



Protocolo de
Coordinación y
Atención a la

**PATOLOGÍA
DUAL**

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia

© JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Dependencia

Edita: Servicio Extremeño de Salud
Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud

Autores:

Coordinación y redacción:

Leopoldo Elvira Peña. Psiquiatra. Jefe de Sección de Salud Mental.
Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios.
Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud.
Servicio Extremeño de Salud.

Javier Berrocoso López. Psicólogo. Secretaría Técnica de Drogodependencias.
Dirección General de Atención Sociosanitaria
y Salud. Servicio Extremeño de Salud.

José Antonio Santos Cansado. Psicólogo. Secretaría Técnica de
Drogodependencias. Dirección General de Atención Sociosanitaria
y Salud. Servicio Extremeño de Salud.

Expertos del Grupo de Trabajo:

Juan Antonio Guisado Macías. Psiquiatra.
Unidad de Hospitalización Breve. HIC Badajoz.

Juan Félix Perianes Lozano. Psiquiatra. Equipo de Salud Mental.
Área de Don Benito-Villanueva.

Juan Carlos Rivera Aullol. Médico. Unidad de Alcoholismo Hospitalaria. Plasencia.

Pedro Donaire Rodríguez. Psicólogo. CEDEX. Mérida.

Urbano Vázquez Fernández. Médico. Director C.T. "La Garrovilla". Mérida.

Quintín Montero Correa. Pedagogo. Coordinador del Programa Regional de
Intervención con Drogodependientes Privados de Libertad.

Todas las personas que aparecen en el anexo de Colaboradores/Consultores

Portada: Leopoldo Elvira Peña.

ISBN-13: 978-84-96958-01-2

Depósito Legal: BA-595-2007

Imprime: Artes Gráficas Rejas

ÍNDICE TEMÁTICO

■ Prólogo.....	7
■ 1. Justificación.....	9
■ 2. Objetivos.....	11
■ 3. Coordinación.....	12
■ 4. Procedimientos y criterios de actuación.....	13
■ 5. Circuito asistencial e interconsulta.....	20
■ 6. Recursos implicados.....	27
■ 7. Formularios de Interconsulta y Derivación.....	34
■ 8. Registro.....	36
■ 9. Formación.....	39
■ 10. Evaluación del protocolo.....	40
■ 11. Bibliografía.....	42
■ Anexos.....	43
Escala de Evaluación de la Actividad global.....	45
Ejemplos Clínicos.....	47
Decreto Salud Mental de Extremadura.....	50
Ley de Drogodependencias de Extremadura.....	60
■ Directorio.....	83
Dispositivos de Salud Mental.....	83
Dispositivos de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas.....	90
■ Colaboradores / Consultorías.....	97

Ha habido una histórica división entre los recursos para el tratamiento de la enfermedad mental y de las drogodependencias. Esto no sólo ha implicado diferentes protocolos de atención, sino también diferentes criterios de admisión de los pacientes en cada parte del sistema. El resultado de esta separación “burocrática” entre los recursos de atención a la salud mental y a las drogodependencias, ha conllevado irremediablemente diferentes formas de abordar el problema, y como consecuencia, a inequidades dentro del sistema, en especial, cuando se ha dado la confluencia de una enfermedad mental y de drogodependencia.

Perseguimos como una quimera que el ciudadano enfermo sea el centro del sistema, y los resultados históricos nos han mostrado, que en ocasiones como ésta, los recursos apenas han conseguido girar en círculos alrededor de la persona, siendo incapaz de ofrecer soluciones uniformes desde todos sus dispositivos. En la sociedad de la información, de la innovación tecnológica y de la coordinación intersectorial, nos siguen “quedando asignaturas pendientes”; en especial, las que más complejidad conllevan, que además suelen ser las que mayor carga de sufrimiento pueden albergar tanto para el paciente como para la familia.

Tras el crecimiento estructural de las redes de atención a las Drogodependencias y de la Salud Mental en Extremadura, y tras la organización y normalización de las mismas dentro del sistema sanitario público, se hace cada vez más necesaria, la definición de procesos de atención específicos que permitan abordar con los recursos existentes, los problemas compartidos por las diferentes partes de la red general de atención.

La confluencia del origen genético y del entorno, demuestran la complejidad del abordaje en la patología dual. ¿Es conveniente abordar la enfermedad mental y el consumo de sustancias por separado o al unísono?, ¿Cuál primero?, es decir; ¿Debe ser tratada primero la esquizofrenia de un paciente antes que su problema de consumo abusivo de alcohol?, ¿Antes el abuso de estupefacientes que el trastorno bipolar?... y en todo caso: ¿Quiénes y cuándo deben abordar estos problemas: los recursos específicos para tratar la enfermedad mental o los destinados a tratar la dependencia de sustancias?

Sólo la priorización y el abordaje decidido pueden ofrecer soluciones adecuadas a problemas complejos. Este protocolo es la confluencia de la mejor experiencia revisada y consensuada por expertos de ambas redes en Extremadura; la unión de la evidencia científica disponible y la política regional en la organización de recursos asistenciales.

Podrían existir diferentes modelos para abordar el problema: podríamos optar por recursos específicos al margen de las redes de atención a la salud mental y de la de drogodependencias, pero estamos convencidos que no ofrecerían soluciones equitativas en una región tan dispersa como la nuestra. Se ha optado así por un protocolo común de atención, compartido por los profesionales y recursos de ambas disciplinas, que al fin y al cabo, son partes de la misma red.

Se cumple con esto uno de los primeros propósitos de los Planes de Salud Mental y de Conductas Adictivas y Drogodependencias recientemente aprobados en nuestra Comunidad Autónoma: un protocolo de actuación específico para coordinar y mejorar la atención a la Patología Dual.

Apostar por protocolos no es despersonalizar la atención: es definir una política asistencial común y asegurar que todos los profesionales puedan barajar los mismos criterios y procedimientos. Se trata de apuntar en la dirección correcta, para que los diferentes profesionales puedan definir los mejores objetivos concretos e individualizados de tratamiento.

Este nuevo punto de partida es sin duda más complejo que los previos, pues requiere de la complicidad de todos los agentes. Pero es también más deseable.

Nuestro más sincero agradecimiento a todos los que han liderado y creído en esta idea, y a todos lo que les han seguido. Mucha suerte. Otros, intentaremos seguir haciendo lo posible, por quitar las piedras que surjan en el camino.

Emilio Herrera Molina

I. JUSTIFICACIÓN

Patología dual. La existencia de una alta comorbilidad entre los trastornos mentales (TM) y los relacionados con el uso de sustancias (TRS) es una realidad asistencial creciente y de complejo abordaje clínico. La enfermedad mental severa se asocia con un riesgo muy elevado de padecer adicciones y la prevalencia de trastornos mentales entre los drogodependientes es muy alta. Esta comorbilidad, llamada “patología dual” (PD) no está libre de controversias conceptuales. Optamos por un modelo ateorico de patología dual que implica la coexistencia de un trastorno mental grave (trastorno psiquiátrico persistente que provoca discapacidad psicosocial –TMG–) junto a un trastorno por uso de sustancias (abuso o dependencia de drogas). Este modelo asume la concurrencia y la interrelación entre ambos trastornos de factores biológicos, psicológicos y sociales de vulnerabilidad y riesgo; así como de síntomas y curso clínico. Considera de forma prioritaria la necesidad de intervenciones terapéuticas integradas. La coexistencia y retroalimentación de ambos componentes va a formar parte de la realidad clínica, que requerirá un abordaje a largo plazo.

Algunos hechos parecen sustentados por la evidencia científica:

1. La concurrencia de TM y TRS es frecuente.
2. El diagnóstico de PD está asociado a un peor pronóstico (recaídas, hospitalización, violencia, encarcelación, mendicidad, complicaciones médicas, mortalidad).
3. La existencia de PD en TMG o TRS incrementa tanto la utilización de servicios como su coste, sea cual sea el diagnóstico primario.
4. Los servicios paralelos se muestran poco efectivos e ineficientes en el abordaje de la PD. Son frecuentes las dificultades de accesibilidad, poca adherencia, mensajes contrarios, o criterios restrictivos de inclusión.
5. La atención a través de servicios o programas integrados parece superior a la provisión realizada por redes paralelas. Existen elementos identificables comunes en los modelos de intervención que favorecen el pronóstico y aumentan su eficacia.

Situación de partida. En Extremadura existe una red de atención a los problemas de salud mental y otra paralela de atención a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, redes con escasos puntos de contacto e insuficiente coordinación funcional. Estas circunstancias provocan dificultades de atención, especialmente en la continuidad de cuidados, a esta población de pacientes de enorme complejidad asistencial. En nuestra Comunidad Autónoma existen profesionales que llevan a cabo experiencias aisladas de coordinación que ofrecen

resultados alentadores, percibiendo claras mejoras asistenciales y un aumento de la satisfacción de usuarios y profesionales. Creemos imprescindible buscar cauces reglados y generalizables de coordinación.

El Servicio Extremeño de Salud además de los recursos específicos de salud mental y drogodependencias, cuenta con una red de dispositivos de Atención Primaria de Salud que atiende a personas con patología dual que, por su nivel de complejidad asistencial, no requieren una intervención más específica. La coordinación de dispositivos y niveles se produce aisladamente, y depende más de la motivación y entendimiento de los profesionales que de un marco definido y estable.

Coordinación. Es preciso implementar medidas que permitan un acercamiento de ambas redes de recursos, establecer mecanismos de coordinación, protocolizar la actuación conjunta y potenciar la formación continuada de los profesionales. Además, estas actuaciones tendrán en cuenta los distintos niveles asistenciales (atención primaria – especializada), los distintos dispositivos de ambas redes y una adecuada coordinación intersectorial. Se conseguirá mejorar la atención a las demandas y necesidades de la población, de forma integral y coordinada, aprovechando los recursos de forma más eficaz y persiguiendo una mejora de la calidad de los cuidados.

Las intervenciones terapéuticas en patología dual se producen en diversos niveles asistenciales, requieren una red coordinada de dispositivos especializados con equipos profesionales multidisciplinares y la frecuente implicación de organismos sociosanitarios e instancias no sanitarias. Se está produciendo un incremento de la demanda, no solo cuantitativo, sino debido a la emergencia de nuevos perfiles asistenciales en un contexto de complejidad técnica, escasez de recursos y dispersión geográfica.

Este protocolo pretende ser una herramienta y marco de referencia para los profesionales, la administración sanitaria y los usuarios. Será el punto de partida que nos ayude a abordar de forma operativa este complejo problema de salud, que de seguro tendrá futuras revisiones y adaptaciones a la emergente prevalencia y a la reorganización de los recursos.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Coordinar las actuaciones de las redes de salud mental y drogodependencias de manera que se mejore la atención a los pacientes con patología dual y su calidad de vida, minimizando las consecuencias de la enfermedad. El protocolo prioriza la atención a pacientes con un perfil asistencial de alta complejidad.

Objetivos del protocolo

- Mejorar el conocimiento y coordinación entre ambas redes para lograr una asistencia integral e integrada de los pacientes con patología dual.
- Llegar a acuerdos operativos sobre definiciones funcionales y sobre catalogación en función de perfiles clínicos y niveles de complejidad, establecer criterios de derivación e interconsulta, protocolizar y homogeneizar las prácticas disminuyendo la variabilidad.
- Mejorar la formación de los profesionales de ambas redes.
- Lograr la implicación de todos los agentes en tareas clínicas, organizativas, formativas y de investigación.
- Mejorar la detección y evaluación de los casos.
- Mejorar la implicación y adherencia terapéutica.
- Abordar de forma más efectiva y eficiente los problemas asistenciales de salud mental y drogodependencias de los pacientes con patología dual, diseñando estrategias en los ámbitos preventivo, terapéutico y rehabilitador.
- Procurar la protección y defensa de los derechos del paciente.
- Dar apoyo y asistencia a las familias.
- Mejorar la satisfacción de usuarios y profesionales.
- Establecer criterios de evaluación de la implantación, desarrollo y resultados del protocolo con el objetivo de monitorizar su efectividad y eficiencia.
- Proponer procedimientos que permitan un adecuado conocimiento y valoración de las necesidades de esta población y la mejora de las prestaciones asistenciales.

3. COORDINACIÓN

Salud Mental	Drogodependencias
Nivel planificador regional	
Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud	
Subdirección de Salud Mental y RRSS	Secretaría Técnica de Drogodependencias
Nivel de Área de Salud	
Gerencia de Área	
Comisión de Salud Mental (Subcomisión de Gestión de Casos)	
Nivel de Dispositivos	
Coordinador o Responsable	Coordinador o Responsable
Nivel de Caso	
Terapeuta / Profesional de contacto	Terapeuta / Profesional de contacto

Figura 1.- Niveles de coordinación del protocolo de PD, responsables de cada red, y espacios comunes de coordinación

Se establecen cuatro niveles de coordinación:

- **Nivel de planificación y coordinación regional.** Coordinación del SES en Servicios Centrales. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud (Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios y Secretaría Técnica de Drogodependencias). Su misión es planificar, coordinar e impulsar las actuaciones a llevar a cabo en esta materia.
- **Coordinación por áreas de salud.** Gerencias de Área y Comisión de Salud Mental de Área. Tendrá como misión evaluar el cumplimiento del protocolo entre los distintos recursos de su área, así como formular propuestas de mejora y adaptaciones del mismo a su entorno. Las Subcomisiones de Gestión de Casos pueden incluir pacientes de patología dual y convocar a los profesionales implicados en su atención.
- **Coordinación por dispositivos.** Coordinación interna y entre los distintos dispositivos implicados en la atención a los pacientes con patología dual. En función de la complejidad asistencial, los profesionales implicados en la atención a determinado paciente pueden ser convocados en la Subcomisión de Gestión de Casos.
- **Coordinación técnica.** Eminentemente clínica, tendrá como misión facilitar las derivaciones, interconsultas y seguimiento conjunto de casos.

4. PROCEDIMIENTOS Y CRITERIOS DE ACTUACIÓN

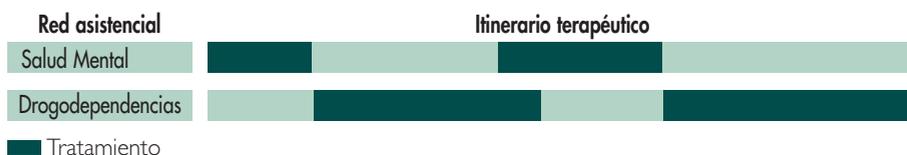
A. MODELOS TERAPÉUTICOS

En el intento de dar una respuesta asistencial a los trastornos duales se han desarrollado diferentes programas terapéuticos. Pueden considerarse tres modelos terapéuticos básicos: el tratamiento secuencial, el tratamiento en paralelo y el tratamiento integrado.

Tratamiento secuencial

El modelo históricamente utilizado con más frecuencia. En este modelo el paciente es tratado primero en un sistema o red de tratamiento (Salud Mental o Drogodependencias) y posteriormente en el otro. El orden de los tratamientos puede depender de variables tan dispares como la propia preferencia del clínico, la magnitud de los trastornos manifestados por el sujeto, la primacía en el tiempo de cada uno de los trastornos, la causalidad, etc. No era infrecuente que se antepusiera una estabilización del caso por parte de una de las dos redes antes de iniciar un tratamiento en la segunda.

El tratamiento secuencial consigue al menos la implicación de las dos redes; es, por tanto, doble, pero no se trata de un tratamiento simultáneo ni integrado.



Tratamiento en paralelo

En este modelo, el proceso terapéutico puede incluir al paciente a la vez en programas o recursos de tratamiento de Salud Mental y de Drogodependencias. Se utilizan recursos terapéuticos existentes en ambas redes pero el grado de coordinación entre ambos tratamientos es variable y, muchas veces, insuficiente. Se trata de un tratamiento doble y más simultáneo en el tiempo pero que no cuenta con una coordinación garantizada.



Tratamiento integrado

Supone el diseño y la aplicación de un único tratamiento para la doble patología. Este modelo combina elementos y recursos terapéuticos, tanto de la red de Salud Mental como de la de Drogodependencias, en un sólo programa de tratamiento unificado. Idealmente se aplicaría desde un único equipo terapéutico especializado en este tipo de trastornos y con aptitudes y competencia suficientes, tanto en el campo de la Salud Mental como en el de la Drogodependencia, para abordar integralmente estos casos.



Tratamiento en paralelo coordinado

En los últimos años se ha hecho hincapié en que el tratamiento de los trastornos duales en dispositivos en paralelo no era efectivo. La mayor parte de los autores y profesionales se muestran partidarios de tratamientos integrados, por lo que no existen dudas de que este es el abordaje más adecuado de la patología dual, pero en la realidad asistencial suelen coexistir dos redes de tratamiento, diferenciadas en su organización (Salud Mental y Drogodependencias), que en la mayoría de las ocasiones funcionan por separado, sin coordinación ni criterios consensuados de intervención.

Por tanto, a pesar de que el abordaje de primera elección para un caso de patología dual debiera ser el integrado, teniendo en cuenta un enfoque más pragmático y de optimización de los recursos, se considera deseable un modelo de intervención en paralelo pero que contemple una óptima coordinación y una eficaz conexión entre las dos redes asistenciales ya existentes a través de programas o protocolos integrados.



B. CRITERIOS GENERALES

Como norma general, los pacientes serán asistidos en Salud Mental y/o en Drogodependencias, o derivados de una red a otra, en función de la tipología del trastorno y de los criterios de atención descritos en el circuito terapéutico.

En el abordaje de los problemas derivados de la patología dual, es deseable tener en cuenta los siguientes criterios generales:

- 1.- La comorbilidad debe ser esperada y no es una excepción sino un elemento habitual en la clínica de ambos trastornos. Los programas estarán preparados para detectarla y abordarla precoz y adecuadamente.
- 2.- Ambos trastornos deben ser considerados primarios cuando coexisten. Cada uno de ellos requiere valoración, diagnóstico y tratamiento específico e intensivo. La consideración de que uno de los dos trastornos es secundario, aún cuando ello sea evidente, no deberá llevar a minimizarlo o ignorarlo en ningún caso, y se establecerá una respuesta adecuada a su severidad del mismo modo que si fuera primario.
- 3.- La valoración para ambos trastornos comenzará tan pronto como sea posible, sin la incorporación de innecesarios periodos de espera o abstinencia, y sin exigir la estabilización psiquiátrica.
- 4.- Los criterios de inclusión no deben estar diseñados para impedir a los pacientes recibir servicios, sino para promover la adecuada captación de la población diana en el proceso de tratamiento, con la finalidad de que se mantengan dentro de dicho tratamiento, con independencia del nivel de motivación o de la combinación de trastornos comórbidos que presenten.
- 5.- Las adicciones y los trastornos mentales severos son crónicos y recidivantes, y serán abordados desde una perspectiva longitudinal en la que se dé el máximo valor a las relaciones continuadas con el equipo terapéutico, independientemente de la participación en programas específicos.
- 6.- Con frecuencia, los familiares de los pacientes con problemas de patología dual padecen una importante sobrecarga y sufrimiento personal, cuadros ansioso-depresivos, trastornos adaptativos, conflictos relacionales, codependencia u otras formas de psicopatología. Es necesario evaluar atentamente estas circunstancias y prestar orientación, apoyo y asistencia cuando sea necesario y en el nivel asistencial adecuado. En la mayoría de las ocasiones serán suficientes intervenciones desde atención primaria, con el apoyo y supervisión que se consideren oportunos.
- 7.- Los casos que reciban tratamiento en ambas redes serán objeto de un plan terapéutico general, reevaluado periódicamente, elaborado de forma conjunta por los terapeutas de ambas redes, en sesiones clínicas o mediante interconsultas escritas o telefónicas. Para estos pacientes se designará en cada una de las redes (CEDEX y ESM), un terapeuta de referencia que

coordinará las distintas intervenciones terapéuticas y un profesional de contacto que asegure la continuación en el tratamiento del paciente y que facilite la conexión y la coordinación eficaz entre ambas redes.

- 8.- La comunicación entre los profesionales de las dos redes que comparten el seguimiento de los pacientes debe ser fluida y constante con independencia de los espacios y mecanismos formales de coordinación. Se procurará que la tarea de integración de la información procedente de ambas redes no recaiga sobre el paciente.
- 9.- Los responsables de la implementación, el seguimiento y la evaluación de este protocolo serán los coordinadores de salud mental de cada área y los coordinadores de los CEDEX. En el ámbito de los Servicios Centrales del SES, habrá un responsable en la Subdirección de Salud Mental y otro en la Secretaría Técnica de Drogodependencias.

C. TIPOLOGÍAS DE TRASTORNOS Y CRITERIOS DE ATENCIÓN

El protocolo de atención a la patología dual se fundamenta en la delimitación de una población diana específica. Esta población se definirá en función de perfiles clínicos y niveles de complejidad, como estrategia para catalogar grupos de pacientes con similares necesidades asistenciales. De esta manera se podrá determinar el circuito de derivación de los pacientes por ambas redes, de forma ordenada, coherente y racional.

- 1.- La definición de *perfiles y niveles de complejidad* es un primer paso en la planificación de la atención a los problemas de la intervención en patología dual, planificación que procurará ordenar la asistencia y optimizar los recursos.
- 2.- En el contexto del Plan Integral de Salud Mental y del Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas se evaluarán las necesidades y se diseñarán estrategias de actuación que impliquen tanto a estructuras como a procesos asistenciales, con el objetivo final de mejorar la calidad de la atención.
- 3.- Un objetivo operativo del protocolo es la definición de grandes grupos de pacientes según sus características psicopatológicas y necesidades asistenciales, de manera que puedan establecerse vías clínicas o subprocesos definidos (evaluación, abordaje terapéutico, derivación) y comprensibles, que permitan una atención continuada y global, en función de perfiles de complejidad asistencial.

