	1	1	2	0	0	1
Lavapiés	14	4	0	1	0	0	1
Otras	2	6	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>93</b>	<b>13</b>	<b>34</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>24</b>

## Anexo 2. Glosario de términos

**AA.VV.:** Asociaciones de vecinos.

**AGENCIA ANTIDROGA:** Organismo dependiente de la Consejería de Sanidad que ejecuta acciones englobadas en la política en materia de drogodependencias en la Comunidad de Madrid, e incorpora competencias relativas a la organización y funcionamiento de los recursos.

**AMPAS:** Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos.

**APH:** Asociación Proyecto Hogar.

**CAD:** Centro Atención al Drogodependiente. Instituto de Adicciones. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid

**CAF:** Centro Municipal de Apoyo a las Familias.

**CAID:** Centro Atención Integral al Drogodependiente. Agencia Antidroga. Salud Madrid. Comunidad de Madrid.

**CCAD:** Centro Concertado de Atención a Drogodependientes. Instituto de Adicciones. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

**COS:** Centro de Orientación Sociolaboral. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid.

**C.S.S.:** Centro de Servicios Sociales.

**CTD:** Centro de Tratamiento de Drogodependencias. Cruz Roja Española. En la actualidad denominados CCAD.

**EQUAL:** Es la Iniciativa Comunitaria de Recursos Humanos promovida por el Fondo Social Europeo, forma parte de una estrategia integrada para el empleo.

**ETMF:** Equipo de Trabajo con Menores y Familias.

**ETS:** Enfermedades de Transmisión Sexual.

**FEAPS:** Movimiento Asociativo a favor de las personas con discapacidad intelectual.

**FEMP:** Federación Española de Municipios y Provincias.

**INSTITUTO DE ADICCIONES DE MADRID SALUD:** Gestiona y desarrolla las políticas municipales en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, en la ciudad de Madrid, a través de una red de recursos propios y conveniados.

**ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual.

**MADRID SALUD:** Madrid Salud es un organismo autónomo del Ayuntamiento de Madrid, que tiene por finalidad la gestión de las políticas municipales en materias de Salud Pública, Drogodependencias y otros trastornos adictivos, dentro del término municipal de Madrid.

**MESAS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA:** Espacios de intercambio de reunión e información entre vecinos, agentes sociales y diferentes recursos públicos que conviven en un distrito.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**PLD:** Programa Libre de Drogas.

**PNC:** Pensión No Contributiva.

**PR:** Profesional de Referencia del tratamiento en drogodependencias.

**PSO:** Programa de Sustitutivos Opiáceos.

**RMI:** Renta Mínima de Inserción.

**SALUD MADRID:** Es el organismo que dirige y ejecuta la política del Gobierno de la Comunidad de Madrid en materia de sanidad, ejerciendo la función de autoridad sanitaria. Sus funciones incorporan las propiamente asistenciales, el apoyo científico y técnico a los servicios asistenciales, la formación de los profesionales sanitarios, y el tratamiento sanitario de las drogodependencias.

**SAMUR SOCIAL:** Servicio del Ayuntamiento de Madrid (Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía), gestionado por Grupo 5, que atiende a las personas que presentan una situación de emergencia social y/o situación de calle dentro del Municipio de Madrid.

**SOL:** Servicio de Orientación Laboral. Instituto de Adicciones. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

**SS.SS.:** Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.

**UDH:** Unidad de Desintoxicación Hospitalaria.

**UDA:** Unidad de Desintoxicación de Alcohol. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

**UNAD:** Unión de Asociaciones y Entidades de Ayuda al Drogodependiente.



## Anexo 3. Bibliografía de consulta

### Publicaciones por autores

ALONSO CUERVO, Isabel; BIENCINTO LÓPEZ, Natalia; GÓMEZ TORRALBO, Rosa; GONZÁLEZ GONZÁLEZ, Ángeles; SOLIVA BERNARDO, Miriam.

*Protocolo para la identificación de Buenas Prácticas Transferibles para la Igualdad de Género en el Empleo. Metodología y Herramientas.*

Grupo Temático Nacional de Igualdad de Oportunidades. Estructura de Apoyo Equal - Eje 4. Unidad Administradora del Fondo Social Europeo, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

CAÑIZARES MÁRQUEZ, Fidel A.; REAL GIL, Ana Isabel y VILLAR ARÉVALO, Lourdes.

*Drogodependencias y Adicciones: Curso básico de información y formación.*

Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. Junta de Andalucía. Sevilla. 2006

FERRERO FIGUEROA, J; MESÍAS PÉREZ, B; VARAS SOLER, P y VEGA ASTUDILLO, P.