Tipologías

A la hora de aplicar una categorización que nos permita delimitar grupos de pacientes hemos optado por basarnos en el *modelo dimensional de Ries*, modificándolo para nuestros propósitos. No implica consideraciones teóricas acerca de cuál de los trastornos es primario / secundario, aunque esto pueda ser útil para establecer un plan terapéutico.

Establecemos un doble eje, el de la severidad de la enfermedad mental y el de la severidad de la drogodependencia. De esta manera, como aparece en la figura 2, se obtienen cuatro categorías.

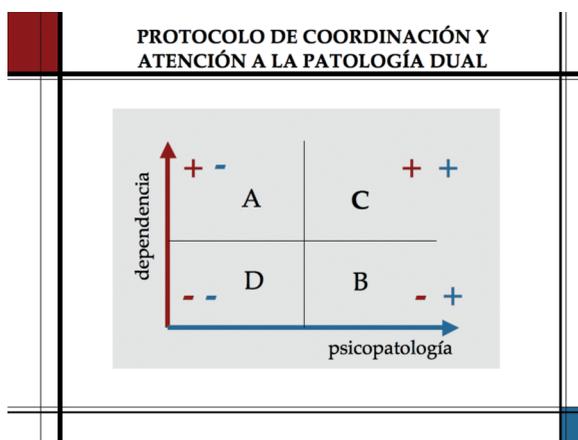


Figura 2.- Categorías según perfiles asistenciales.

Pretendemos establecer un modelo dimensional que facilite la inclusión por categorías de los pacientes, basándose en definiciones operativas de:

- “Trastorno mental de alto nivel de complejidad”
- “Adicción de difícil manejo”

Esta nomenclatura intenta delimitar de forma consensuada y operativa a grupos de pacientes con similares necesidades de atención basadas en su perfil clínico y nivel de complejidad asistencial, lo que nos ayudará a establecer las vías de derivación y procedimientos de coordinación.

Trastorno mental de alto nivel de complejidad

- 1.- Cualquier trastorno mental (según criterios DSM-IV-TR o CIE-10) que presente una actividad global funcional evaluada por la EEAG ≤ 50

Adicción de difícil manejo:

- 1.- Dependencia a opiáceos (CIE-10 o DSM-IV-TR)
- 2.- Cualquier dependencia o abuso de sustancias (CIE-10 o DSM-IV-TR) que presente una actividad global funcional evaluada por la EEAG ≤ 60

Se conforman los siguientes perfiles asistenciales por niveles de complejidad:

Grupo A: *Adicción de difícil manejo junto a trastorno mental leve*

Implica fundamentalmente abuso o dependencia de drogas de difícil abordaje en las que se producen cuadros de enfermedad mental comórbida; las necesidades asistenciales predominantes son las relacionadas con los problemas derivados del consumo de sustancias.

Grupo B: *Trastorno mental de alto nivel de complejidad junto a adicción no complicada.*

Se refiere fundamentalmente a pacientes catalogados como Trastornos Mentales que presentan síntomas graves (como ideación suicida, rituales obsesivos graves, síntomas psicóticos, etc.) que consumen sustancias, sin que este consumo pueda catalogarse como de difícil manejo.

Grupo C: *Trastorno mental de alto nivel de complejidad junto a adicción de difícil manejo.*

Supone el ámbito más específico de las intervenciones integrales o coordinadas. Requiere el uso sinérgico y coordinado de ambas redes para su tratamiento. Población prioritaria de atención en este documento.

Grupo D: *Abuso de sustancias no complicado junto a trastorno mental leve.*

Pacientes en régimen ambulatorio que presentan un perfil clínico mixto leve, donde predominan síntomas ansioso depresivos junto a abuso de sustancias no complicado.

Esta categorización nos permite situar la atención de estos grupos de pacientes en los dispositivos más adecuados al perfil de necesidades.

Cualquiera de los dispositivos, independientemente de su nivel, procurarán ofrecer una atención integral al paciente que presenta problemas derivados tanto de una enfermedad mental como de un consumo abusivo de sustancias, utilizando las estructuras de coordinación que le sean propias (por ejemplo, aquellas que permiten la interconsulta entre los Equipos de Atención Primaria y los Equipos de Salud Mental).

Independientemente de la tipología del paciente, cuando se crea necesario, los profesionales de cualquier nivel asistencial podrán ponerse en contacto para solicitar consejo o apoyo en la evaluación de los pacientes o en el desarrollo de planes terapéuticos.

Para el grupo C se establecerá un método de Gestión Compartida de Casos y herramientas de Interconsulta y Coordinación. Esta asignación de casos define a su vez el flujo de pacientes en el circuito asistencial.

La asignación de casos se realizaría como sigue (figura 3):

Categoría clínico asistencial	Dispositivo de referencia
Grupo A	CEDEX - red drogodependencias
Grupo B	Equipo Salud Mental - red salud mental ¹
Grupo C	Interconsulta CEDEX ↔ ESM (ambas redes)
Grupo D	Equipo Atención Primaria

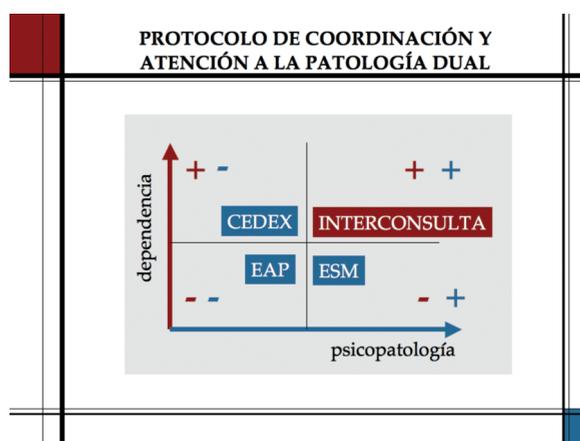


Figura 3.- Dispositivos de referencia en función de categorías asistenciales

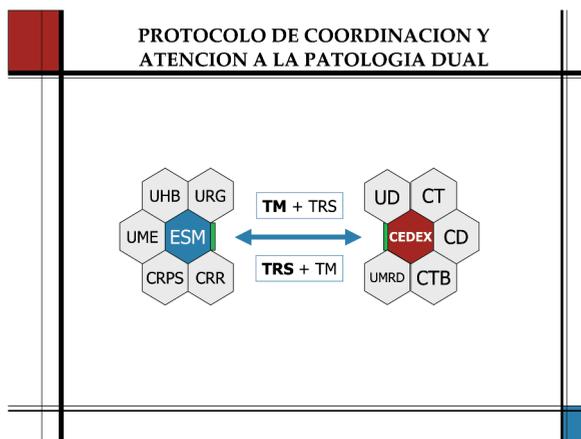
¹ Con la posibilidad de interconsulta en CEDEX para técnicas o programas específicos de la red de drogodependencias (ej: seguimiento de control analítico de consumo, seguimiento de cumplimiento alternativo judicial por consumo en vía pública, etc.).

5. CIRCUITO ASISTENCIAL E INTERCONSULTA

Planteamiento general. El tratamiento integral en redes paralelas coordinadas de los pacientes con patología dual a través de un protocolo de actuación común requiere un notable esfuerzo de coordinación de las redes de salud mental y drogodependencias. Para ello es necesario que ambas redes, tradicionalmente de funcionamiento independiente en nuestra Comunidad Autónoma, se conozcan, compartan conocimientos, consensúen actuaciones y establezcan espacios intermedios y procedimientos de coordinación. Ambas redes comparten algunos elementos conceptuales y funcionales comunes que ofrecen la oportunidad de facilitar la coordinación:

- Uso del modelo biopsicosocial de atención
- Atención basada en la integración en la comunidad
- Equipos multidisciplinares
- Figura de terapeuta de referencia
- Diversidad de dispositivos funcionales coordinados en red
- Alianzas con movimientos asociativos
- Coordinación intersectorial

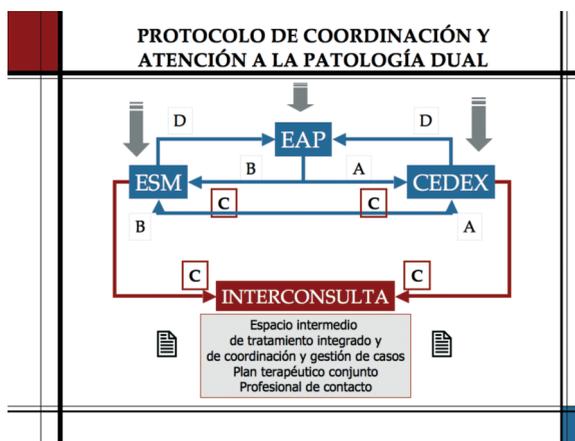
Puertas de entrada. Las redes de salud mental y drogodependencias definen puertas de entrada que ordenan la asistencia y facilitan los procedimientos de coordinación. En el caso de la red de salud mental, el ESM es el dispositivo que funciona como puerta de entrada al sistema sanitario y sobre el que pivota la gestión de casos. En circunstancias urgentes, los servicios de urgencias pueden ser el lugar de contacto con la red de salud mental y vía de ingreso en las Unidades de Hospitalización Breve. Pueden ser necesarias intervenciones urgentes especializadas en los servicios de urgencias hospitalarios, que atenderán pacientes derivados desde



cualquier punto de ambas redes. La puerta de entrada al sistema en el caso de la red de drogodependencias lo constituye el CEDEX.

Circulación de pacientes. Los pacientes pueden ser detectados o captados tanto en los Equipos de Atención Primaria, como en las redes de salud mental y drogodependencias. Asumimos que serán los dispositivos que funcionan como puertas de entrada los que realizarán las derivaciones y coordinarán la interconsulta (EAP, ESM, CEDEX). Desde estos dispositivos se gestionan los casos, se definen planes terapéuticos y de seguimiento y se realizan las derivaciones que se consideren oportunas, utilizando siempre el *documento de derivación / interconsulta* debidamente cumplimentado (ver anexo).

- Las derivaciones de los pacientes de **grupo A** (*Adicción de difícil manejo junto a trastorno mental leve*) se realizan desde ESM o EAP a CEDEX.
- Las del **grupo B** (*Trastorno mental de alto nivel de complejidad junto a adicción no complicada*) desde los CEDEX o EAP a los ESM².
- Los pacientes del **grupo C** (*Trastorno Mental de alto nivel de complejidad junto a adicción de difícil manejo*) requieren un espacio de actuación – coordinación intermedio basado en la gestión compartida e interconsulta.
- Los del **grupo D** (*Abuso de sustancias no complicado junto a trastorno mental leve*) desde los CEDEX o ESM a los EAP.



2 Con la posibilidad de interconsulta en CEDEX para técnicas o programas específicas de la red de drogodependencias (ej: seguimiento de control analítico de consumo, seguimiento de cumplimiento alternativo judicial por consumo en vía pública, etc.).

En el Anexo se describen diversos ejemplos de cada uno de los grupos.

Gestión compartida de casos, interconsulta y coordinación. La detección de pacientes del grupo C puede realizarse en los EAP o en cualquiera de los dispositivos de ambas redes. El profesional de contacto se localizará en CEDEX y ESM, según un principio de corresponsabilidad e integración de las actuaciones.

Si es detectado en el EAP éste decidirá, en función de las necesidades más prioritarias del paciente, su derivación a la red de salud mental o a la de drogodependencia.

En el caso de que el paciente sea detectado por cualquiera de ambas redes, a través de CEDEX o ESM se cumplimentará el protocolo de registro e interconsulta. Tras la *detección*, se determina el *terapeuta o terapeutas de referencia* y el *profesional de contacto* dentro del equipo, que, una vez asignado, *registra* el caso y realiza la solicitud de *interconsulta*. Tras la recepción de interconsulta, el equipo receptor determinará así mismo un terapeuta de referencia y un profesional de contacto y cumplimentará el registro (registro que será común e integrado en la medida que lo permita el desarrollo del sistema informático sanitario JARA). En cada caso se valorará si el paciente puede beneficiarse de alguna de las actuaciones recogidas en el Programa de Trastornos Mentales Graves, evitando solapamientos en el registro o en el diseño del plan terapéutico general.

Por lo tanto, algunos **elementos básicos** son:

- 1.- Detección del caso y evaluación de nivel de complejidad.
- 2.- Asignación de terapeuta o terapeutas de referencia (médico, psiquiatra, psicólogo) y del profesional de contacto (trabajador social o enfermería) en ambas redes.
- 3.- Registro de datos básicos comunes.
- 4.- Establecimiento de procedimientos de interconsulta, contacto y coordinación asistencial entre CEDEX y ESM.
- 5.- Determinación consensuada de las líneas básicas de un plan terapéutico general (PTG) reevaluable (terapeutas de referencia de ambas redes).
- 6.- Determinación y desarrollo de plan terapéutico individualizado (elaborado por los terapeutas de cada uno de los dispositivos en los que el paciente esté recibiendo atención) de forma coherente y coordinada con el PTG.

Actuaciones	Responsables
Detección y evaluación inicial	Equipo multidisciplinar
Asignación de terapeuta/s y profesional de contacto	Coordinador del dispositivo
Registro	Trabajador social / Enfermería
Elaboración de Plan Terapéutico General	Terapeuta/s ESM + CEDEX
Cumplimentación documento de interconsulta	Terapeuta/s ESM / CEDEX
Gestión de interconsulta	Trabajador social / Enfermería
Contacto y coordinación entre redes	Trabajador social / Enfermería
Desarrollo de Plan Terapéutico Individualizado	Terapeuta/s de cada dispositivo

Es recomendable que en la comunicación entre redes se utilicen vías formales (fax, correo electrónico, correo ordinario) que no responsabilicen al paciente de la transmisión de la información. El paciente ha de ser convenientemente informado de los procesos de coordinación y transmisión de información por parte de ambas redes. Es conveniente informar por escrito de estos procedimientos.

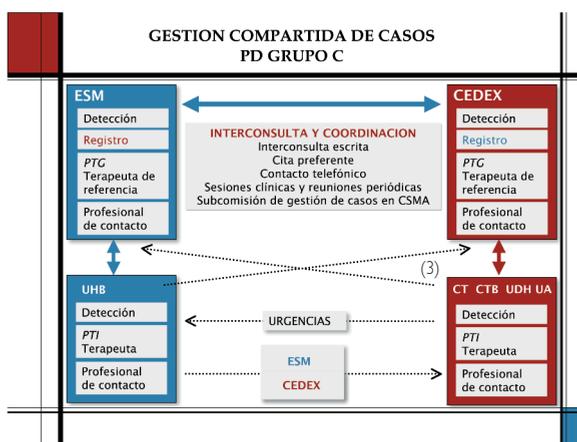
El modelo de *gestión compartida e interconsulta* y el *circuito terapéutico básico* se resume en las siguientes definiciones y esquemas:

- **Profesional de contacto en ESM y CEDEX:** Responsable del seguimiento a lo largo del tiempo del usuario y de la coordinación entre las redes de Salud Mental, Drogodependencias y otros recursos comunitarios, con el objetivo de favorecer el abordaje integral del paciente, agilizar las intervenciones de los profesionales de ambas redes, facilitar la accesibilidad a los recursos y fomentar la adherencia a los tratamientos. Se encuentra situado en los dispositivos ambulatorios, ESM y CEDEX, siendo los profesionales de Enfermería o Trabajo Social los más adecuados para desarrollar esta labor. Será también el encargado de mantener actualizado el registro de conjunto de datos básicos personalizado de cada usuario adscrito al programa de Patología Dual.
- **Profesional de contacto en otros centros y dispositivos** (en Drogodependencias: CT, UA y CTB; en Salud Mental: UME, CRR, CRPS, etc.): Responsable de la coordinación con otros recursos mientras el paciente se encuentra en el centro o dispositivo. Mantendrá informados de la evolución del caso a los profesionales de contacto de los dispositivos ambulatorios (ESM y CEDEX).
- **Terapeuta/as de referencia en ESM y CEDEX:** Son los profesionales que mantienen una relación asistencial clínica con el usuario y diseñan el Plan

Terapéutico General. Puede ser psiquiatra, médico o psicólogo tanto de la red de SM como de Drogodependencias. Estos profesionales son los que en coordinación-interconsultas o en subcomisiones de casos, tomarán las decisiones sobre pacientes que tuvieran dificultades para continuar en los circuitos normalizados. Siempre tendrán conocimiento de todo ello los profesionales de contacto de esos usuarios en los dispositivos ambulatorios (ESM y CEDEX), y, si fuera preciso, se contará con la opinión del profesional de contacto en los otros centros y dispositivos.

- **Plan Terapéutico General:** diseño integral del abordaje terapéutico de cada paciente en función de la evaluación de sus necesidades, incluyendo las intervenciones y recursos más adecuados en cada momento. Será imprescindible la reevaluación y ajuste continuos del mismo según la evolución del paciente.

	Denominación	Funciones
ESM y CEDEX	Profesional de contacto en ESM y CEDEX	Coordinación redes y recursos Seguimiento y Registro
	Terapeuta/as de referencia en ESM y CEDEX	Plan terapéutico general (PTG)
Otros centros y dispositivos	Profesional de contacto en otros centros y dispositivos	Coordinación redes y recursos externos Información a CEDEX - ESM
	Terapeuta/as en otros centros o dispositivos	Plan terapéutico individual (PTI)



(3) La primera cita para ESM de un paciente ingresado en CT / CTB puede ser solicitada desde la propia CT / CTB, informando de la solicitud al CEDEX de referencia

GESTIÓN COMPARTIDA DE CASOS PD GRUPO C

Para proveer una atención integral es necesario:

1. Establecer vínculos y enlaces entre ambas redes: definiciones, vías clínicas y de derivación consensuadas, coordinación e interconsulta, profesionales de contacto, etc.
2. Formación y supervisión de ambas redes.
3. Refuerzo de dotaciones en función de necesidades asistenciales.
4. Identificación de profesionales de referencia que lideren la implantación de protocolos.

El abordaje conjunto de los problemas de salud mental y adicción del grupo C se basa en el modelo de gestión Compartida de Casos y en la Interconsulta entre ambas redes.

Gestión Compartida de Casos	Coordinación e Interconsulta
<p>La detección de un caso del Grupo C implica que en ambas redes (CEDEX y ESM) existirá un profesional de contacto, un terapeuta de referencia y un registro del caso. Se establecerán distintos métodos de coordinación e interconsulta entre ambas redes.</p>	<p>Se establecerán sistemas de coordinación e interconsulta ágiles y flexibles.</p>
<p>El Plan Terapéutico General debe ser elaborado de forma coordinada por los terapeutas de referencia de ambas redes. Será reevaluado con la frecuencia que sea necesaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto telefónico para discusión del caso, intercambio de información, toma de decisiones... • Respuesta escrita a la interconsulta con orientaciones clínicas. • Citación preferente de pacientes. • Reuniones periódicas ESM-CEDEX (+ otros dispositivos). • Sesiones clínicas ESM-CEDEX (+ otros dispositivos). • Subcomisión de Gestión de Casos derivadas de las Comisiones de Salud Mental.
<p>Cada dispositivo elabora y desarrolla un Plan Terapéutico Individualizado en función de las necesidades del paciente y las prestaciones del recurso.</p>	<p>Algunos elementos de la GCC y la IC se incluirán como indicadores en la evaluación del protocolo y en los contratos de gestión clínica.</p>
<p>La circulación del paciente por ambas redes debe ser coordinada desde el eje CEDEX-ESM y reflejada en el registro del paciente.</p>	

La interconsulta permite establecer objetivos comunes en el plan terapéutico del paciente, es el primer punto de contacto entre las redes e implica una capacidad de respuesta rápida que garantice continuidad de cuidados. Se decidirá si el caso es susceptible de beneficiarse de otros recursos de la red o si es necesario una derivación a los servicios de urgencias hospitalarias para valoración de ingreso. Estas derivaciones deben consensuarse y ser congruentes con los perfiles asistenciales y criterios de ingreso de los distintos dispositivos. La interconsulta debe poner en marcha las herramientas de coordinación que se crean más oportunas en función de las necesidades de cada área.

Las **herramientas de coordinación** que deben ser utilizadas son:

- Respuesta escrita a la interconsulta con orientaciones clínicas
- Contacto telefónico para discusión del caso (consensuar horarios)
- Cita preferente en el dispositivo que recibe la interconsulta (estableciéndose una demora de respuesta máxima de 15 días)
- Reuniones periódicas de coordinación y gestión de casos (estableciéndose un número mínimo de reuniones de 1 cada trimestre)
- Sesiones clínicas comunes periódicas
- Participación en las Comisiones de Salud Mental de Área y en las Subcomisiones de Gestión de Casos que dependen de estas.

6. RECURSOS IMPLICADOS

RED DE SALUD MENTAL

Principios generales de la red de salud mental

- Promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción social que garantice una intervención integral y coherente.
- Potenciación de los recursos cercanos a la población y participación de la familia y del entorno.
- Promoción de la continuidad de cuidados, coordinación de actuaciones entre dispositivos de diversos ámbitos y máxima integración funcional de los dispositivos en el marco del área de salud.

Los dispositivos de la red directamente implicados en la atención al **grupo C** de patología dual serán los *Equipos de Salud Mental, las Unidades de Hospitalización Breve y las Unidades de Media Estancia*.

No obstante, en el resto de los dispositivos se atiende habitualmente a pacientes con trastornos mentales que sufren problemas de consumo de drogas, cuya drogodependencia no se encuadra en la categoría que hemos definido como “de difícil manejo”. Un paciente que inicialmente se ha considerado de Grupo C y cuya evolución permita reubicarlo como Grupo B (dependencia “no complicada” en un trastorno mental grave) será susceptible de beneficiarse del conjunto de recursos de la red de salud mental. En todo caso, el Plan Terapéutico General debe tener en cuenta las características individuales de cada paciente y las características asistenciales de cada dispositivo, procurando ajustarse a las necesidades del paciente.

Equipos de Salud Mental

Los Equipos de Salud Mental son servicios especializados, de orientación comunitaria y composición multidisciplinar, que actúan como Unidad de Apoyo a la Atención Primaria.

Atienden a personas con trastornos mentales que por su complejidad, duración o intensidad desborda la capacidad de atención de los Equipos de Atención Primaria y requieran atención en un dispositivo especializado de manera ambulatoria.

Sus funciones principales son:

- a. Apoyo y asesoramiento a los Equipos de Atención Primaria.
- b. Diagnóstico y evaluación, así como el tratamiento y seguimiento a través de intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras.

- c. Derivación de pacientes al resto de los dispositivos de la red de salud mental y la potenciación de la continuidad de cuidados, mediante el seguimiento de determinados pacientes a lo largo del proceso asistencial.
- d. Realización de interconsultas hospitalarias y funciones de psiquiatría de enlace, en aquellos centros que carezcan de Unidades de Hospitalización Breve o no se preste este servicio.
- e. Participación en la realización de guardias psiquiátricas en el Hospital de referencia.
- f. Apoyo a las Urgencias y a la Intervención en crisis.
- g. Formación, investigación y docencia.
- h. Detección e intervenciones sobre grupos de riesgo, así como labores de prevención y promoción de la salud mental.
- i. Coordinación, asesoramiento y colaboración con otras unidades asistenciales, sociales, educativas, judiciales, etc.

El acceso se realizará, prioritariamente, a través de los Equipos de Atención Primaria, si bien podrán acceder pacientes desde otros servicios especializados. Excepcionalmente y de manera protocolizada, podrán acceder pacientes desde otros dispositivos ajenos al sistema sanitario. Contarán con psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajador social y apoyo administrativo. La dotación y organización de los mismos se realizará en función de las características y necesidades del Área.

Unidades de Hospitalización Breve

Las Unidades de Hospitalización Breve son dispositivos destinados al ingreso, tratamiento y cuidado temporal de pacientes con psicopatología aguda con el objeto de conseguir una reducción de la sintomatología.

El ingreso generalmente se realiza por imposibilidad de abordaje de la patología de manera ambulatoria y siempre que se prevea un beneficio potencial del ingreso.

Sus funciones serán las siguientes:

- a. Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes hospitalizados.
- b. Atención de la interconsulta generada por el resto de los servicios hospitalarios así como de la psiquiatría de enlace.
- c. Atención a la urgencia que no pueda ser atendida en los Equipos de Salud Mental.

- d. Coordinación con el resto de los dispositivos de salud mental del área o áreas de influencia.
- e. Formación, docencia e investigación.

A las Unidades de Hospitalización Breve se accede a través del Servicio de Urgencias del Hospital donde se ubica la Unidad. Al alta los pacientes podrán ser derivados al Equipo de Salud Mental o la Unidad de Media Estancia de referencia. Las Unidades de Hospitalización Breve estarán ubicadas e integradas en el Hospital, adaptando su estructura, recursos y funcionamiento a las características de su especialización.

Unidades de Media Estancia

Las Unidades de Media Estancia son dispositivos hospitalarios diseñados para dar atención a pacientes cuya situación psicopatológica persiste después del tratamiento habitual implantado en los Equipos de Salud Mental y las Unidades de Hospitalización Breve, y para proporcionar terapéuticas rehabilitadoras de las funciones que se hayan podido ver afectadas.

Atienden pacientes con las siguientes características:

1. Pacientes cuya sintomatología psiquiátrica activa no remite en el tiempo medio de internamiento en la Unidad de Hospitalización Breve.
2. Pacientes que presentan desadaptación social o familiar que requiere una intervención terapéutica específica complementada con programas de rehabilitación.
3. Pacientes con factores de riesgo de recaída por falta de conciencia y/o conocimiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento u otros factores clínicos que aumenten la probabilidad de recaída.

Sus funciones son las siguientes:

- Tratar resistencias psicopatológicas, intensificando y completando acciones terapéuticas ya iniciadas en otros dispositivos asistenciales.
- Evitar la cronificación y el riesgo de institucionalización.
- Proporcionar la adquisición de habilidades que mejoren la autonomía del paciente.

A las Unidades de Media Estancia se accede a través de las Unidades de Hospitalización Breve o bien de las Comisiones de Salud Mental del Área donde se ubique la Unidad. Al alta podrá ser derivado al Equipo de Salud Mental.

Sus características físicas son semejantes a las de las Unidades de Hospitalización Breve.

Para la descripción del resto de los dispositivos de la red de salud mental y de los que podrían beneficiarse los pacientes con problemas de Patología Dual nos remitimos al **Decreto de Salud Mental** de la Junta de Extremadura que figura en el Anexo.

RED DE DROGODEPENDENCIAS

Principios generales de la red de drogodependencias y otras conductas adictivas

La red asistencial de drogodependencias de la Comunidad Autónoma Extremadura facilita la atención a las personas que presentan problemas de drogodependencias u otras conductas adictivas, prestando asistencia para la desintoxicación, la deshabitación y la integración social. También facilita orientación y apoyo psicoterapéutico a los familiares de los usuarios de la red, así como orientación y asesoramiento a otras instituciones y recursos. Los programas de intervención se basan en un modelo bio-psico-social que pretende garantizar el tratamiento en el medio comunitario más próximo al individuo, posibilitar la elección entre los distintos tipos de tratamientos posibles y garantizar la asistencia integral ante los problemas adictivos. La red cuenta con recursos públicos (centros ambulatorios, comunidad terapéutica, camas de desintoxicación hospitalaria, unidad de alcoholismo hospitalaria) y con varios centros convenidos o subvencionados que dependen de diferentes ONG (centros ambulatorios de atención a todas las drogas, asociaciones de atención específica a alcohol, comunidades terapéuticas, centros de tratamiento breve en internamiento, unidades móviles de reducción del daño, centros de día y centros de atención al juego patológico).

Unidades Móviles de Reducción del Daño

Su objetivo es el de hacer accesible el programa de reducción del daño a usuarios de drogas (heroína y heroína-cocaína) que no han decidido abandonar el consumo, prestándoles atención sanitaria al objeto de reducir tanto la incidencia de otras enfermedades asociadas al consumo (SIDA, hepatitis), como el propio consumo de sustancias, la problemática sociofamiliar, la marginalidad y la incidencia de actividades delictivas. Por otro lado, se pretende acercar a estos usuarios a los circuitos de tratamiento normalizados, tanto a aquellos que deseen efectuar un cambio en su estilo de vida, como a los muy cronificados, para quienes la reducción del daño sea el único programa al que puedan adherirse. Las UMRD prescriben y dispensan metadona, así como kit antisida (jeringuillas, preservativos, etc.), y fomentan la educación para la salud.

Centros Ambulatorios de Atención a Drogodependencias (CEDEX)

Son centros de régimen ambulatorio destinados a la desintoxicación, deshabituación e integración social de las personas con trastornos por consumo de drogas. Prestan también orientación y apoyo a los familiares de los usuarios, así como a otros recursos e instituciones. Disponen de un equipo terapéutico integrado por profesionales de la medicina, la psicología, la enfermería y el trabajo social. Estos centros facilitan al usuario una oferta amplia de programas, desde los de reducción del daño hasta los programas libres de drogas, pasando por los de orientación y asesoramiento, tratamiento psicoterapéutico individual y grupal, tratamiento farmacológico, prevención de enfermedades asociadas a la drogodependencia, cumplimientos judiciales alternativos, inserción social, educación para la salud, etc.

Puntos de Atención a Drogodependencias (PAD)

Adscritos a algunos Centros Ambulatorios de Atención a Drogodependencias se encuentran los Puntos de Atención a Drogodependencias, ubicados en aquellos Centros de Salud de una determinada zona básica de salud cuyo CEDEX de referencia se encuentre muy alejado, con la consiguiente dificultad de acceso para la población de esa zona con problemas de drogodependencias. Los PAD no disponen necesariamente de un equipo terapéutico completo, por lo que la atención prestada en los mismos (información y orientación a los usuarios y sus familias, dispensación de medicación, seguimiento del programa de reducción de riesgo, recogida de muestras de orina, seguimiento del programa de incorporación sociolaboral...) puede variar de un PAD a otro.

Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados

Las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados, subvencionadas por el SES para prestar atención ambulatoria a personas con problemas de alcohol y a sus familiares, son recursos de acceso directo que aplican básicamente programas en formato grupal. Los profesionales que desarrollan su labor en ellas son psicólogos, trabajadores sociales y médicos. En determinadas asociaciones no cuentan con profesional sanitario por lo que se apoyan en el CEDEX de referencia y en otros recursos de la red.

Asociaciones de Jugadores de Azar en Rehabilitación

El Juego Patológico, aunque no definido como adicción en las categorías diagnósticas internacionales, presenta una evolución, un pronóstico y un esquema de tratamiento muy semejante a los de las adicciones con sustancias. Las Asociaciones de Jugadores de Azar en Rehabilitación, convenidas con el SES para

prestar atención ambulatoria a personas con ludopatía, son recursos de acceso directo que aplican básicamente programas en formato grupal. Están atendidas por psicólogos, trabajadores sociales y, en determinados casos, por monitores.

Centros de Día (CD)

En ellos se realizan actividades para favorecer la incorporación social o sociolaboral de las personas con trastornos por consumo de drogas que se encuentran en algún programa de tratamiento. Pretenden mejorar la calidad de vida del usuario y de sus familias, así como servir de impulso para la integración del usuario en circuitos sociales normalizados. Los equipos de estos centros están formados por psicólogos, trabajadores sociales y monitores. Están gestionados por diversas ONG o por alguna Administración Pública.

Centros de Tratamiento Breve (CTB)

Los Centros de Tratamiento Breve son recursos de régimen interno de apoyo a la desintoxicación y comienzo de la deshabituación. Son centros sociosanitarios, convenidos con el SES, para ofrecer un tratamiento integral que abarque la intervención en las áreas de salud física y psicológica, socio-educativa y de inicio a la incorporación social, a través de un programa individualizado en coordinación con el CEDEX de referencia y con los demás recursos de la red. El período de internamiento es breve, máximo de dos meses. Acogen a pacientes derivados de los centros ambulatorios de atención a drogodependencias, se encuentran gestionados por diversas ONG, y en ellos desarrollan su labor psicólogos, trabajadores sociales, educadores y monitores, tanto profesionales como voluntarios.

Pisos de Inserción

Son unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas, destinadas a drogodependientes en riesgo de exclusión social que han logrado la estabilización en su proceso terapéutico, colaborando de este modo a su integración y normalización social y a su incorporación laboral. El tiempo de estancia máxima es de seis meses y acogen a usuarios derivados de CT. Ofrecen programas de orientación psicosocial, habilidades sociales y de la vida diaria, búsqueda de empleo, formación laboral y académica y prevención de recaídas, a través, fundamentalmente, de profesionales de la educación social y ocasionalmente voluntarios. Se encuentran gestionados por una ONG.

Comunidades Terapéuticas (CT)

Las Comunidades Terapéuticas son centros en régimen de internamiento para la atención integral a las drogodependencias. Ofrecen una atención

planificada y profesionalizada a las personas con trastornos por consumo de drogas y a sus familias a través de un programa individualizado y temporalizado en coordinación con el resto de recursos de la red de drogodependencias, orientado a la mejora de la salud, así como a la instauración de un nuevo estilo de vida en un entorno social normalizado, o a otros objetivos personales del usuario en relación con los programas establecidos. Acogen pacientes derivados desde otros centros de tratamiento y en algunas de ellas existe un módulo específico para la desintoxicación. Se apoyan en el CEDEX de referencia y en otros recursos de la red y sus equipos están formados por psicólogos, trabajadores sociales y monitores. Extremadura dispone de una CT pública, seis convenidas gestionadas por diversas ONG y otra dependiente en su totalidad de una ONG.

Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)

Se conciben como dispositivos asistenciales sanitarios para estancias breves, de diez a treinta días, específicos para la desintoxicación de sustancias tóxicas generadoras de dependencia, para lo que cuentan con equipos de profesionales especializados. Cubren la fase de desintoxicación en régimen de internamiento de aquellos pacientes que son derivados desde los Centros Ambulatorios de Atención a Drogodependencias.

Unidad de Alcoholismo Hospitalaria (UAH)

La Unidad de Alcoholismo Hospitalaria es un dispositivo asistencial sanitario, en régimen de internamiento, único en la Comunidad Autónoma de Extremadura, dotado de catorce camas, ubicado en el Complejo Sanitario Provincial de Plasencia y vinculado con la red de drogodependencias. Atiende a pacientes alcohólicos que cumplen criterios de ingreso, realiza la desintoxicación e inicia la deshabitación de su dependencia mediante un programa multidisciplinar biopsicosocial que integra el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico individual, grupal (informativas y discusión) y ocupacional (laborterapia). Los ingresos son programados (lista de espera) y remitidos desde los Centros Ambulatorios de Atención a Drogodependencias (ofrece cobertura regional), siendo derivados, tras el alta hospitalaria, al CEDEX de referencia para continuar el programa de rehabilitación. La estancia media es de treinta días. El equipo terapéutico está formado por un médico, un psicólogo, una trabajadora social, un monitor ocupacional y un cuadro de auxiliares de clínica y de enfermeros para cubrir la asistencia completa durante el ingreso. La sustancia fundamental causante de problemas debe ser el alcohol, aunque se admiten pacientes con otras dependencias concomitantes (alcohol-heroina en PMM, alcohol-cocaína, alcohol-benzodiacepinas, etc.).

7. FORMULARIO DE INTERCONSULTA / DERIVACIÓN

El Protocolo de Interconsulta / Derivación será el instrumento de comunicación habitual entre las redes de Salud Mental y de Drogodependencias, tal como se refleja en el esquema del circuito terapéutico. Aunque lo ideal sería utilizar los documentos normalizados de los dispositivos sanitarios, la situación actual de no integralidad de ambas redes obliga por el momento a diseñar un documento específico que permita intercambiar información entre dispositivos de Drogodependencias y de Salud Mental, tanto para la interconsulta como para la derivación, con los formatos que se especifican (sujetos a modificaciones formales).

SOLICITUD DE INTERCONSULTA/DERIVACIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL	
INTERCONSULTA <input type="checkbox"/>	DERIVACIÓN <input type="checkbox"/>
FECHA DE SOLICITUD:	
DISPOSITIVO DE ORIGEN:	
TERAPEUTA DE REFERENCIA:	
PROFESIONAL DE CONTACTO:	
DISPOSITIVO AL QUE SE SOLICITA LA INTERCONSULTA:	
DISPOSITIVO AL QUE SE REALIZA LA DERIVACIÓN:	
PRIORIDAD: NORMAL <input type="checkbox"/>	PREFERENTE <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y APELLIDOS:	
DOMICILIO:	
LOCALIDAD:	TELÉFONO:
N.º HISTORIA:	N.º AFILIACIÓN S.S.:
FECHA NACIMIENTO:	SEXO:
MOTIVO DE INTERCONSULTA/DERIVACIÓN (especificar tipología):	
ANTECEDENTES FAMILIARES: (aspectos relevantes relacionados con TM o consumo de sustancias)	
ANTECEDENTES PERSONALES: (reflejar tratamientos anteriores)	
SITUACIÓN ACTUAL:	
EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:	
JUICIO CLÍNICO: (psicopatología y consumo de sustancias, diagnóstico multiaxial CIE-10 o DSM-IV)	
TRATAMIENTO ACTUAL Y OBJETIVO TERAPÉUTICO:	
FIRMA DEL TERAPEUTA	

8. REGISTRO

Se establecerá un *conjunto básico de datos* que deben ser reflejados en el registro, y que se integrarán en la historia clínica del paciente. Cuando el sistema de información sanitaria JARA lo posibilite, el registro podrá ser consultado por ambas redes en una historia clínica informatizada común. Hasta ese momento, el registro se encontrará duplicado en ambas redes, y será actualizado por los equipos de CEDEX y ESM.

La actualización del registro debe ser responsabilidad del profesional de contacto, con la colaboración del resto de los profesionales del equipo.

En el registro figurarán:

- Datos de filiación del paciente.
- Datos de ESM y CEDEX de referencia.
- Terapeutas y profesionales de contacto de ESM y CEDEX.
- Evaluación biopsicosocial con EEAG.
- Diagnóstico CIE-10 o DSM-IV TR.
- Tipología de patología dual.
- Plan Terapéutico General.
- Uso de recursos asistenciales y sociosanitarios en ambas redes.
- Resumen evolutivo.
- Otras escalas.

CONJUNTO BÁSICO DE DATOS DE PACIENTES ADSCRITOS AL PROGRAMA DE PATOLOGÍA DUAL

DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

TELÉFONO:

N.º HISTORIA:

N.º AFILIACIÓN S.S.:

SEXO:

FECHA NACIMIENTO:

EQUIPOS Y CENTROS DE CONTACTO / REFERENCIA

ESM:

CEDEX:

PROFESIONALES DE CONTACTO / REFERENCIA

Profesional de Contacto en ESM:

Profesional de Contacto en CEDEX:

Terapeuta de Referencia ESM:

Profesional de Contacto en CEDEX:

DIAGNÓSTICO, PERFIL ASISTENCIAL Y PLAN TERAPÉUTICO GENERAL

Evaluación Inicial:

Fecha:

Diagnóstico CIE-10/DSM-IV-TR:

Evaluación de la Actividad Global (Eje V DSM-IV-TR):

Perfil asistencial en Patología Dual:

Grupo A: Adicción de difícil manejo junto a trastorno mental leve

Grupo B: Trastorno mental de alto nivel de complejidad junto a adicción no complicada

Grupo C: Trastorno mental de alto nivel de complejidad junto a adicción de difícil manejo

Grupo D: Abuso de sustancias no complicado junto a trastorno mental leve

PTG:

Evaluaciones posteriores (en función de cambios de diagnóstico, necesidades asistenciales o trayectoria en recursos)

Fecha:

Diagnóstico CIE-10/DSM-IV-TR:

Evaluación de la Actividad Global (Eje V DSM-IV-TR):		
Perfil asistencial en Patología Dual:		
Grupo A: Adicción de difícil manejo junto a trastorno mental leve		
Grupo B: Trastorno mental de alto nivel de complejidad junto a adicción no complicada		
Grupo C: Trastorno mental de alto nivel de complejidad junto a adicción de difícil manejo		
Grupo D: Abuso de sustancias no complicado junto a trastorno mental leve		
PTG:		
Evaluaciones posteriores (en función de cambios de diagnóstico, necesidades asistenciales o trayectoria en recursos) Fecha:		
Diagnóstico CIE-10/DSM-IV-TR:		
Evaluación de la Actividad Global (Eje V DSM-IV-TR):		
Perfil asistencial en Patología Dual:		
Grupo A: Adicción de difícil manejo junto a trastorno mental leve		
Grupo B: Trastorno mental de alto nivel de complejidad junto a adicción no complicada		
Grupo C: Trastorno mental de alto nivel de complejidad junto a adicción de difícil manejo		
Grupo D: Abuso de sustancias no complicado junto a trastorno mental leve		
PTG:		
ITINERARIO POR RECURSOS ASISTENCIALES Y SOCIO SANITARIOS		
Fecha:	Recurso:	Profesional de contacto:
Fecha:	Recurso:	Profesional de contacto:
Fecha:	Recurso:	Profesional de contacto:
OBSERVACIONES		
OTRAS ESCALAS		

9. FORMACIÓN

Objetivos:

- Mejorar la formación en drogodependencias de los profesionales de Salud Mental.
- Mejorar la formación en salud mental de los profesionales de Drogodependencias.
- Mejorar la formación tanto en salud mental como en drogodependencias de los profesionales de Atención Primaria de salud.

Ámbitos en los que se realizará la formación:

1. Sesiones clínicas conjuntas donde participen profesionales de distintos dispositivos que se encuentren en una misma localidad. Estas sesiones clínicas tendrán respaldo institucional y reconocimiento, a efectos de formación, por la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud o a través de Fundesalud.
2. Diseño y desarrollo conjunto de cursos de Formación en Patología Dual en la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud, donde se encuentren profesionales de Drogodependencias, Salud Mental y Atención Primaria de salud. Las propuestas de estos cursos recogerán las necesidades de los profesionales que desarrollan su labor en los distintos centros asistenciales y las propuestas de formación que se planteen para conseguir los objetivos marcados por el SES.
3. Jornadas de formación conjunta de alto nivel científico sobre Patología Dual, donde se presenten trabajos de profesionales de reconocido prestigio de nuestro país y extranjeros. La realización de estas jornadas se llevará a cabo por tres vías posibles:
 - a. Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud
 - b. Fundesalud.
 - c. Apoyo del SES al desarrollo de Congresos y Jornadas de Sociedades Científicas relacionadas con la Patología Dual en Extremadura, para facilitar el acceso a las mismas al máximo número de profesionales extremeños.
4. Potenciación del uso de recursos relacionados con la metodología, medicina y psicología basadas en la evidencia, guías de práctica clínica, etc.

10. EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO

Es imprescindible contar con una herramienta de evaluación del protocolo para detectar posibles disfunciones y oportunidades de mejora que redunden en la optimización del funcionamiento de los procedimientos y recursos implicados. Para ello, y desde una perspectiva de mejora continua, se deben diseñar mecanismos de evaluación del funcionamiento del protocolo basados en los objetivos definidos. Se establecen, por lo tanto, una serie de indicadores y un proceso de monitorización que permitan, una vez identificada la causa y adoptadas las medidas adecuadas, corregir las deficiencias que se estén produciendo de la forma más inmediata posible.

Desde el propio programa se establecerán una serie de **indicadores** que evalúen tanto la estructura como el proceso y los propios resultados. Una herramienta fundamental de la evaluación de los procesos son los registros de actividad asistencial, en este caso un registro de pacientes del grupo C, aquellos que serán sujeto de interconsulta.

En este registro pueden figurar algunas escalas básicas que den cuenta de la evolución y se utilicen como indicadores de resultado (ICG, EEAG, discapacidad de la OMS...).

Los indicadores de evaluación pueden cambiar a lo largo del tiempo. Inicialmente serán más interesantes los que reflejen la **implantación del programa**, verifiquen la entrada de pacientes a través del registro de casos y valoren los recursos que se ponen en juego en la implantación. Los indicadores de implantación son especialmente importantes en el caso de que el protocolo se esté implantando en dos redes distintas, lo que requiere un especial esfuerzo de generalización.

De los indicadores señalados más abajo, se realizará una selección de los que se consideren más adecuados a los objetivos en cada momento.

Indicadores de implantación y desarrollo del programa

- N° de profesionales asignados al protocolo.
- N° y % mensual de casos incorporados al programa a través del registro.
- N° de casos registrados por ESM o CEDEX / Área / 100.000 hab.
- N° de casos atendidos al año.
- N° de intervenciones anuales por caso.
- % de registros que incorporen un mínimo % de información.

Indicadores de resultados

Indicadores de accesibilidad

- Relacionados con la demora en la atención: listas de espera en consultas sucesivas, demora de atención preferente desde los servicios derivadores (p.e. % de pacientes derivados para interconsulta atendidos en los siguientes X días en el dispositivo al que se solicita la interconsulta).

Indicadores de adherencia

- % casos que abandonan el protocolo tras 90 días sin atención (dejan de tener contacto con los recursos)

Indicadores de eficacia

- % pacientes incluidos en el programa que ingresan en UHB
- Días de ingreso por paciente al año
- % altas de pacientes del programa a criterio del profesional
- % casos que requieren atención especializada urgente
- % casos reconvertidos en su evolución a grupo A o B o D

Indicadores de satisfacción percibida

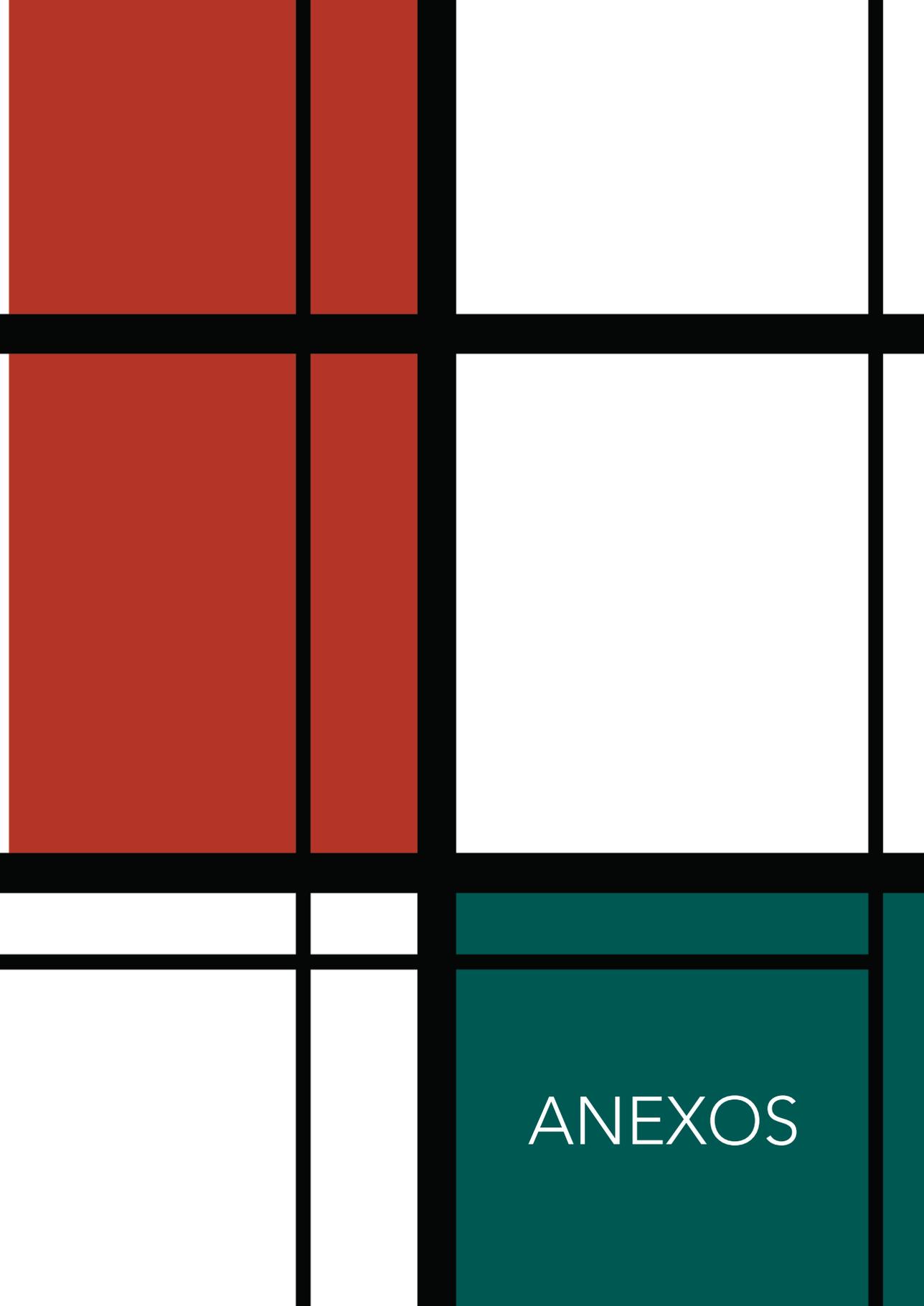
- Grado de satisfacción expresada por pacientes
- Grado de satisfacción expresada por familia
- Grado de satisfacción expresada por profesionales

Consideramos oportuno utilizar como **indicadores básicos de implementación**

- N° de casos registrados en cada área de salud por ESM o CEDEX / 100.000 hab. / año.
- Porcentaje de citas atendidas antes de 15 días tras su solicitud.
- Número medio de reuniones CEDEX – ESM igual o superior a 4 al año.

II. BIBLIOGRAFÍA

- Consejería de Asuntos Sociales. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Protocolo de actuación conjunta entre Equipos de Salud mental de Distrito y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias*. 2002.
- Dixon L et al. *One Year follow-up of secondary versus primary mental disorder in persons with comorbid substance use disorder*. Am J Psychiatry 154:11, Nov. 1997.
- Drake et al. *Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness*. Psychiatric Services. April 2001 vol 52, nº 4.
- Drake RE, Wallach MA. *Dual diagnosis: 15 years of progress*. Psychiatric Services. Sep. 2000 vol 51 nº 9.
- Guardia, J. et al. *Manejo del paciente con patología dual*. En: García, E et al (ed) *Manual SET de alcoholismo*. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2003.
- Hoff R A, Rosenheck R.A. *The cost of treating substance abuse patients with and without comorbid psychiatric disorders*. Psychiatric Services. Oct. 1999, vol 50, nº 10.
- Lehman et al. *Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes*. Psychiatric Services. Sep. 2000 vol 51 nº 9 (reprint).
- Lorenzo P et al (ed). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación 2ª ed*. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2003.
- Ochoa, E et al. *Trastornos Duales*. En: Fernández JJ. et al (ed). *Actuaciones clínicas en trastornos adictivos*. Barcelona. Aula Médica Ediciones. 2002.
- Pérez de los Cobos, J.C. et al (dir) *Tratado SET de trastornos adictivos*. Tomo I y II. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2006.
- RachBeisel J et al. *Co-Occurring severe mental illness and substance use disorders a review of recent research*. Psychiatric Services; nov. 1999, vol 50, nº 11.
- Ries R. *Serial, parallel and integrated models of dual diagnosis treatment*. J Health Care Poor Underserved. 1992; 173-180.
- Rubio y cols (ed). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2002.
- San, L (coor). *Consenso de la SEP sobre patología dual*. Barcelona. Psiquiatría Ediciones S.L. 2004.



ANEXOS

I. ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

Código (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72).

- | | |
|-----|---|
| 100 | Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas. |
| 91 | |
| 90 | Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia). |
| 81 | |
| 80 | Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar). |
| 71 | |
| 70 | Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas. |
| 61 | |
| 60 | Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela). |
| 51 | |
| 50 | Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo). |
| 41 | |

- 40 | **Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación** (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) **o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo** (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar;
- 31 | un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
- 30 | **La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio** (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) **o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas** (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
- 20 | **Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo** (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) **u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima** (p. ej., con manchas de excrementos) **o alteración importante de la comunicación** (p. ej., muy incoherente o mudo).
- 11 |
- 10 | **Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo** (p. ej., violencia recurrente) **o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.**
- 1 |
- 0 | **Información inadecuada.**

La evaluación de la actividad psicosocial general en una escala de 0-100 fue operativizada por Luborsky en la Health-Sickness Rating Scale (Luborsky L: «Clinicians' Judgments of Mental Health». Archives of General Psychiatry 7:407-417, 1962). Spitzer y cols. Desarrollaron una revisión de la Health-Sickness Rating Scale denominada Global Assessment Scale (GAS) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J: «The Global Assessment Scale: A procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance». Archives of General Psychiatry 33:766-771, 1976). Una versión modificada del GAS fue incluida en el DSM-III-R con el nombre de Global Assessment of Functioning (GAF) Scale.

Reproducido con permiso. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado.

©Masson S.A., Barcelona, 2002.

2. EJEMPLOS CLÍNICOS

Grupo A

Adicción de difícil manejo junto a trastorno mental leve

- Alcohólico con múltiples recaídas, escasa conciencia de dependencia y baja motivación para el cambio que presenta síntomas depresivos previos al tratamiento y que se mantienen tras la desintoxicación.
- Paciente de 32 años, que aparece en consulta demandando atención por consumo de sustancias (policonsumidor) durante años y un trastorno distímico. Inicia el consumo de sustancias psicoactivas con 15 años, de forma esporádica (cannabis y alcohol). Deja los estudios y empieza a trabajar en un taller mecánico. A los 17 años prueba la cocaína, y la consume los fines de semana durante tres años. A los 21 empieza a consumir mezcla y aparecen consecuencias negativas tanto en el ámbito laboral (pérdida de trabajos) como familiar (conflictos diarios). A los 24 inicia un tratamiento de desintoxicación y deshabituación, manteniéndose abstinente 2 años; tiempo en el que vuelve a encontrar trabajo e inicia una relación de pareja producto de la cual tienen un hijo. Con 26 años reinicia los consumos de mezcla y con 27 años la situación está descontrolada. A partir de aquí tiene múltiples ingresos e intentos fallidos de tratamiento de deshabituación. Empieza a manifestar síntomas depresivos y es diagnosticado de un trastorno distímico.

Grupo B

Trastorno mental de alto nivel de complejidad junto a adicción no complicada

- Esquizofrenia paranoide con adicción a nicotina y dos años de tratamiento y abuso de benzodiazepinas en el contexto de automedicación para alivio de crisis de ansiedad.
- Paciente 20 años que llega a consulta con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide y consumo de cannabis. A los 18 años tiene su primer ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) con un cuadro psicótico unido al consumo abusivo de cannabis. Después de este primer ingreso hay un periodo de 10 meses de abstinencia de cannabis. A lo largo de estos dos años ha tenido varios ingresos por brotes psicóticos hasta que recibe el diagnóstico definitivo de esquizofrenia paranoide.

GRUPO C

Trastorno mental de alto nivel de complejidad junto a adicción de difícil manejo

- Trastorno depresivo mayor recidivante con intento autolítico en paciente ingresado en UHB, abusador de cocaína y dependiente de alcohol con hepatopatía crónica, falta de soporte familiar y expediente sancionador laboral.
- Paciente 32 años acude a consulta por adicción a la cocaína y trastorno esquizoafectivo. A los 19 años ya consumía de forma abusiva alcohol, cocaína y cánnabis. Con esta edad tiene su primer ingreso en urgencias hospitalarias por un brote psicótico. Tras seguimiento y evaluación del caso es diagnosticado de trastorno esquizoafectivo tipo bipolar. A lo largo de estos doce años, ha tenido varios ingresos en psiquiatría por desestabilización del estado de ánimo (episodios maníacos y mixtos). No hay una abstinencia de sustancias psicoactivas de más de dos meses de duración, pasando por épocas de consumo de cocaína esporádicos y consumos descontrolados con abandono de tratamiento farmacológico.
- Paciente de 36 años que ingresa en UHB, de forma involuntaria; por alteraciones de conducta en el medio familiar; consumo excesivo de cocaína e incumplimiento terapéutico. En el enfermo destaca un deseo intenso de consumir cocaína, problemática sociofamiliar derivada del consumo (provoca grandes fraudes para conseguir el dinero) y conducta heteroagresiva. Presenta una obesidad mórbida (grado III de severidad) acompañada de un comportamiento alimentario caracterizado por varios atracones/día de comida variada sin someterse a conductas de purga. En este enfermo se evaluó el descontrol en su conducta habitual, el comportamiento alimentario y el consumo de sustancias (con patrón de dependencia para la cocaína y consumo perjudicial –abuso– para el alcohol) concluyéndose un diagnóstico de Trastorno por descontrol de impulsos + Dependencia de cocaína + Abuso de alcohol + Trastorno por atracción + Obesidad mórbida.
- Paciente de 33 años que ingresa por alteraciones de conducta en el contexto de consumo abusivo de alcohol y cocaína. Entre los antecedentes personales destaca haber sufrido un traumatismo craneoencefálico 15 años antes y desde entonces una alteración significativa de las formas habituales del comportamiento. El juicio clínico fue de Trastorno orgánico de la personalidad + Dependencia de alcohol + Abuso de cocaína.

- Paciente de 43 años con antecedentes de varios ingresos en UHB por conducta caracterizada por retraimiento, abandono de la higiene personal y sensación de ser controlado por terceras personas. Esta conducta ha sido agravada por el consumo excesivo y regular de alcohol acompañado del abandono de su tratamiento psiquiátrico habitual. El juicio clínico fue Esquizofrenia paranoide + Dependencia de alcohol.
- Paciente de 33 años con antecedentes de un ingreso previo en UHB con el diagnóstico de trastorno psicótico y consumo desde adulto joven de heroína + cocaína, cannabis y éxtasis. Fumador de 40 cg/día. Ha estado en PM-Metadona durante 2 años. El juicio clínico fue de Esquizofrenia paranoide + Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas.
- Paciente con antecedentes de varios episodios con oscilaciones del estado de ánimo, consumo desde la adolescencia de heroína+cocaína fumada y cocaína esnifada; fumador de cannabis (4 porros/día) y tabaco (40-60 cg/día). El juicio clínico fue de Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto + Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas.

Grupo D

Abuso de sustancias no complicado junto a trastorno mental leve

- Abusador de fines de semana de alcohol con pérdida de control de su consumo de forma intermitente y trastorno de ansiedad por estrés en el trabajo.
- Paciente de 24 años que acude a consulta de atención primaria, demandando tratamiento después de acudir a los servicios de urgencias con una crisis de ansiedad. Manifiesta síntomas persistentes a lo largo de los últimos 8 meses de un cuadro síntomas ansioso depresivos: fatigabilidad fácil, irritabilidad, alteraciones del sueño, dificultad para concentrarse. En la exploración del caso descubrimos un consumo continuado de cannabis durante el último año.

DECRETO DE SALUD MENTAL DE EXTREMADURA

DECRETO 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Los trastornos mentales y conductuales se consideran afecciones de importancia clínica, caracterizadas por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad o del comportamiento asociadas a angustia personal, a alteraciones del funcionamiento o a ambos. No son sólo variaciones dentro de la “normalidad”, sino fenómenos claramente anormales o patológicos.

Las enfermedades mentales constituyen uno de los principales problemas de salud por su impacto epidemiológico, por la discapacidad que conllevan, la carga social y económica que suponen y por la elevada dependencia y utilización de los servicios sanitarios, especialmente en los casos de trastornos graves y prolongados. Se da además la circunstancia de que este tipo de patologías, tal vez como ninguna otra, ha estado asociada tradicionalmente a procesos de marginación y estigmatización, afortunadamente en declive.

Como tal patología compleja y de larga evolución, el abordaje de los problemas derivados de la enfermedad mental requiere la provisión de un sistema integral de atención que haga énfasis en la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción de las personas afectadas, lo que exige disponer de una sólida red sanitaria para la atención de la enfermedad mental junto a una red de dispositivos sociales que proporcionen protección a la dependencia y a las situaciones de ausencia de red social de apoyo. En definitiva, una oferta diversificada de servicios polivalentes y flexibles en función a las necesidades de la población.

En este contexto, conseguir la continuidad asistencial en el proceso de atención mediante la regulación adecuada del flujo de pacien-

tes y la coordinación entre dispositivos resulta esencial, por lo que, la estructuración en función de niveles de complejidad, y la delimitación de competencias coordinadas entre niveles y sectores se convierten en la base organizativa de la atención integral.

El tradicional estigma y exclusión asociado a las enfermedades mentales necesita asimismo ser superado, fomentando un modelo de atención comunitario, que impulse alternativas a la institucionalización y potencie la permanencia y la reinserción social del ciudadano a su medio, evitando situaciones de exclusión social.

En este sentido, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su Capítulo III del Título I, destinado íntegramente a la Salud Mental, establece la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general. Esta integración de la atención a la salud mental en el sistema sanitario general ha quedado refrendada en la reciente Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, de 28 de mayo de 2003, cuyos artículos 12 y 13, incluyen en el catálogo de prestaciones correspondientes a la atención primaria y la atención especializada, la atención a la salud mental.

Por su parte, la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, establece en su artículo 7 que son competencias de la Junta de Extremadura en relación al Sistema Sanitario Público de Extremadura, entre otras, el establecimiento de las directrices de la política sanitaria de la Comunidad Autónoma, la planificación y ordenación de las actividades, programas y servicios sanitarios y sociosanitarios y desarrollar, en el ámbito de sus competencias, la normativa básica sanitaria. La misma Ley incluye en su artículo 42 dentro de las actividades de asistencia sanitaria, la asistencia psiquiátrica como una actividad de asistencia sanitaria.

Por otra parte, la Ley 5/1987, de 23 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura, tiene como fin garantizar un sistema público de Servicios Sociales mediante un conjunto de actuaciones que tiendan a la prevención y eliminación de las causas que conduzcan a la marginación. En esta misma Ley se atribuye a la Junta de Extremadura, a través de su Consejo de Gobierno y de la Consejería competente en materia de Acción Social, las competencias en materia de reglamentación, planificación general, coordinación de las actuaciones y gestión de los Servicios Sociales de los que sea titular.

Por todo ello, entendemos que el contexto resulta idóneo para llevar a cabo la organización de los dispositivos y servicios de salud mental, que, contribuyendo a la definitiva integración de los mismos en el sistema sanitario y social, consolide el modelo de atención comunitario y desarrolle nuevos mecanismos de gestión y dirección que garanticen la efectividad clínica y la eficiencia de los servicios en el nuevo contexto asistencial y organizativo.

Conscientes de esta necesidad de coordinar los aspectos de atención a la patología y a la dependencia de las personas con enfermedad mental y regular el funcionamiento de la red de atención de la Comunidad Autónoma, a propuesta de los Consejeros de Sanidad y Consumo y de Bienestar Social y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión del día 16 de mayo de 2006,

DISPONGO:

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto.

El presente Decreto tiene por objeto establecer el modelo general de atención y actuación de los dispositivos y servicios de prevención, promoción de la salud, asistencia, rehabilitación y reinserción social, que intervienen en la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Artículo 2. Principios generales.

1. Promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción social que garantice una intervención integral, coherente e integrada en la red de recursos del Sistema Sanitario Público y del Sistema Social de Extremadura.
2. Potenciación de los recursos cercanos a la población y participación de la familia y del entorno.
3. Promoción de la continuidad de cuidados, coordinación de actuaciones entre dispositivos de diversos ámbitos y máxima integración funcional de los dispositivos en el marco del área de salud.

CAPÍTULO II

RECURSOS SANITARIOS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Artículo 3. Niveles de atención.

1. La atención a la salud mental en el Sistema Sanitario Público de Extremadura se realizará conforme a la cartera de servicios establecida en el Área y se llevará a cabo en los dos niveles de atención: atención primaria y atención especializada.
2. Corresponderá al nivel de atención primaria, la atención a la salud mental de la población de su Zona de Salud mediante el desarrollo de las actividades incluidas en su cartera de servicios.
3. En el nivel de atención especializada, los dispositivos específicos de salud mental se ubicarán tanto en el ámbito hospitalario, como en el extrahospitalario. Comprenderá las siguientes funciones:
 - a. La asistencia, diagnóstico, terapia o rehabilitación de aquellas patologías o situaciones de mayor complejidad, cuyo abordaje requiera atención especializada hasta que puedan ser reintegradas al primer nivel de atención.

b. Los cuidados sanitarios de larga duración y rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

4. La dirección de los dispositivos de salud mental del Servicio Extremeño de Salud corresponderá a la Dirección de Atención Sanitaria del Área de Salud, quien garantizará una adecuada coordinación e integración funcional de sus actuaciones. En los casos en los que no exista Dirección de Atención Sanitaria del Área de Salud, esta función corresponderá al Gerente de Área.