*Dispositivos de reducción del daño*

Instituto de Adicciones de Madrid Salud

Madrid. 2008

FOLBERG, Jay y TAYLOR, Alison

*Mediación. Resolución de Conflictos sin Litigio.*

Limusa Noriega Editores. 1992

FUERTES ZURITA, Jesús. y SÁNCHEZ ESPINOSA, Encarna María

*La buena práctica en la protección social a la infancia. Principios y criterios.*

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Madrid. 1997

GIMÉNEZ ROMERO, Carlos

*Modelos de mediación y su aplicación en mediación intercultural.*

Revista Migraciones nº 10.

Universidad Pontificia de Comillas. 2001

GRAÑA GÓMEZ, José Luis; MUÑOZ GARCÍA, Juan Jesús; NAVAS COLLADO, Encarnación.

*Características psicopatológicas, motivacionales y de personalidad en drogodependientes en tratamiento de la Comunidad de Madrid.*

Madrid. Agencia Antidroga. 2007.

HAYNES, John M.

*Fundamentos de la Mediación Familiar. Cómo afrontar la separación de pareja de forma pacífica... para seguir disfrutando de la vida.*

Gaia Ediciones. 1993

HERNÁNDEZ AJA, Agustín

*Informe sobre la Evolución de las Buenas Prácticas Españolas y su Relación con el Cumplimiento del Programa Hábitat.*

Madrid. 2001

MAROTO SÁEZ, Ángel Luis

*Manual de Buena Práctica para la atención a drogodependientes en los Centros de Emergencia.*

Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España. Madrid. 2005

RAMÓN CERCAS, Elena.

*II Catálogo de Buenas Prácticas en Drogodependencias.*  
Federación Española de Municipios y Provincias FEMP. 2006

Publicaciones por entidades e Instituciones  
*Plan Estratégico 2006-2009.*  
AGENCIA ANTIDROGA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES. JUNTA DE ANDALUCÍA  
*II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2002-2007*  
Sevilla. 2001

CRUZ ROJA ESPAÑOLA  
*La Guía de Buenas Prácticas por el empleo para colectivos vulnerables.*  
Madrid. 2002

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS  
*Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008.*  
Secretaría Técnica. Ministerio de Interior. 1999

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS  
*Boletín Bibliográfico nº 17 de marzo 2004 y nº 32 de diciembre de 2007.*  
Centro de documentación e información.  
Ministerio de Sanidad y Consumo.

FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MUNICIPIOS Y PROVINCIAS. FEMP  
*Manual para la elaboración de Planes Municipales sobre Drogas.*  
Madrid. 2001

MADRID SALUD  
*Informe Anual 2006.*  
Ayuntamiento de Madrid

MADRID SALUD  
*Informe Anual 2007.*  
Ayuntamiento de Madrid

OBSERVATORIO INTERNACIONAL DE LA DEMOCRACIA PARTICIPATIVA  
*Buenas Prácticas en participación ciudadana en el ámbito del gobierno local.*  
Diputación de Barcelona  
O.A. Flor de Maig  
Barcelona. 2006

RED DE CALIDAD FEAPS  
*Buenas Prácticas FEAPS. Qué son y cómo se valoran.*  
Calidad FEAPS. 2003

UNAD  
*Documento marco de UNAD de Incorporación social y laboral de las personas con problemas de drogas.*  
Madrid. 2005

## Webs

Web Agencia Antidroga  
[www.madrid.org](http://www.madrid.org)

Web Asociación Proyecto Hogar  
[www.proyctohogar.org](http://www.proyctohogar.org)

Web Cruz Roja Española  
*Buenas Prácticas para favorecer la inclusión social.*  
[www.practicasinclusion.org](http://www.practicasinclusion.org)

Web FEAPS  
[www.feaps.org](http://www.feaps.org)

Web FEMP  
[www.femp.es](http://www.femp.es)

Web Instituto de Adicciones  
[www.madridsalud.es/adicciones/adicciones.htm](http://www.madridsalud.es/adicciones/adicciones.htm)

Web PNSD  
[www.pnsd.msc.es](http://www.pnsd.msc.es)

Web UNAD  
[www.unad.org](http://www.unad.org)

## Legislación

Ley 7/2006 de 24 de octubre, sobre potestades administrativas en materia de determinadas actividades de ocio en los espacios abiertos en los municipios de Andalucía.

## Anexo 4. Herramientas metodológicas

(Ver fichas adjuntas)