Artículo 4. Equipos de Atención Primaria.

1. Los Equipos de Atención Primaria asumirán la atención a la salud mental de la población a través las siguientes funciones:

a. Identificación y seguimiento de las necesidades sanitarias y sociales de las personas con enfermedad mental de su Zona de Salud.

b. Detección, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, con derivación al nivel especializado, en caso necesario.

c. Seguimiento de las personas con trastorno mental severo en la comunidad.

2. Para la adecuada realización de las actividades descritas y aquellas que se especifiquen en la correspondiente cartera de servicios, contarán con el apoyo y el asesoramiento del Equipo de Salud Mental correspondiente.

Artículo 5. Dispositivos de salud mental especializados.

1. El Sistema Sanitario de Extremadura contará con los siguientes dispositivos de atención a la salud mental especializados:

a. Equipo de Salud Mental.

b. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil.

c. Unidad de Hospitalización Breve.

d. Hospital de Día.

e. Unidad de Media Estancia.

f. Unidad de Rehabilitación Hospitalaria.

g. Centro de Rehabilitación Psicosocial.

h. Centro Residencial de Rehabilitación.

2. Podrán existir programas orientados al cumplimiento de objetivos diferenciados en función de las demandas y de las necesidades de la comunidad en general, con carácter temporal o permanente.

Artículo 6. Equipos de Salud Mental.

1. Los Equipos de Salud Mental son servicios especializados, de orientación comunitaria y composición multidisciplinar, que actúan como Unidad de Apoyo a la Atención Primaria.

2. Atienden a personas con trastornos mentales que por su complejidad, duración o intensidad desbordan la capacidad de atención de los Equipos de Atención Primaria y requieran atención en un dispositivo especializado de manera ambulatoria.

3. Sus funciones principales son:

a. Apoyo y asesoramiento a los Equipos de Atención Primaria.

b. Diagnóstico y evaluación, así como el tratamiento y seguimiento a través de intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras.

c. Derivación de pacientes al resto de los dispositivos de la red de salud mental y la potenciación de la continuidad de cuidados, mediante el seguimiento de determinados pacientes a lo largo del proceso asistencial.

d. Realización de interconsultas hospitalarias y funciones de psiquiatría de enlace, en aquellos centros que carezcan de Unidades

de Hospitalización Breve o no se preste este servicio.

e. Participación en la realización de guardias psiquiátricas en el Hospital de referencia.

f. Apoyo a las Urgencias y a la Intervención en crisis.

g. Formación, investigación y docencia.

h. Detección e intervenciones sobre grupos de riesgo, así como labores de prevención y promoción de la salud mental.

i. Coordinación, asesoramiento y colaboración con otras unidades asistenciales, sociales, educativas y judiciales.

4. En cada Área de Salud existirá al menos un Equipo de Salud Mental. Dependiendo de las características del Área, ésta podrá contar con más de uno, al que se le asignará una serie de Zonas de Salud.

5. El acceso se realizará, prioritariamente, a través de los Equipos de Atención Primaria, si bien podrán acceder pacientes desde otros servicios especializados. Excepcionalmente y de manera protocolizada, podrán acceder pacientes desde otros dispositivos ajenos al sistema sanitario.

6. Contarán con psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajador social y apoyo administrativo. La dotación y organización de los mismos se realizará en función de las características y necesidades del Área.

7. Los Equipos de Salud Mental se ubican preferentemente en dispositivos externos al Hospital. Por ello se considera idónea su ubicación en los propios Equipos de Atención Primaria o en otros dispositivos de atención ambulatoria.

Artículo 7. Equipos de Salud Mental Infantojuvenil.

1. Los Equipos de Salud Mental Infantojuvenil son dispositivos de atención ambulatoria des-

tinados a la atención de las necesidades de salud mental que presentan las personas en edad infantil o juvenil.

2. Atienden a personas que por razón de su complejidad, especificidad de la patología o programación terapéutica no puedan ser atendidas en los Equipos de Atención Primaria o en los de Salud Mental. Con carácter general atenderá la demanda de pacientes con edad inferior a 18 años.

3. Tienen las mismas funciones que los Equipos de Salud Mental, de acuerdo con los criterios de derivación previamente establecidos. Sin embargo, dado su carácter de dispositivo especializado en el ámbito infantil y juvenil, se incidirá además en las siguientes:

a. Apoyo y asesoramiento a las Unidades de Hospitalización Pediátrica.

b. Apoyo y asesoramiento a las instituciones educativas y tutelares.

c. Coordinación con otros dispositivos no sanitarios de los ámbitos educativo, judicial, y social.

4. El acceso de los pacientes a estos equipos se realiza tanto a través de los Equipos de Salud Mental como de los Equipos de Atención Primaria, en función de la situación del paciente.

Artículo 8. Unidades de Hospitalización Breve.

1. Las Unidades de Hospitalización Breve son dispositivos destinados al ingreso, tratamiento y cuidado temporal de pacientes con psicopatología aguda con el objeto de conseguir una reducción de la sintomatología.

2. El ingreso generalmente se realiza por imposibilidad de abordaje de la patología de manera ambulatoria y siempre que se prevea un beneficio potencial del ingreso.

3. Sus funciones serán las siguientes:

- a. Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes hospitalizados.
 - b. Atención de la interconsulta generada por el resto de los servicios hospitalarios así como de la psiquiatría de enlace.
 - c. Atención a la urgencia que no haya podido ser atendida en los Equipos de Salud Mental.
 - d. Coordinación con el resto de los dispositivos de salud mental del área o áreas de influencia.
 - e. Formación, docencia e investigación.
- b. Disminución y afrontamiento de la patología psiquiátrica.
 - c. Prevención y disminución de recaídas.
 - d. Prevención del deterioro.

4. A las Unidades de Hospitalización Breve se accede a través del Servicio de Urgencias del Hospital donde se ubica la Unidad. Al alta los pacientes podrán ser derivados al Equipo de Salud Mental o la Unidad de Media Estancia de referencia.

5. Las Unidades de Hospitalización Breve estarán ubicadas e integradas en el Hospital, adaptando su estructura, recursos y funcionamiento a las características de su especialización.

Artículo 9. Hospitales de Día.

1. Los Hospitales de Día son servicios ambulatorios que proporcionan un tratamiento intensivo y estructurado en régimen diurno, con el fin de evitar la hospitalización y aumentar el nivel de autonomía en pacientes con enfermedades graves.

2. Está dirigido a pacientes en los que persiste sintomatología activa, sin conductas gravemente disruptivas o heteroagresivas y que tengan garantizados su alojamiento y cuidados.

3. Su función principal es garantizar una adecuada transición entre el Hospital y la comunidad y, más concretamente, tendrán las siguientes:

- a. Sustitución de la hospitalización completa.

4. El acceso de los pacientes se realizará a través de la Unidad de Hospitalización Breve y la derivación del mismo se realizará al Equipo de Salud Mental.

5. Se procurará que el Hospital de Día esté ubicado en un Hospital y adscrito a una Unidad de Hospitalización Breve.

Artículo 10. Unidades de Media Estancia.

1. Las Unidades de Media Estancia son dispositivos hospitalarios diseñados para dar atención a pacientes cuya situación psicopatológica persiste después del tratamiento habitual implantado en los Equipos de Salud Mental y las Unidades de Hospitalización Breve, y para proporcionar terapéuticas rehabilitadoras de las funciones que se hayan podido ver afectadas.

2. Atienden pacientes con las siguientes características:

- a. Pacientes cuya sintomatología psiquiátrica activa no remite en el tiempo medio de internamiento en la Unidad de Hospitalización Breve.

- b. Pacientes que presentan desadaptación social o familiar que requiere una intervención terapéutica específica complementada con programas de rehabilitación.

- c. Pacientes con factores de riesgo de recaída por falta de conciencia y/o conocimiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento u otros factores clínicos que aumenten la probabilidad de recaída.

3. Sus funciones son las siguientes: a. Tratar resistencias psicopatológicas, intensificando y completando acciones terapéuticas ya iniciadas en otros dispositivos asistenciales.

b. Evitar la cronificación y el riesgo de institucionalización.

c. Proporcionar la adquisición de habilidades que mejoren la autonomía del paciente.

4. A las Unidades de Media Estancia se accede a través de las Unidades de Hospitalización Breve o bien de las Comisiones de Salud Mental del Área donde se ubique la Unidad. Al alta podrá ser derivado al Equipo de Salud Mental.

5. Sus características físicas son semejantes a las de las Unidades de Hospitalización Breve.

Artículo 11. Unidades de Rehabilitación Hospitalaria.

1. Las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria son dispositivos de internamiento destinados a pacientes en los que se hace necesaria una hospitalización más prolongada que permita un abordaje terapéutico a más largo plazo.

2. Las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria atienden a pacientes con las siguientes características:

a. Largos años de hospitalización que presentan déficits psicosociales susceptibles de rehabilitación.

b. Riesgo de institucionalización debido a su evolución crónica y/o persistencia de su psicopatología o problemática clínica disruptiva que dificulta su abordaje en el medio comunitario.

c. Ingreso no motivado fundamentalmente por problemas en su red social de apoyo.

3. Las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria persiguen la recuperación e integración del paciente, mediante el incremento de las habilidades necesarias para su vida en comunidad y el abordaje dentro de un entorno integrador y terapéutico de la psicopatología productiva.

4. A las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria se accede a través de las Unidades de Media Estancia y de las Comisiones de Salud Mental de Área.

Artículo 12. Centros de Rehabilitación Psicosocial.

1. Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) son dispositivos destinados a ofrecer a las personas con trastorno mental grave, programas asistenciales dirigidos a la recuperación y fomento de sus habilidades y competencias, con el fin último de potenciar su nivel de autonomía e integración social.

2. Los Centros de Rehabilitación Psicosocial tienen como finalidad esencial favorecer la rehabilitación e integración social, así como apoyar a las familias de los usuarios.

Artículo 13. Centros Residenciales de Rehabilitación.

1. Los Centros Residenciales de Rehabilitación (CRR) son recursos intermedios entre las unidades hospitalarias y los dispositivos de rehabilitación ambulatorios, destinados a proporcionar a las personas con trastorno mental grave, tratamiento rehabilitador con alojamiento y supervisión e intervención activa en su psicopatología, que facilite la integración en su entorno comunitario.

2. Está destinado a aquellos pacientes con las siguientes características:

a. Presencia de alteración psicopatológica después del tratamiento habitual implantado en los Equipos de Salud Mental y en las Unidades de Hospitalización Psiquiátricas.

b. Déficits en sus capacidades psicosociales, que sean recuperables a medio/largo plazo.

c. Carencia de apoyo comunitario suficiente.

3. A ellos se accede a través de la Comisión de Salud Mental de Área donde se ubica el Centro.

Artículo 14. Programas específicos.

1. Se consideran programas específicos en salud mental el conjunto de actuaciones orientadas al cumplimiento de objetivos diferenciados en función de las demandas y de las necesidades de la comunidad en general.

2. Los programas específicos se establecerán, con carácter temporal o permanente, para resolver situaciones como:

a. Las que presenten carácter episódico, tales como situaciones de crisis o emergencias.

b. Las de pertenencia a colectivos o grupos de riesgo por la propia condición de las personas implicadas, como la infancia, adolescencia o ancianidad.

c. Las que presentan una alta incidencia o relevancia social y sanitaria, como los trastornos mentales graves, la patología dual o los trastornos de la conducta alimentaria.

d. Las que impliquen un grave sufrimiento para las personas afectadas, como las propias de personas con graves afecciones sanitarias.

3. En general, los programas se desarrollarán a través de los dispositivos básicos ya existentes, aunque se podrán establecer, de manera excepcional, unidades específicas para desarrollar determinados programas que por sus características así lo requieran.

4. La disponibilidad de unidades específicas no supondrá, en ningún caso, la creación de redes paralelas dotadas de recursos especiales que desarrollen su actividad al margen de las actuaciones generales en salud mental por lo que se articulará su relación con los dispositivos básicos en el marco del propio Programa.

CAPÍTULO III

RED SOCIAL DE APOYO COMUNITARIO
POR DISPOSITIVOS SOCIALES
DE APOYO COMUNITARIO

Artículo 15. De la Red social de apoyo comunitario.

1. Con independencia del acceso de las personas con enfermedad mental a las prestaciones que, con carácter general, existan y a las que se hagan acreedores en virtud de su dependencia o situación social, existirán una serie de recursos y actuaciones destinadas a proporcionar apoyo social específico a las personas con enfermedad mental.

2. Su función principal será garantizar la permanencia del individuo en su entorno, la rehabilitación de sus déficits y su reincorporación social en adecuadas condiciones de autonomía y dignidad.

Artículo 16. Articulación en programas.

Los dispositivos de apoyo comunitario se articularán en tres programas:

1. De apoyo residencial.

2. De integración laboral

3. De integración social.

Artículo 17. Programa de Apoyo Residencial.

1. El Programa de Apoyo Residencial estará compuesto por varias modalidades de atención residencial y distintos grados de supervisión y apoyo, en función de las condiciones de autonomía y dependencia de sus usuarios, que se ubicarán necesariamente en la comunidad.

2. Ofertarán una estancia transitoria o definitiva para enfermos mentales de evolución

crónica, con deterioro psicosocial y déficit funcional, de manera que puedan acceder progresivamente a una mayor integración social y laboral, así como a fórmulas residenciales que proporcionen mayor nivel de autonomía.

3. Tendrán como objetivo incrementar la autonomía del paciente y facilitar su reinserción social y se dirigirán a aquellos pacientes con un alto grado de discapacidad y que presenten dificultades para permanecer en su red social y familiar de apoyo o que carezcan de ella.

4. El acceso de los pacientes se realizará a través de los dispositivos de la red de salud mental. Corresponderá a la Comisión de Salud Mental de Área velar por la adecuada canalización y selección de las demandas a los dispositivos ubicados en su ámbito de actuación.

5. Se procurará en todo momento la adecuada coordinación de la red de dispositivos de apoyo residencial con el resto de la red de salud mental, de manera que se garantice la continuidad de cuidados y la atención sanitaria de los pacientes acogidos al Programa.

Artículo 18. Programa de Integración Laboral.

1. La red de salud mental contará con una serie de actuaciones dirigidas a fomentar la integración laboral de las personas con enfermedad mental. Para ello impulsará las actuaciones dirigidas a la adquisición o recuperación de los conocimientos y habilidades necesarios para el acceso al empleo, así como las tendentes a la promoción de iniciativas de empleo.

2. Con el fin de procurar una integración lo más normalizada posible, se promoverá tanto la utilización de los servicios y programas destinados a la formación, promoción e incorporación laboral ya existentes en los servicios de promoción del empleo de la Comunidad Autónoma, como el impulso por parte de este área de iniciativas específicas dirigidas a las personas con enfermedad mental.

3. Se velará en todo momento por la adecuada coordinación de las actuaciones del Programa con la red de salud mental, para garantizar la continuidad de cuidados, la integración funcional de todas las actuaciones de rehabilitación e integración social y la eficiencia en la gestión de los dispositivos, procurando la máxima inserción funcional de dichas actuaciones en el marco de los dispositivos ya descritos.

Artículo 19. Programa de Integración Social.

Con el fin de facilitar y promover la participación de las personas con trastornos mentales graves en la comunidad, se establecerá un programa dirigido al fomento de la utilización de los recursos de la comunidad, ya sean de tipo educativo, social o recreativo.

CAPÍTULO IV ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN

Artículo 20. Coordinador de Salud Mental del Área de Salud.

1. Para garantizar la correcta articulación de dispositivos de salud mental, en el Área de Salud podrá existir un Coordinador de Salud Mental.

2. Dependerá de la Dirección de Atención Sanitaria de la misma o, en su defecto, de la Gerencia del Área. Tendrá rango de Jefe de Sección y los nombramientos, vías de acceso y otras características del mismo se regularán de acuerdo a la normativa general existente para los citados puestos.

3. Sus funciones serán las siguientes:

a. El desempeño de las tareas asistenciales que le sean propias.

b. La gestión, organización y coordinación de los dispositivos y programas de salud mental ubicados en el Área y de estos con el resto de los dispositivos sanitarios y sociales.

c. La dirección del funcionamiento de los programas transversales en su ámbito territorial.

d. La promoción de actividades de formación, prevención y educación sanitaria en el ámbito de la salud mental.

Artículo 21. Comisión de Salud Mental del Área de Salud.

1. Para promover la continuidad asistencial y la participación de los profesionales, las Gerencias de las Áreas de Salud pondrán en marcha la Comisión de Salud Mental.

2. Serán funciones de dicha Comisión las siguientes:

a. Evaluar, facilitar y promover la coordinación entre los dispositivos de salud mental, garantizando el acceso adecuado de los pacientes a los dispositivos y la continuidad de la asistencia en el marco del Área de Salud.

b. Garantizar la atención multidisciplinar y coordinada de determinadas problemáticas que son objeto de atención por distintos sectores y servicios.

c. Analizar el funcionamiento de los programas de atención, promoviendo cuantas medidas contribuyan a su mejora.

3. Será convocada y presidida por el Gerente del Área de Salud, que podrá delegar esta función en el Coordinador de Salud Mental, en caso de existir, y en otro caso en el profesional de salud mental que estime oportuno. Su composición será la siguiente:

a. El Coordinador de Salud Mental de Área o, en su defecto, el profesional de salud mental en quien delegue la Gerencia del Área.

b. Un representante de cada uno de los dispositivos asistenciales, rehabilitadores y de apoyo social específicos de salud mental que se encuentren ubicados en el Área, con independencia de su ámbito territorial de actuación.

c. Un miembro de la Dirección de Atención Sanitaria del Área.

d. Un representante de los dispositivos de atención a las drogodependencias existentes en el Área.

e. Un representante de los servicios sociales generales.

f. Podrán asistir de manera extraordinaria o regular, si así lo establece la propia Comisión, otros profesionales en función de los temas o necesidades a tratar.

CAPÍTULO V DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Artículo 22. Promoción de la salud mental.

La Consejería de Sanidad y Consumo fomentará aquellas actuaciones orientadas a la promoción y la prevención de la salud mental y a la educación sanitaria, mediante programas dirigidos a la población general o a colectivos sociales específicos y de manera permanente, a través de los dispositivos que integran la red de salud mental.

Artículo 23. Docencia e Investigación.

1. Se establecerán programas de formación continuada en salud mental tanto para los profesionales del nivel especializado como del nivel primario.

2. En la actividad docente se utilizarán de manera prioritaria, los recursos humanos propios de los dispositivos de salud mental en coordinación con los organismos competentes de la Comunidad Autónoma.

3. La Consejería de Sanidad a través del Servicio Extremeño de Salud estimulará la investigación en el área de salud mental y en el marco de los planes generales de investigación que en cada momento diseñe la Comunidad Autónoma.

Artículo 24. Evaluación y calidad.

1. Todos los programas y actuaciones en materia de salud mental serán evaluados para adecuarlos a las necesidades reales de la Comunidad Autónoma. La evaluación de los servicios se orientará progresivamente hacia la medición del resultado y del impacto en la salud de los ciudadanos, potenciando los sistemas de información que favorezcan dicho objetivo.

2. Se potenciará la acreditación de los dispositivos y unidades de salud mental dentro del Plan Marco de Calidad de la Consejería de Sanidad y Consumo.

Disposición adicional única.

La ordenación de los dispositivos de salud mental previstos en el presente Decreto se llevará a cabo gradualmente, en función de la prioridad de objetivos y programas de actuación que establezca el Servicio Extremeño de Salud, de acuerdo con las dotaciones que anualmente se consignan en los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Disposición transitoria primera.

Las Unidades de Hospitalización Breve ubicadas en los actuales hospitales psiquiátricos podrán permanecer en los mismos, en una primera fase del desarrollo de este Decreto, hasta su integración en los Hospitales Generales.

Disposición transitoria segunda.

Parte de los dispositivos regulados habrán de provenir de la transformación de los actuales hospitales psiquiátricos, por lo que, mientras no se complete el proceso de transferencia de éstos a la Comunidad Autónoma, se podrán establecer vías de coordinación con las Administraciones responsables de los mismos, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 5/1990, de 30 de noviembre, de relaciones entre las Diputaciones Provinciales y la Comunidad Autónoma de Extremadura y en la Disposición Transitoria Tercera de la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura.

Disposición final primera.

Se faculta a la Consejería de Sanidad y Consumo y a la Consejería de Bienestar Social para dictar cuantas disposiciones fueran necesarias para el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Decreto.

Disposición final segunda.

El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de Extremadura.

Mérida a 16 de mayo de 2006.

El Presidente de la Junta de Extremadura,
JUAN CARLOS RODRÍGUEZ IBARRA

La Consejera de Presidencia,
CASILDA GUTIÉRREZ PÉREZ

LEY DE DROGODEPENDENCIAS DE EXTREMADURA

LEY 1/1999, DE 29 DE MARZO, DE PREVENCIÓN, ASISTENCIA Y REINSERCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS DE TRATAMIENTO DE LAS TOXICOMANÍAS.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El consumo de drogas no es un fenómeno nuevo, en cuanto al hecho estricto del consumo. Estamos hablando de conductas del ser humano y que le han acompañado a lo largo de su historia y evolución. Tampoco es nuevo el que las sociedades, sobre todo occidentales, hayan tomado conciencia de que el consumo de drogas es uno de sus principales problemas y sin sacarlas de su contexto y con la objetividad que deben marcar las propuestas y puesta en marcha de las políticas sociales, para los ciudadanos, las drogodependencias tienen la consideración de segundo o tercer problema que les afecta. Los responsables de las políticas sociales aplican importantes recursos humanos, materiales y financieros para tratar de dar solución o aminorar los daños que a los ciudadanos les produce el consumo de drogas.

Lo que sí es nuevo, dentro del complejo y cambiante fenómeno de las drogodependencias, son determinadas formas de consumo y consumos fuera del contexto donde siempre estuvieron a lo largo de la historia. Estas nuevas formas de consumo están originando más problemas que el propio daño producido por las sustancias consumidas.

Esta evolución del consumo, formas y tipos, es permanente y cambiante al mismo tiempo, de tal forma que lo actual y acertado hoy, queda obsoleto y desfasado en un espacio de tiempo bastante inferior que otros fenómenos cambiantes que afectan a políticas sociosanitarias. Pero el conocimiento de este hecho, hace que todas las planificaciones deban tener en cuenta la temporalidad de la medida adoptada y con los objetivos abiertos a la aplicación de otras medidas.

Pero este fenómeno no debe ser obstáculo para que, dentro de las competencias de la Junta de Extremadura, se adopten medidas para aminorar, atajar o eliminar situaciones que pueden abocar en una conducta drogodependiente. No es menos cierto que la Junta de Extremadura no posee todas las competencias en todos los campos que intervienen en las drogodependencias, sobre todo en la reducción de la oferta de sustancias o drogas no institucionalizadas, pero sí en la oferta de las institucionalizadas y los problemas que originan éstas, y éstas tienen la suficiente entidad como para abordarlas de una forma global.

Estos antecedentes hacen que la presente norma deba estar tanto suficientemente adaptada a las circunstancias actuales, como que debe quedar lo suficientemente abierta como para poder adaptarse a futuras situaciones que, previsiblemente, hagan adoptar medidas diferentes. Este hecho hizo que el original Programa Extremeño de Drogodependencias se convirtiese y se adaptase hasta el actual Plan Integral sobre Drogas, sin que se produjese una ruptura entre lo anteriormente establecido y que los recursos originales se pudiesen adaptar a las actuales necesidades. Por tanto esta experiencia nos hace ver con la suficiente objetividad el actual documento.

Esta norma también pretende dar una imagen de normalidad a las actuaciones que se realizan en drogodependencias, tanto en los aspectos preventivos, incardinándolos en actuaciones más globales, como asistenciales, dándole el carácter de enfermedad común estableciendo los derechos de los que requieren una asistencia integral de su patología, y consolidando un modelo de intervención que asegure en el futuro la coordinación e integración de los recursos especializados en los sistemas públicos de asistencia sanitaria y servicios sociales.

La presente Ley que dimana de los Títulos competenciales contemplados en el Estatuto de Autonomía en los artículos 7.1.20, 7.1.19, 7.1.30, 8.5, 8.11 y 9.3 se estructura en 7 títulos. El Título preliminar define el objeto de la Ley, a quién va dirigida y sobre qué ámbito pretende actuar, además de clarificar unos conceptos que no siempre son entendidos y que, al menos en el desarrollo de esta norma, cada término utilizado se corresponda con lo que se pretende aplicar.

Los Títulos I y II tratan sobre las medidas de prevención, en sus dos vertientes, reducción de la demanda (Título I) y de la oferta (Título II). Este Título se centra casi exclusivamente en el tabaco como droga institucionalizada, ya que el alcohol y su relación con los menores ya fue objeto de regulación en la Ley 4/1997. La presente norma considera que la mayoría de las normas de control de la oferta resultan de difícil cumplimiento ante la oferta publicitaria y el exceso de control podría generar estigmatización de los posibles consumidores. Se trata, en consecuencia, de limitar la acción de la promoción de las sustancias y centrar las prohibiciones y las sanciones en los ámbitos en que pueden ser eficaces y en los sujetos que por su vulnerabilidad, caso de los menores, merecen una atención especial, tratando de limitar las posibles ofertas que se hagan sin contar o evaluar el posible daño sanitario o socio-sanitario. Así sucede con la prohibición de venta en determinados espacios o los estímulos administrativos destinados a fomentar espacios y lugares de encuentro libres de drogas. Nos corresponde poner el énfasis en las actividades educativas e insistir en la incorporación adecuada de la Educación para la Salud al sistema escolar. Además, de manera prioritaria, se encarga a los poderes públicos el desarrollo de programas y acciones destinadas a modificar las circunstancias sociales, económicas y culturales que, para determinados colectivos están asociadas a las drogodependencias.

El Título III está dedicado exclusivamente a la definición de las actuaciones que deben rea-

lizarse en las actuales situaciones de consumo de drogas. Estamos por tanto hablando de presente y de actuaciones que deben realizarse sobre aquellas personas en que las medidas preventivas no tuvieron el efecto para las que fueron diseñadas. Evidentemente se aplicarán sobre aquellas personas que quieran que se les aplique, la voluntariedad y la libertad de las personas debe estar por encima de cualquier otra situación y los límites están marcados en la Constitución Española. Pero aquellos que quieran acceder a un programa de tratamiento sabrán que cuentan con unos derechos añadidos a los que les marca la Constitución y derechos que le harán posible la realización de este programa de tratamiento independientemente de la situación socioeconómica en que se encuentren.

Trataremos de marcar los límites a la oferta asistencial. No todo sirve para poder realizar un programa de tratamiento. Los últimos años han sido de una actividad investigadora febril y algunos de los programas de tratamiento de las drogodependencias se han demostrado como no útiles y la actividad tanto pública como privada, debe garantizar los programas de tratamiento de mínimos. Por esta razón se postula la recuperación de las instancias de intervención primaria y generales, una mayor integración entre los diferentes recursos y políticas sectoriales que inciden en el problema y una mayor implicación de las instancias locales. Mención especial deben tener las políticas de reinserción. A ello se le dedica el Título IV que, pese a que se la define como una parte más e indivisible de un programa asistencial, no es menos cierto que existen situaciones que no necesariamente precisan de un programa de tratamiento, pero sí de una intervención pública. Se establecen las medidas básicas que regulan los programas de reinserción, ante problemáticas ya instauradas de conductas adictivas y que pretenden evitar las situaciones de marginación, como el hecho de que las políticas de reinserción deben enmarcarse en el contexto del marco comunitario, aunque la Administración establezca programas especí-

ficos para igualar situaciones ya de por sí marginadas.

El Título V muestra un hecho evidente, cual es que en el trabajo en drogodependencias no deben actuar sólo los poderes públicos, sino que en el mismo deben y quieren intervenir otras instituciones encuadradas dentro del concepto de ONG. Pero esta intervención también debe tener unos límites y éstos se establecen en la complementariedad de actuaciones y no en la duplicación de esfuerzos para un único objetivo, que no es otro que la reducción de la incidencia de las drogodependencias en la Comunidad.

Pero las Administraciones también deben establecer sus límites de actuación y las prioridades de ejecución de las actuaciones. En este sentido, en la presente Ley se sientan las bases de trabajo en áreas como la formación, la investigación o la prevención (Título I), al mismo tiempo que define las estructuras de coordinación de las actuaciones a realizar en el campo de las drogodependencias. Así pues el Título V establece los criterios que deben tenerse en cuenta para que todas las actuaciones que se desarrollen en drogodependencias tengan su corresponsabilidad presupuestaria, de tal forma que estas actuaciones puedan crecer a medida que crece la propia Comunidad Autónoma, con unos mínimos garantizados.

El Título VI define el régimen de infracciones y sanciones al articulado de la presente Ley, infracciones y sanciones que deben encuadrarse dentro de las actuaciones disuasorias de las actividades mercantiles perniciosas ya que el objetivo es que no se produzcan, siendo menos costoso el evitar una situación que el compensarla.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. Del objeto de la Ley.

La presente Ley tiene por objeto regular, en el marco de las competencias que le correspon-

den a la Junta de Extremadura, las actuaciones e iniciativas a realizar en el campo de las drogodependencias, englobando éstas las áreas de prevención, asistencia y reinserción, así como las actuaciones tendentes a la protección de terceras personas, ajenas al consumo de drogas y que, por esta causa, pudieran verse afectados.

Artículo 2. Del ámbito de actuación.

Las actuaciones emanadas del articulado de la presente Ley serán de aplicación a las diferentes actuaciones tanto individuales como colectivas, de titularidad pública como privada que, en materia de drogodependencias, se realicen dentro del ámbito de la Comunidad Autónoma Extremeña.

Artículo 3. De los sujetos protegidos.

En la Comunidad Autónoma tendrán derecho a la prestación de servicios públicos en materia de drogodependencias todos los residentes en nuestra Comunidad Autónoma, así como los transeúntes nacionales o extranjeros de conformidad con las normas, tratados y convenios internacionales vigentes en esta materia

Artículo 4. Definiciones.

A efectos de la presente Ley se entiende por:

1. Drogas: Cualquier sustancia, natural o artificial, que al ser introducida en un ser humano, sea capaz de producirle alteraciones en la personalidad, en el comportamiento o para la búsqueda de nuevas sensaciones y que es capaz de producir dependencia a la/s persona/s que la consume/n. A efectos de esta Ley se utilizará indistintamente los términos de sustancia de abuso o tóxico, para identificar al término droga. A tal fin, tendrán consideración de droga:

- a) Las bebidas alcohólicas con una graduación superior al 1 por 100 de su volumen.
- b) Las sustancias estupefacientes y psicotrópicas sometidas a fiscalización y que figuran

en Listas y Anexos de la Convención de Ginebra de 1961 sobre estupefacientes y del Convenio de Viena de 1971, sobre sustancias psicotrópicas y de todas aquellas sustancias que se vayan incorporando a estas listas y que así sean suscritas por el Estado Español a tal efecto.

c) Determinadas sustancias químicas volátiles -denominadas como "inhalantes"- de uso industrial o vario, que suministradas al organismo sean capaces de producir efectos perniciosos para la salud, cambios conductuales o dependencia.

d) El tabaco y sus derivados.

e) Otras sustancias cuyo uso inadecuado conlleve los efectos descritos.

2. Drogodependencia: Se entiende por drogodependencia aquella alteración del comportamiento caracterizada por el uso continuado de drogas que se distingue por una serie de trastornos fisiológicos, cognitivos y conductuales que indican que el sujeto ha perdido el control sobre el uso de las mismas, a pesar de sus consecuencias negativas en el plano físico, psicológico, familiar, social o laboral. Con frecuencia esta alteración va acompañada de la intoxicación, tolerancia y síntomas de abstinencia por la retirada de la sustancia. A efectos de la Ley se utilizará este término equiparándolo al de dependencia.

3. Drogodependiente: Como aquella persona que sufre drogodependencia.

4. Prevención: Conjunto de medidas o actuaciones, encaminadas a:

a) Reducir la demanda y consumo de todo tipo de drogas.

b) Reducir la oferta de drogas institucionalizadas o también denominadas como legales en la sociedad, con el fin de tener una menor disponibilidad de éstas, destinadas al consumo.

5. Desintoxicación: Conjunto de medidas terapéuticas encaminadas a la interrupción del consumo continuado de una sustancia de abuso.

6. Deshabitución: Proceso terapéutico encaminado a la eliminación de una conducta drogodependiente, actuando fundamentalmente sobre los factores que originaron esta drogodependencia. Lo podremos también identificar como rehabilitación.

7. Reinserción: Conjunto de actuaciones encaminadas a la recuperación de los comportamientos individuales, de tal forma que la persona deshabituada o rehabilitada pueda integrarse armónicamente en la sociedad. A tal fin podremos utilizar los términos inserción o incorporación social de forma indistinta.

8. No se entiende a efectos de esta Ley por consumo de drogas el uso terapéutico, adecuado y beneficioso de las sustancias prescritas con prescripción y supervisión médica.

TÍTULO I

De las medidas de prevención de las drogodependencias a partir de la reducción de la demanda

CAPÍTULO I

Medidas Generales

Artículo 5. De las obligaciones de los poderes públicos.

Corresponde a los poderes públicos, en el marco de sus competencias, fomentar, desarrollar, promover, apoyar, coordinar, controlar y evaluar toda clase de programas y actuaciones tendentes a:

1. Reducir los niveles actuales de consumo de sustancias de abuso, a partir de la disminución de la demanda de éstas.

2. Informar, de forma real y adecuada a la población, sobre las características y consecuencia del consumo de drogas.

3. Intervenir sobre las condiciones sociales y los factores de riesgo que pueden favorecer el consumo de drogas.

4. Modificar las actitudes y comportamientos de la sociedad respecto a las drogodependencias, generando una conciencia solidaria frente a este problema.

5. Educar para la salud, potenciando hábitos saludables frente a las actitudes favorecedoras del consumo de drogas.

6. Adoptar medidas que tiendan a evitar los perjuicios para la salud que se derivan del consumo de drogas, no sólo para los consumidores, sino para terceros, ajenos al consumo de estas sustancias.

7. Eliminar o en su caso limitar, la presencia, promoción y venta de drogas en la sociedad.

8. Incentivar el ejercicio del derecho de la participación de los jóvenes, a través de la promoción del asociacionismo juvenil, con la concepción de que los mismos son sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad para modificar su propio medio personal y social y mediante el fomento de alternativas de ocio y tiempo libre generadas por la capacidad creativa y de cooperación de la infancia y la juventud.

9. Favorecer el acceso a los recursos económicos y sociales de aquellos grupos de población que por su situación de riesgos puedan resultar especialmente afectados por la droga.

10. Coordinar con otros organismos socio-educativos programas educativos que tengan en cuenta el déficit individual, familiar, ambiental y social que favorecen la aparición de familias desestructuradas y posibles nuevos consumidores.

Artículo 6. De las prioridades de actuación.

1. Los programas de prevención dirigidos a toda la Comunidad deberán ser objeto de una elaboración y desarrollo con participación

activa de las organizaciones sociales y movimiento asociativo, cuyas iniciativas y actividades deberán ser favorecidas a tal efecto por las administraciones públicas de la Comunidad Autónoma. En estos programas se dará preferencia a la utilización de los recursos normalizados. Para todo ello tendrá especial relevancia el desarrollo de la Ley 5/1987, de Servicios Sociales, pero en cualquier caso serán criterios prioritarios:

a) Los programas de prevención inespecíficos de las drogodependencias, siempre dentro del marco comunitario, deberán ser enmarcados en los Programas de Animación Comunitaria establecidos a tal fin por los Servicios Sociales de Base de la Comunidad Autónoma.

b) Los programas de prevención específicos en materia de drogodependencias seguirán los criterios de actuación del artículo 6, apartado 2, de la presente Ley y en cualquier caso se establecerá la coordinación técnica necesaria con los Servicios Sociales de Base.

2. En los programas de prevención dirigidos a grupos específicos de población, serán ámbitos prioritarios de actuación:

a) La comunidad escolar, incardinando las actuaciones en prevención de las drogodependencias, dentro del programa de actuaciones emanados del desarrollo de la Ley de Salud Escolar de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

A tal fin, la Junta de Extremadura, en colaboración con los demás organismos competentes, impulsará la incorporación de la Educación para la Salud en el diseño curricular de los centros escolares de la Comunidad Autónoma.

b) Población juvenil, especialmente los colectivos que en su entorno puedan tener factores favorecedores que puedan incluirlo en población de riesgo.

c) La población adulta, fundamentalmente consumidores de drogas institucionalizadas en el ámbito laboral.

3. La Junta de Extremadura desarrollará acciones destinadas a intervenir sobre las condiciones y circunstancias sociales, económicas y culturales asociadas a la aparición de problemas de drogodependencias y en especial:

a) La planificación de dotaciones y equipamientos socioculturales que contemple el adecuado equilibrio e igualdad de oportunidades en el conjunto del territorio, ciudades y barriadas y la creación de espacios de convivencia y relación alternativos.

b) La puesta en marcha de planes integrales de intervención con actuaciones sectoriales coordinadas en aquellas zonas o barriadas donde los factores sociales, educativos, culturales, sanitarios y económicos sean favorecedores del consumo de drogas.

c) La intervención en coordinación con las Corporaciones Locales sobre espacio urbano, velando por un desarrollo urbano equilibrado, basado en los criterios de solidaridad, igualdad y racionalidad, como factor de superación de las causas que inciden en la aparición de las drogodependencias, contribuyendo a la eliminación de la marginación y a la regeneración del tejido urbano y social.

Artículo 7. De la formación.

1. La Junta de Extremadura promoverá programas específicos de formación para aquellos colectivos relacionados con la prevención, asistencia e incorporación social en materia de drogodependencias.

2. Se potenciarán programas de formación en educación para la salud, incluyendo en los temarios formativos materias específicas en drogodependencias, siendo adaptadas al carácter general de estos programas.

3. Se considerará prioritaria la inclusión de contenidos formativos en drogodependencias en los diferentes planes de formación continuada de personal de los distintos organismos e instituciones de la Comunidad Autónoma.

4. Serán colectivos prioritarios a la hora de realizar actividades de formación:

a) Profesionales de Atención Primaria y Servicios Sociales de Base.

b) Profesionales de la red de asistencia a las drogodependencias.

c) Educadores de enseñanza primaria y secundaria, bien de manera específica o entroncados dentro de los Programas de Educación para la Salud dentro del desarrollo de la Ley de Salud Escolar.

d) Asociaciones de padres de alumnos legalmente constituidos.

e) Padres de adolescentes.

f) Asociaciones de Ayuda y Autoayuda, Voluntariado social, Asociaciones Juveniles y movimiento asociativo relacionadas directa o indirectamente con las drogodependencias de nuestra Comunidad Autónoma.

g) Funcionarios de la Administración de Justicia, de la Administración Penitenciaria, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, así como las Policías Municipales de la Comunidad Autónoma.

h) Representantes de los trabajadores y delegados de prevención.

i) Profesionales de Instituciones Públicas o Privadas de atención a menores.

j) Profesionales de las oficinas de Farmacia.

5. Estas actuaciones en formación podrán ser realizadas en colaboración con otras entidades públicas o privadas de nuestra Comunidad Autónoma.

6. Se fomentarán los estudios de posgraduados en nuestra Comunidad Autónoma y en las diferentes áreas de intervención en drogodependencias.

Artículo 8. De la investigación.

1. Con el objeto de aumentar en nuestra Comunidad Autónoma los conocimientos sobre el fenómeno de las drogodependencias, la Junta de Extremadura, a través de sus distintos departamentos, promoverá la realización de estudios y la ejecución de proyectos de investigaciones en relación con este tema. Uno de los instrumentos con los que se contará serán los Planes Regionales de Investigación y Desarrollo Tecnológico de Extremadura, que orientarán una de sus Áreas Estratégicas hacia la calidad de vida, la salud y el bienestar, fijando para estos ámbitos los correspondientes programas regionales.

2. La Junta de Extremadura realizará encuestas periódicas y estudios epidemiológicos para conocer la incidencia, prevalencia y problemática social de las drogodependencias.

3. La Junta de Extremadura establecerá un centro de documentación en drogodependencias, al servicio de la población general, profesionales, así como a los organismos públicos y privados de nuestra Comunidad Autónoma.

4. El Plan Regional de Drogodependencias incluirá una memoria anual de actividades en la Comunidad Autónoma.

5. La Junta de Extremadura evaluará los programas ejecutados desde el Plan Regional en las diferentes áreas de intervención.

6. La Junta de Extremadura establecerá líneas presupuestarias destinadas a la investigación, dictaminando ésta las líneas preferentes de investigación, así como la periodicidad de estas líneas, estableciéndose como actuaciones prioritarias las que se desarrollen en el ámbito escolar, juvenil y laboral de la Comunidad Autónoma.

7. La Junta de Extremadura creará premios a la investigación en materia de drogodependencias elaborados en nuestra Comunidad Autónoma o cuyos objetivos estén en el conocimiento del fenómeno en esta Comunidad.

CAPÍTULO II

De las medidas de control de la promoción y publicidad

Artículo 9. De las limitaciones a la publicidad en los medios de comunicación social.

1. Sin perjuicio de lo establecido en la Ley 34/1988, General de Publicidad, la promoción y publicidad, tanto directa como indirecta, de tabaco y sus labores deberá respetar, en todo caso, las siguientes limitaciones:

a) Queda prohibida cualquier campaña, sea como actividad publicitaria o no publicitaria dirigida a menores de 18 años que induzca directa o indirectamente al consumo de tabaco.

b) En ningún caso podrán utilizarse voces o imágenes de menores de 18 años, para ser utilizados como soportes publicitarios.

c) En la confección de tal publicidad no podrán utilizarse argumentos dirigidos a menores de 18 años, ni los fundados en la eficacia social de su consumo, su carácter de reto, estimulante, sedante o placentero. Tampoco se podrá asociar su consumo a prácticas sociales, educativas, sanitarias o deportivas ni que tengan relación con el rendimiento físico o psíquico o efectos terapéuticos del mismo. Asimismo se fomentará la imagen positiva de la abstinencia.

d) No se permitirá enviar ni distribuir prospectos, carteles, invitaciones a través de buzono, teléfono y, en general, mediante mensajes que se envíen a domicilio u objetos de cualquier tipo en los que se nombre tabaco, marcas, empresas productoras o establecimientos en los que se realiza su consumo, sin que pueda constatarse que esta publicidad pueda ser recibida por menores de 18 años.

2. Los periódicos, revistas y demás publicaciones, así como cualquier medio de registro y reproducción gráfica o sonora ubicados en la Comunidad Autónoma de Extremadura, estarán sometidas a las siguientes limitaciones:

a) En las publicaciones dirigidas a menores de 18 años estará prohibido todo tipo de publicidad directa o indirecta de tabaco.

b) En las publicaciones generales no podrá incluirse publicidad de tabaco en las portadas, páginas centrales, páginas deportivas, páginas dedicadas a pasatiempos, información de la programación de actividades culturales, así como las dedicadas a la información de programas televisivos y radio.

3. De estas limitaciones queda excluida la publicidad indirecta de tabaco que pueda derivarse de programas no específicamente publicitarios, como las retransmisiones deportivas, por razón de patrocinio o de publicidad estática.

4. No se permitirá la emisión de publicidad de tabaco desde los centros emisores de la Comunidad Autónoma Extremeña tanto de televisión como de radio, entre las 8 y las 22 horas, todos los días de la semana

5. Con el fin de evitar incumplimientos involuntarios en materia de publicidad, las agencias y medios de publicidad o difusión podrán solicitar la autorización administrativa previa a la que refiere el artículo 8 de la Ley General de Publicidad.

6. La Junta de Extremadura impulsará la formalización de acuerdos con empresas fabricantes y distribuidoras de tabaco destinados a la autoregulación de la publicidad de esta sustancia.

Artículo 10. De la publicidad exterior.

No se permitirá la publicidad exterior de tabaco, excepto las labores de tabaco catalogadas como bajos en nicotina y alquitrán, entendiéndose por tal aquella publicidad susceptible de atraer mediante imagen o sonido la atención de personas que permanezcan o discurren por ámbitos de utilización general como calles, plazas, parques o espacios abiertos.

Quedan exceptuadas de esta prohibición las señales indicativas propias de los puntos de producción y venta legalmente autorizados, que estarán sometidas a las limitaciones del artículo 9.

Artículo 11. De las prohibiciones.

Se prohíbe la publicidad, directa o indirecta, de tabaco en los siguientes locales públicos:

1. Los centros y dependencias de la Administración Autonómica.
2. En los centros oficiales y no dependientes de la Comunidad Autónoma, destinados a menores de 18 años.
3. Los centros sanitarios y sociales, así como sus recintos.
4. En los centros o salas de espectáculos, cuando estén dirigidos a menores de 18 años.
5. En los centros docentes, incluidos los destinados a enseñanzas deportivas, tales como las escuelas deportivas, convenciones deportivas o cualquier otro acto de carácter docente deportivo.
6. En los medios de transporte público, tanto en el exterior como en el interior, así como los locales o estancias destinados para la espera de estos transportes públicos.
7. Todos los lugares donde esté prohibida su venta y/o dispensación.
8. Otros centros y lugares que sean determinados reglamentariamente.

TÍTULO II

De las medidas preventivas a partir de la reducción de la oferta de sustancias de abuso

CAPÍTULO I

De las limitaciones a la venta, distribución, dispensación y consumo de tabaco y sus labores

Artículo 12. De las limitaciones a la venta, dispensación o distribución.

1. No se permitirá la venta, distribución o dispensación de tabaco o sus labores, ni de productos que lo imiten o pudiesen ser inductores al consumo, a menores de 18 años en todo el territorio de la Comunidad Autónoma Extremeña.

2. No se permitirá la venta, distribución o dispensación de tabaco o sus labores en:

a) Todos aquellos lugares destinados a un público preferentemente menor de 18 años.

b) En los centros y dependencias de la Comunidad Autónoma Extremeña.

c) Los centros o servicios sanitarios y socio-sanitarios o sus recintos.

d) Los centros educativos de enseñanza primaria, secundaria, así como los destinados a la enseñanza deportiva.

e) Las instalaciones deportivas, sean de uso docente o no docente.

3. En los lugares en los que hace referencia el apartado anterior queda totalmente prohibida la venta o suministro de tabaco a través de máquinas automáticas aunque cumplan los requisitos del apartado 4 del presente artículo.

4. La venta de tabaco, a través de máquinas automáticas, no estará permitida, a no ser que cumplan los siguientes requisitos:

a) Deben encontrarse en locales cerrados.

b) No se permitirá la compra o dispensación a menores de 18 años.

c) Deben estar a la vista de una persona encargada, de tal forma que se puedan cumplir las limitaciones a la venta de tabaco de la presente Ley.

d) En su superficie frontal y con caracteres legibles deberá expresarse claramente la prohibición de venta y distribución a menores de 18 años.

5. En todos los establecimientos donde se expendan tabaco se colocarán carteles con una dimensión de cuarenta por treinta centímetros de superficie y en ellos se expresará el siguiente texto: "Está prohibida la venta suministro y dispensación, gratuita o no, de tabaco a personas menores de 18 años".

Artículo 13. De las limitaciones al consumo.

1. En atención a la promoción y defensa de la salud, no se permitirá fumar, con las excepciones numeradas en el apartado 2 del presente artículo, en:

a) Cualquier área laboral donde trabajan mujeres embarazadas.

b) Lugares donde exista mayor riesgo a la salud del trabajador por combinar la nocividad del tabaco con el perjuicio ocasionado por el contaminante industrial o riesgos añadidos por concentraciones de gases u otras circunstancias.

c) Centros de atención social destinados a menores de 18 años.

d) Centros, servicios o establecimientos sanitarios.

e) Centros docentes.

f) Zonas de las Administraciones Públicas destinadas a la atención del público.

g) Locales donde se elaboren, transformen, preparen o vendan alimentos, excepto los destinados principalmente a consumo de los mismos, manteniéndose la prohibición de fumar a los manipuladores de alimentos.

h) Salas de uso público general, lectura y exposición.

i) Locales comerciales cerrados con frecuente congregación de personas.

j) Salas de teatro, cinematógrafos y otros espectáculos públicos y deportivos en locales cerrados.

k) Ascensores y elevadores.

2. Los responsables de los centros enumerados en los párrafos d, e, f, h y j podrán habilitar salas destinadas a fumadores.

En cualquier caso todos los lugares enumerados en el párrafo anterior tendrán la conveniente señalización con la prohibición expresa de no fumar o, en su caso convenientemente señalizadas las salas o lugares destinados a fumadores y que en ningún caso podrán ser zonas de convivencia entre profesores y alumnos, en el caso de los centros docentes, caso de ser menores de 18 años, y usuarios de los diferentes servicios o visitantes, en el caso de los centros sanitarios.

3. En atención a conflictos que pudiesen ocasionar la prohibición de fumar, como norma, prevalecerá el derecho de no fumar, en atención a la promoción y defensa de la salud.

CAPÍTULO II

De la prevención de otras adicciones

Artículo 14. De las sustancias volátiles.

1. No se permitirá la venta directa a los menores de 18 años de colas y sustancias químicas volátiles de uso industrial o vario, que puedan producir efectos nocivos para la salud o crear dependencia.

2. De la prohibición reflejada en el punto anterior se excluye la venta a menores de 18 años y mayores de 16 años que acrediten el uso y destino profesional de estos productos.

3. Reglamentariamente, la Junta de Extremadura establecerá listados de las sustancias a las que hace referencia el presente artículo.

Artículo 15. De la información de psicofármacos.

La Junta de Extremadura elaborará y facilitará información a los profesionales de la sanidad acerca del uso de fármacos psicoactivos u otros fármacos o medicamentos capaces de producir dependencia. Esta información se realizará en las memorias anuales del Plan Regional de Drogas.

TÍTULO III

De las medidas asistenciales a personas afectadas por las drogodependencias

CAPÍTULO I

Criterios generales

Artículo 16. De la atención a los drogodependientes.

La atención a los drogodependientes en la Comunidad Autónoma Extremeña tendrá los siguientes criterios generales de actuación:

1. Las drogodependencias, a efectos asistenciales, tendrán la consideración de enfermedad, como alteración de la salud que es.

2. Se garantizará el tratamiento de las adicciones en el medio comunitario, integrada en el medio más próximo al hábitat del individuo y su entorno sociofamiliar, cuya ordenación territorial garantice la homogeneidad de los recursos en una red única que proporcione cobertura asistencial a toda la población a la que se refiere el artículo 3 de la presente Ley. Todos los recursos públicos de asistencia e incorporación social de las personas drogodependientes estarán integradas en las redes generales asistenciales, evitando así la paralización y fragmentación de la asistencia, todo ello en el marco de la Ley 5/1987, de Servicios Sociales, Plan de Salud Mental y Plan de Salud de la Comunidad Autónoma.

3. El sistema sanitario público garantiza la asistencia hospitalaria, en aquellos casos en los que se precise de estos servicios, ya sea por problemas derivados por cuadros agudos provocados por el uso/abuso de drogas o por las complicaciones orgánicas que pudieran

producirse a lo largo de su drogodependencia. La Junta de Extremadura impulsará la realización de conciertos para el establecimiento de unidades de desintoxicación hospitalaria para los drogodependientes que así lo precisasen.

4. Se garantizará la atención integral al drogodependiente, en igualdad de condiciones que el resto de la población no afectada por las drogodependencias.

5. La atención tendrá la máxima coordinación entre los servicios sanitarios y sociales de la Comunidad.

6. Quedará garantizada la atención a los drogodependientes, con carácter de gratuidad en cualquiera de los niveles de atención sociosanitario.

7. Los centros y servicios de atención al drogodependiente públicos o privados dispondrán de información accesible de los derechos y deberes de los drogodependientes, así como de libros de reclamaciones.

8. Los centros de atención a los drogodependientes dispondrán de locales bien identificados en su acceso exterior, así como la identificación de los profesionales que van a atender su proceso terapéutico.

9. Se favorecerá la implantación de servicios específicos de atención a trabajadores drogodependientes, con el objetivo de orientar, informar y apoyar los procesos de tratamiento, así como la evitación de la exclusión laboral. Para su creación deberán tenerse en cuenta los servicios médicos de empresa, organizaciones sindicales y los recursos específicos existentes en materia de drogodependencias.

10. La oferta terapéutica para la atención a las personas drogodependientes deberá ser accesible y diversificada incluyendo las diferentes tipologías de tratamiento existentes y de eficacia científica reconocida, incluyendo como un apartado más las diferentes líneas

de intervención definidas como reducción de los riesgos y los daños, entre las cuales deben incluirse:

a) De prevención de enfermedades y de asesoramiento y apoyo psicológico dirigidos a las personas afectadas y a sus convivientes.

b) De mantenimiento, mediante la dispensación de opiáceos sustitutivos en la red asistencial.

c) De educación sanitaria, que facilite a los afectados la adecuada utilización del material sanitario necesario para evitar la transmisión de enfermedades.

11. En el marco de la Ley 5/1987, de Servicios Sociales de Extremadura, se garantizará la cobertura de situaciones de necesidad social del drogodependiente y convivientes incluyendo, cuando las circunstancias económicas lo demanden, los gastos derivados del tratamiento, tales como el desplazamiento a los Servicios Especializados de atención a las drogodependencias cuando no se ubiquen en la localidad de residencia del drogodependiente.

CAPÍTULO II

De los centros de atención a las drogodependencias

Artículo 17. Definición y tipología de centros de atención a los drogodependientes.

1. Tendrán la consideración de centros de atención a las drogodependencias aquellos centros o instalaciones tanto públicas como privadas que realicen actuaciones específicas sobre la condición de drogodependiente y que estas actuaciones tengan relación con el objetivo último de seguir un programa terapéutico con el objetivo de normalizar su conducta y mejorar o solucionar su relación actual o anterior con las drogas.

2. Los centros a los que hace referencia anterior podrán ser clasificados atendiendo a los programas terapéuticos ejecutados como:

- a) Centros específicos ambulatorios.
- b) Pisos de acogida.
- c) Centros de emergencia social.
- d) Comunidades terapéuticas, entendidas como centros de internamiento de drogodependientes.
- e) Pisos de reinserción, entendidos como estructuras de destino de drogodependientes sin una estructura social mínima que le permita su incorporación social sin el apoyo de estas estructuras de reinserción. Podrán ser como continuidad de otros programas en régimen de internamiento o en régimen ambulatorio.
- f) Centros de reinserción laboral, entendidos como aquellos centros donde se realicen actuaciones únicas y específicas sobre drogodependientes y que tengan como fin último la adquisición de los conocimientos y habilidades suficientes para posibilitar su incorporación laboral.
- g) Otros centros o servicios que pudieran definirse atendiendo a las permanentes circunstancias cambiantes del fenómeno de las drogodependencias y que sean definidos reglamentariamente.
- rá garantizar la atención en las áreas de intervención establecidas en el programa terapéutico presentado, definidos los profesionales por las siguientes áreas de intervención:
- I) Área sanitaria.
II) Área psicológica.
III) Área social.
IV) Área laboral.
- c) Programa terapéutico a realizar con los drogodependientes, con los siguientes criterios básicos:
- I) Cumplimiento de los derechos de los drogodependientes contemplados en el ordenamiento jurídico, con especial referencia a los referidos en la presente Ley.
II) Fases y temporalización del programa terapéutico.
III) Reglamento de régimen interno del centro.
IV) Causas de alta del programa.
- d) Libro de reclamaciones a disposición de los drogodependientes y familiares del mismo.
- e) Caso de apertura, traslado o cierre, memoria justificativa del hecho.

Artículo 18. De los requisitos mínimos de los centros de atención a las drogodependencias.

1. Los centros de atención a las drogodependencias ubicados en el territorio de la Comunidad Autónoma deberán contar:

- a) Libro de registro debidamente diligenciado por la Consejería de Bienestar Social. El libro de registro será válido tanto en soporte informático como en papel.
- b) Con personal técnico cualificado responsable de las actividades a realizar sobre los drogodependientes y que será definido reglamentariamente atendiendo al tipo de centro de que se trate, pero que en todo caso debe-

f) Caso de centros de carácter privado, además de lo estipulado en la presente Ley, régimen de precios de los diferentes servicios prestados en el centro.

2. Los requisitos mínimos a los que hace referencia el presente artículo serán de aplicación a cada una de las tipologías definidas en el artículo anterior.

Artículo 19. De las autorizaciones de los centros o servicios de atención a las drogodependencias.

1. Los centros o servicios de atención a las drogodependencias ubicados en nuestra Comunidad Autónoma quedarán sujetos a la

autorización administrativa previa que, para su construcción, ampliación, reforma, modificación, supresión o funcionamiento, determinará la Junta de Extremadura reglamentariamente.

2. Además de la autorización administrativa previa, la Junta de Extremadura establecerá reglamentariamente las normas que deberán cumplir para poder ser homologados y convalidados por la propia administración.

3. Los centros de carácter privado estarán sujetos a lo estipulado en el articulado de esta Ley a excepción de lo referido en el artículo 20, punto 1.

CAPÍTULO III

De los derechos de las personas drogodependientes en relación con la asistencia

Artículo 20. De los derechos de los drogodependientes sometidos a tratamiento.

Las personas drogodependientes, a lo largo de todo su proceso terapéutico, además de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico del Estado y de la Comunidad Autónoma Extremeña, en el marco de esta Ley, tendrán especial relevancia los siguientes derechos:

1. A la gratuidad de la asistencia, dentro del sistema sociosanitario de la Red Asistencial de la Junta de Extremadura.

2. A la confidencialidad de toda la información relativa a su proceso de drogodependencia.

3. A la información sobre los servicios y recursos a los que se puede acceder y los requisitos y exigencias que plantea su tratamiento.

4. A la libre elección entre las diferentes ofertas terapéuticas reconocidas.

5. A una oferta terapéutica completa, así como a su asistencia por equipos multidisciplinares de atención a las drogodependencias.

6. A la voluntariedad para iniciar y cesar un proceso terapéutico iniciado con el fin de abandonar su drogodependencia, excepto en los casos señalados por la legislación vigente.

7. A la presentación verbal o por escrito, de un programa terapéutico individualizado, una vez evaluado su proceso por el equipo terapéutico.

8. A la acreditación por escrito de su drogodependencia, así como del proceso y evolución que ha seguido en el centro de atención.

9. A la firma de un contrato terapéutico que garantice:

a) La atención expuesta verbalmente o por escrito.

b) El compromiso del usuario a seguir las indicaciones emanadas del equipo terapéutico.

c) La participación activa de la familia o responsables del paciente a lo largo de todo el proceso terapéutico.

CAPÍTULO IV

De la asistencia a los drogodependientes por los servicios de atención en la Comunidad Autónoma Extremeña

Artículo 21. De los principios inspiradores.

La atención a los drogodependientes en nuestra Comunidad Autónoma se regirá en los principios inspiradores de la Ley General de Sanidad y en el desarrollo legislativo de Atención Primaria, Plan de Salud de la Junta de Extremadura y Ley de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma.

Artículo 22. De los niveles de intervención.

La atención a las drogodependencias estará conformada por tres niveles de atención:

1. Primer nivel, formado por:

- a) Equipos de atención primaria y sanitarios locales.
- b) Servicios Sociales de Base.
- c) Asociaciones de Apoyo o Ayuda a los drogodependientes.
- d) Programas Municipales de Drogodependencias.
- e) Los Comités y Delegados de Prevención.

2. Segundo nivel, formado por:

- a) Los centros y servicios específicos de atención a las drogodependencias, ya sean de ámbito público o privado, legalmente constituidos en nuestra Comunidad Autónoma.
- b) Centros de Salud Mental.
- c) Hospitales Generales.
- d) Recursos de rehabilitación de régimen intermedio, tales como pisos de acogida, pisos de apoyo a los programas de desintoxicación o talleres ocupacionales terapéuticos.

3. Tercer nivel, formado por:

- a) Unidades de Desintoxicación Hospitalaria.
- b) Comunidades Terapéuticas públicas o privadas, legalmente constituidas en nuestra Comunidad Autónoma.
- c) Talleres de reinserción laboral.

Artículo 23. De las funciones por niveles.

La Junta de Extremadura establecerá reglamentariamente las funciones específicas de estos tres niveles de atención, si ello fuera necesario, dentro de su ámbito competencial.

CAPÍTULO V

Ámbito judicial y penitenciario

Artículo 24. De los criterios de actuación en el ámbito judicial y penitenciario.

La Junta de Extremadura fomentará, junto con el Estamento Judicial y Penitenciario los criterios de actuación con estas Instituciones, en aras de la consecución de los siguientes objetivos:

1. Facilitar la atención al detenido desde las estructuras de la red de atención a las drogodependencias.
2. Favorecer la asistencia al penado en el medio penitenciario con el fin de que éste realice un proceso de tratamiento en el medio en que se encuentra y facilitar así su futura integración social.
3. Impulsar desde la Junta de Extremadura el cumplimiento de penas en régimen alternativo al medio penitenciario. En este sentido se regularán las condiciones precisas para que este apartado se cumpla de la forma más eficaz posible.
4. Propugnar la realización de programas de educación para la salud, encaminados fundamentalmente a la reducción de riesgos y daños y mejora de las condiciones generales de salud del drogodependiente.

En este mismo sentido se incorporarán programas dirigidos a aquellos reclusos portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), destinados fundamentalmente a la evitación de la transmisión de este proceso.

5. Mantener canales de información permanentes con la población penitenciaria, para de esta forma favorecer el acceso del interno, una vez haya cumplido su pena de privación de libertad, a los recursos asistenciales normalizados en el medio comunitario.

6. Establecer programas de colaboración para atender de forma eficaz los problemas de naturaleza jurídico-penales de la población drogodependiente. Este apartado incluirá la función de asesoramiento a las diferentes Instituciones u Organizaciones implicadas en el campo de las drogodependencias.

CAPÍTULO VI Ámbito laboral

Artículo 25. De los criterios de actuación en el ámbito laboral.

En el ámbito laboral, la Junta de Extremadura establecerá los criterios de actuación, encaminados a que las drogodependencias sean abordadas desde este medio de forma coordinada con el Plan Integral sobre Drogas de nuestra Comunidad Autónoma. En este sentido serán criterios prioritarios:

1. Crear el clima favorecedor para que las drogodependencias, tal y como están definidas en la presente Ley, o las patologías derivadas del consumo de drogas, no sean un instrumento de discriminación en el medio laboral.
2. Desarrollar programas preventivos, para disminuir el consumo de drogas, tanto de las institucionalizadas como las no institucionalizadas.
3. Establecer programas de formación continuada, en colaboración con las Organizaciones Empresariales, Sindicales y Servicios Médicos de Empresas.
4. Favorecer el diagnóstico precoz de las drogodependencias a través de los servicios sanitarios normalizados de las empresas.
5. Facilitar, desde el medio laboral, el acceso de los drogodependientes a los servicios especializados en atención a las drogodependencias.
6. Utilizar su propio medio laboral, como mecanismo útil de deshabituación al consumo de drogas.

7. La Junta de Extremadura impulsará los acuerdos entre organizaciones empresariales y sindicales encaminadas a la reserva del puesto de trabajo, mientras persista el proceso de tratamiento voluntario del mismo. En este sentido se establecerán los criterios a cumplir por parte de la persona afectada, para el cumplimiento de este apartado.

TÍTULO IV

De las medidas de reinserción del drogodependiente

CAPÍTULO I

Criterios Generales de actuación

Artículo 26. De los criterios generales.

Las medidas de reinserción de los drogodependientes en nuestra Comunidad Autónoma tendrán los siguientes criterios de actuación:

1. Se considera la reinserción como una parte más e indivisible y sin solución de continuidad del proceso terapéutico seguido por el drogodependiente.
2. Será considerada como el objetivo máximo de intervención en el proceso terapéutico.
3. Se potenciará la reinserción desde el medio comunitario propio del drogodependiente, utilizando para ello los recursos y servicios normalizados de la Comunidad.
4. Se garantizará el acceso de los drogodependientes, en igualdad de condiciones que el resto de la Comunidad, a programas de reinserción o resocialización establecidos a tal fin en su ámbito de convivencia.
5. La Junta de Extremadura, a través de sus órganos competentes, podrá establecer programas de reinserción individualizados en aquellos casos en los que no pudiese ser efectiva a través de los recursos normalizados de la Comunidad.

Así mismo, la Consejería de Bienestar Social participará e impulsará el desarrollo de pro-

gramas de reinserción a través de los Programas Municipales de Drogodependencias, Organizaciones no Gubernamentales y Servicios Sociales de Base.

CAPÍTULO II

De las medidas de reinserción a través de los diferentes niveles de intervención en las drogodependencias

Artículo 27. De las medidas de reinserción.

Corresponde al Plan Regional de Drogodependencias ser el nexo de unión de las diferentes iniciativas a realizar en el área de reinserción de los drogodependientes sometidos a un proceso terapéutico.

Artículo 28. Del primer nivel.

Corresponde al primer nivel, la puesta en marcha de programas de reinserción comunitarios, atendiendo a los siguientes criterios:

1. Tendrán un carácter general y no segregante.
2. Deberán contar con los recursos y servicios existentes en la comunidad de carácter normalizado.
3. Se fomentará la participación activa de toda la comunidad en la puesta en marcha de estos programas de intervención.
4. A los agentes sociales del nivel primario de atención a las drogodependencias, les corresponde el planteamiento de alternativas al proceso de reinserción y resocialización de la Comunidad, planteando opciones de carácter formativo y cultural frente a los criterios de intervención puramente paliativos y parciales de integración.
5. El nivel primario deberá coordinarse con el resto de niveles de intervención para así conseguir la reinserción del drogodependiente en el medio sociofamiliar.

Artículo 29. Del segundo nivel.

Corresponde al segundo nivel de atención a las drogodependencias, las funciones de seguimiento terapéutico, analíticas de sustancias de abuso, asesoramiento, apoyo técnico y coordinación con el nivel primario de atención.

Artículo 30. De los centros específicos.

Desde los centros específicos del nivel secundario:

1. Se propugnará la creación de programas de reinserción individualizados, siempre en el marco de intervención terapéutica sobre el drogodependiente en tratamiento.
2. Establecerá los criterios terapéuticos necesarios para que un drogodependiente pueda acceder al nivel terciario, así como al acceso a los programas de reinserción individualizados.

Artículo 31. Del tercer nivel.

La Junta de Extremadura fomentará la creación de estructuras de reinserción en el nivel terciario de intervención en drogodependencias, con los siguientes criterios de actuación:

1. La reinserción laboral será su objetivo prioritario.
2. Estará en coordinación con los niveles primario y secundario para la consecución de la reinserción social plena del drogodependiente.
3. Serán estructuras dependientes de los centros específicos del nivel secundario.

TÍTULO V

De la organización y financiación

CAPÍTULO I

De la organización y competencias administrativas

Artículo 32. De la Junta de Extremadura.

Corresponde a la Junta de Extremadura:

1. La planificación y superior coordinación de todas aquellas actuaciones que pudieran desarrollarse en el campo de las drogodependencias en la Comunidad Autónoma.

2. La aprobación del Plan Regional sobre Drogodependencias a propuesta de la Consejería de Bienestar Social.

3. El establecimiento de las prioridades de intervención en materia de drogodependencias, con la periodicidad que éste estime.

4. Los requisitos de los Centros, Servicios o Establecimientos de tratamiento de las Drogodependencias.

Artículo 33. De la Consejería de Bienestar Social.

1. Le corresponde la ejecución de todas aquellas medidas emanantes del Ejecutivo Extremeño y propuestas del Consejo Regional sobre las Drogodependencias en materia de drogodependencias.

2. Creará o, en su caso, propondrá las estructuras administrativas necesarias para la ejecución del Plan Regional sobre Drogas, dentro de su ámbito competencial.

3. Representará al Ejecutivo Extremeño en aquellas intervenciones que en materia de drogodependencias se produzcan en las Instituciones del Estado Español o en los Gobiernos Autonómicos.

4. La inspección, homologación y acreditación de los centros a los que hace referencia el Capítulo II del Título III de la presente Ley en la Comunidad Autónoma Extremeña.

5. El establecimiento de conciertos con centros de titularidad privada radicados en la Comunidad Autónoma.

6. La formulación del anteproyecto presupuestario para el Plan Regional de Drogodependencias.

7. La elaboración y propuesta para aprobación por Consejo de Gobierno del Plan Regional sobre Drogas, configurándose el mismo como el instrumento para la planificación y ordenación de recursos, objetivos y actuaciones en materia de drogodependencias que se desarrollen en la Comunidad Autónoma, siendo objeto de informe previo por parte de la Comisión Regional sobre Drogas y la Comisión de Política Social de la Asamblea de Extremadura, atendiendo a lo establecido en el artículo 143 del Reglamento de la Asamblea de Extremadura.

Artículo 34. De la Secretaría Técnica de Drogodependencias.

1. Es el órgano de asesoramiento, gestión, planificación y coordinación de todas aquellas actuaciones que en materia de drogodependencias se produzcan en la Comunidad Autónoma.

2. El rango de esta Secretaría Técnica, así como su nombramiento, será designado por la Junta de Extremadura a propuesta de la Consejería de Bienestar Social.

3. Estará configurada como una unidad administrativa y contará con un equipo de gestión y planificación en las siguientes áreas de intervención: prevención, asistencia y reinserción.

Artículo 35. De las corporaciones locales.

1. Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento jurídico vigente le atribuye y en el marco de las mismas, corresponde a las corporaciones locales de la Comunidad Autónoma de Extremadura, en su ámbito territorial:

a) El otorgamiento de licencias de apertura a los establecimientos donde se vendan, dispensen o distribuyan bebidas alcohólicas, con los criterios establecidos en base a la disposición adicional segunda de la presente Ley.

- b) Adoptar las medidas cautelares dirigidas a asegurar el cumplimiento de lo establecido en esta Ley.
- c) La creación de estructuras de coordinación local que fomenten el desarrollo de actividades de prevención en el ámbito municipal.
- d) La participación en actividades, en cualquiera de las áreas de intervención, junto con otras entidades de ámbito local o autonómico.
- b) Informar las normas de desarrollo de la presente Ley.
- c) Conocer la concesión de ayudas económicas destinadas a las Organizaciones No Gubernamentales y Entidades Locales.
- d) Cualesquiera otras que, en el marco de sus competencias, se le atribuyan reglamentariamente.

2. Caso de municipios con un número mayor de 10.000 habitantes, además de lo establecido en el punto anterior, tendrán las competencias de aprobar, ejecutar y evaluar los Planes o Programas Municipales de intervención en drogodependencias, de conformidad con los criterios establecidos en el Plan Regional elaborado por la administración autonómica, a través de las estructuras de coordinación local, teniendo especial relevancia los Servicios Sociales de Base del municipio.

Artículo 36. Del Consejo Regional sobre las Drogodependencias.

1. Se crea el Consejo Regional sobre Drogodependencias, configurándose como un órgano consultivo y de participación social en materia de drogodependencias incorporándose al mismo representantes de todas aquellas Instituciones Públicas o Privadas que tengan relación con las mismas. La composición, que se desarrollará reglamentariamente, deberá garantizar que la representación de las Administraciones Públicas no sea superior al 40 del total del Consejo.
2. La Junta de Extremadura regulará su composición y funcionamiento de este órgano consultivo en el que, al menos, le serán de aplicación las siguientes funciones:
- a) Conocer con carácter previo a su aprobación el Plan Regional sobre Drogas, así como la dotación presupuestaria anual para la aplicación de las prioridades marcadas por el Consejo de Gobierno.

Artículo 37. De las Instituciones Públicas y Privadas.

1. Las Instituciones Públicas y Privadas fomentarán la participación del voluntariado en materia de drogodependencias en nuestra Comunidad Autónoma.
2. Se considerará preferente la actuación del voluntariado en lo que se circunscribe a la concienciación social, la prevención en el ámbito comunitario y el apoyo a la reinserción.
3. Su régimen de funcionamiento, participación y coordinación con el Plan Regional sobre Drogas podrá ser regulado reglamentariamente.

CAPÍTULO II
De la financiación

Artículo 38. De la financiación.

La Junta de Extremadura, a través de los presupuestos de la Consejería de Bienestar Social, podrá subvencionar la puesta en marcha de Planes o Programas Municipales de intervención en Drogodependencias, así como para la puesta en marcha y/o mantenimiento de programas de intervención en drogodependencias por las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) de la Comunidad Autónoma, atendiendo a los siguientes criterios:

1. Que los objetivos de éstos estén enmarcados en los objetivos del Plan Regional.

2. Que éstos no signifiquen una duplicidad de recursos en la Comunidad Autónoma.

3. Sometimiento de los programas y del destino de las subvenciones a los órganos de control e inspección de la Administración.

4. Garantía de democracia interna en la composición y funcionamiento de la Institución y sus órganos de gobierno.

5. Que el Pleno Municipal apruebe estos Programas.

6. Que en los presupuestos de los municipios figuren aplicaciones presupuestarias destinadas a estos Programas.

Artículo 39. De las subvenciones.

1. Las Instituciones Públicas y Privadas podrán concurrir a subvenciones de la Junta de Extremadura, en base a programas a desarrollar en materia de drogodependencias, siendo concedidas atendiendo a los objetivos planteados y que éstos estén entroncados en los del Plan Regional de Drogodependencias.

2. Los Ayuntamientos a los que se alude en el artículo 35.2 y que deseen recibir financiación de la Junta de Extremadura para el desarrollo de las actuaciones que prevé esta Ley, vendrán obligados a disponer de un Plan Municipal sobre Drogodependencias, en los términos en los que se refiere el mencionado artículo.

3. Igualmente podrán celebrarse convenios y conciertos para la puesta en marcha y/o mantenimiento de programas de intervención en drogodependencias con medios ajenos a la red asistencial pública, siempre y cuando se trate de entidades y organizaciones sin ánimo de lucro, cumpliendo la normativa vigente y los objetivos del Plan Regional sobre Drogas.

TÍTULO VI

Del régimen de infracciones y sanciones

Artículo 40. Del régimen sancionador.

1. Constituyen infracciones administrativas a esta Ley las acciones y omisiones que se tipifican en los artículos siguientes.

2. Las sanciones impuestas por las infracciones administrativas tipificadas en esta Ley requerirán la previa instrucción del oportuno expediente, que se ajustará al procedimiento establecido en el Decreto 9/1994, o bien en el RD 1398/1993, dependiendo del órgano competente, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 48, 49 y 50 de esta Ley.

3. Serán sujetos responsables de la infracción las personas físicas o jurídicas que incurran en las acciones u omisiones tipificadas en esta Ley. De las infracciones cometidas por los empleados o dependientes de personas físicas o jurídicas, con ocasión del ejercicio de sus funciones, responderán solidariamente tanto el infractor como los propietarios del establecimiento. De las infracciones previstas en esta Ley en materia de publicidad serán responsables solidarios el anunciante, el empresario creador de la publicidad y el empresario difusor de la publicidad.

Artículo 41. De la prescripción de las infracciones y sanciones.

Las infracciones y sanciones a las que se refiere la presente Ley prescribirán:

- a) Al año las faltas leves.
- b) A los dos años las faltas graves.
- c) A los 3 años las faltas muy graves.
- d) Asimismo, será causa de prescripción de las infracciones el hecho de que caduque el procedimiento sancionador, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto 9/1994 y el artículo 6 del Real Decreto 1398/1993.

Artículo 42. De las infracciones muy graves.

Son infracciones muy graves:

- 1. Incumplir lo establecido en los artículos 9.1 a, 9.2 a, 9.4, 10, 11, 12.4, 181. c l.

2. La reincidencia o reiteración de infracciones graves.

Existe reincidencia cuando haya sido sancionado por la comisión de dos o más infracciones graves en los 3 últimos años.

Artículo 43. De las infracciones graves.

Son infracciones graves:

1. Incumplir lo establecido en los artículos 9.1 b, 9.1 c, 9.1 d, 9.2 b, 12.1, 12.2, 12.3, 13, 14, 18.1 b, 18.1 c.III, 18.1 d, así como lo establecido en la disposición adicional cuarta de la presente Ley.

2. Negar la información o proporcionar datos falsos o fraudulentos, así como obstruir la acción de los servicios de inspección.

3. La reincidencia o reiteración en faltas leves.

Existe reincidencia cuando haya sido sancionado por la comisión de dos o más infracciones leves en los 2 últimos años.

Artículo 44. De las infracciones leves.

Son infracciones leves:

1. Incumplir lo establecido en los artículos 12.5, 18.1 a, 18.1 c.II, 18.1 c.IV y 18.1 f.

2. La negligencia en el almacenamiento, colocación o custodia del tabaco en locales comerciales o de otro tipo que posibiliten el consumo o acceso a dichos productos a menores de 18 años.

3. Cualquier otra infracción a las prohibiciones y obligaciones establecidas en esta Ley siempre que no merezcan la calificación de grave o muy grave.

Artículo 45. De la cuantía de las sanciones.

Las infracciones de la presente Ley se sancionarán con multas cuya cuantía se regirá de acuerdo con la siguiente graduación:

1. Por infracciones leves:

a) Grado mínimo: de 10.000 hasta 100.000 ptas.

b) Grado medio: de 100.001 hasta 300.000 ptas.

c) Grado máximo: de 300.001 hasta 500.000 ptas.

2. Por infracciones graves:

a) Grado mínimo: de 500.001 hasta 1.000.000 de ptas.

b) Grado medio: de 1.000.001 hasta 1.750.000 ptas.

c) Grado máximo: de 1.750.001 hasta 2.500.000 ptas.

3. Por infracciones muy graves:

a) Grado mínimo: de 2.500.001 hasta 5.000.000 de ptas.

b) Grado medio: de 5.000.001 hasta 7.500.000 ptas.

c) Grado máximo: de 7.500.001 hasta 10.000.000 de ptas.

4. Además, en los supuestos de infracciones por faltas muy graves, el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura podrá acordar el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio por un plazo máximo de 5 años.

5. Para la graduación de la sanción, además de los criterios establecidos en el artículo 131.3 de la Ley 30/1992, habrán de tenerse en consideración:

a) La edad de los afectados.

b) El número de personas afectadas.

c) El volumen de negocio y los beneficios obtenidos.

d) El grado de difusión de la publicidad.

Artículo 46. De la interrupción del procedimiento sancionador.

Si en la incoación de un procedimiento sancionador se apreciase hechos que pudiesen ser constitutivos de delito o falta, el órgano que estuviese conociendo el caso lo pondrá en conocimiento del órgano judicial competente o del Ministerio Fiscal, y se abstendrá de seguir el procedimiento mientras no se dicte sentencia firme o resolución que ponga fin al proceso o diligencias. Si no hubiese estimado la existencia de delito o falta, se continuará el expediente sancionador tomando como base, en su caso, los hechos que los órganos judiciales hayan considerado como probados.

Artículo 47. De las medidas preventivas en el procedimiento sancionador.

1. Una vez iniciado un procedimiento sancionador, el órgano competente para resolverlo podrá adoptar las medidas preventivas que estime necesarias para asegurar el cumplimiento de la resolución que pueda adoptarse y, en todo caso, para asegurar el cumplimiento de la legalidad, sin que las mismas pudieran causar perjuicios de difícil o imposible reparación a los interesados o que impliquen violación de derechos amparados por las leyes.

2. Podrán adoptarse las siguientes medidas provisionales:

- a) Suspensión de la actividad.
- b) Exigencia de fianza o caución.
- c) Cierre temporal del local o instalación.
- d) Incautación de los objetos o la mercancía directamente relacionados con los hechos que den lugar al procedimiento.

3. Previamente al acuerdo que establezca las medidas provisionales, se dará audien-

cia al interesado para que en el plazo máximo de diez días alegue lo que estime procedente.

Artículo 48. De las competencias de los ayuntamientos en relación con los contenidos de la presente Ley.

Es competencia de los ayuntamientos:

a) La incoación y tramitación de procedimientos sancionadores respecto a las infracciones establecidas en la presente Ley, de conformidad con la potestad sancionadora que le atribuye el artículo 4.1 f), de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local.

b) Imponer las sanciones correspondientes a las infracciones referidas en la letra anterior salvo en lo establecido en los artículos 49 y 50 de la presente Ley.

c) Dar cuenta a la Junta de Extremadura de los procedimientos sancionadores iniciados a efectos de evitar la duplicidad de procedimientos.

d) Dar traslado a la Junta de Extremadura de las denuncias recibidas cuando carezcan, conforme a esta Ley, de competencia para sancionar los hechos.

e) La vigilancia y control de los locales donde se venda tabaco, de los lugares donde se halle prohibida o limitada su venta por las disposiciones de esta Ley y de los lugares donde la publicidad esta prohibida.

f) Adoptar todas las medidas dirigidas a asegurar la ejecución de las disposiciones de esta Ley.

Artículo 49. De las competencias de la Consejería de Bienestar Social.

Es competencia de la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Extremadura: La incoación, tramitación de los expedientes sancionadores, así como la imposición de

sanciones de las infracciones significadas en esta Ley, cuando las actividades o hechos que constituyen las infracciones excedan del ámbito territorial de municipio y cuando, denunciado un hecho y previo requerimiento al ayuntamiento que resulte competente, éste no incoe el oportuno expediente sancionador en el plazo de diez días a partir del requerimiento, salvo que en dicho plazo pueda operar la prescripción.

Artículo 50. De las competencias del Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura.

Es competencia del Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura acordar la sanción de cierre temporal de establecimiento, instalación o servicio por un plazo máximo de cinco años, en los supuestos de infracciones muy graves y a propuesta del órgano competente que haya incoado y tramitado el expediente.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera.- El importe de las sanciones impuestas por las infracciones de las disposiciones de la presente Ley, deberá ser destinado por la Administración competente en cada caso, a la realización de programas de intervención en drogodependencias, entendiéndose éstas como actuaciones encaminadas a la reducción de la demanda de sustancias de abuso, así como a la asistencia y reinserción de las drogodependencias.

Segunda.- Con el fin de limitar el suministro de bebidas alcohólicas, las entidades locales podrán establecer los oportunos criterios sobre densidad máxima de locales, distancia mínima entre ellos y características que deberán reunir los establecimientos destinados a la venta, dispensación y distribución de bebidas alcohólicas.

Tercera.- Cuando se aprecien conflictos entre el derecho de unos a utilizar libremente su ocio y de otros a disfrutar de su vivienda de forma digna y adecuada y a que se le garantice el derecho al descanso necesario, las corporaciones locales pondrán en marcha

programas de actuación centrados prioritariamente en el fomento de actividades y espacios de convivencia y relación, alternativas que serán participados y consensuados con los diferentes sectores implicados y tendrá por objeto conseguir la adecuada armonización en el ejercicio de todos los derechos. Asimismo, cuando en dichas actuaciones las circunstancias lo hagan imprescindible, las entidades locales, a través de las correspondientes ordenanzas municipales, podrán contemplar limitaciones al consumo de bebidas alcohólicas en determinados espacios públicos y establecimientos, fomentando, al mismo tiempo, espacios de convivencia y actividades alternativas, contando para el establecimiento de estas limitaciones con los diferentes colectivos afectados.

Cuarta.- Establecimientos tales como las grandes superficies, supermercados, hipermercados o mercados abiertos, cerrados, estables o temporales, mantendrán áreas perfectamente delimitadas y/o con acceso controlado donde se vendan o dispensen bebidas alcohólicas.

Quinta.- La cuantía de las sanciones establecidas en la presente Ley podrá ser actualizada periódicamente por el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura a propuesta del Consejero de Bienestar Social.

Sexta.- El juego patológico, como trastorno adictivo institucionalizado de naturaleza no tóxica, merecerá especial interés por parte de las Administraciones Públicas, en especial de las Administraciones Educativas, Sanitarias y Sociales, fomentándose la información a todos los colectivos sociales sobre la potencialidad adictiva de los juegos de azar. En este sentido y en el plazo de 12 meses desde la aprobación de esta Ley, se aprobará un Plan de actuación para hacer frente a los problemas relacionados con las ludopatías.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.- Las prohibiciones de publicidad sólo se aplicarán a los seis meses de la entra-

da en vigor de esta Ley, no afectando lo dispuesto en el Título I sino a la publicidad contratada con posterioridad a la vigencia de esta Ley.

Segunda.- En el caso de los carteles a los que hace referencia el artículo 4 de la Ley 4/1997, de 10 de abril, y lo referido en el artículo 13.5 de la presente Ley, en los locales donde se expendan bebidas alcohólicas y tabaco podrán sustituirse por un cartel, con las mismas dimensiones con el siguiente texto: “Está prohibida la venta, suministro y dispensación, gratuita o no, de todo tipo de bebidas alcohólicas y tabaco a personas menores de 18 años”.

Tercera.- Los establecimientos a los que hace referencia la disposición adicional cuar-

ta de la presente Ley dispondrán de un plazo máximo de 12 meses para realizar los cambios necesarios para el cumplimiento de la misma.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.- Se faculta al Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura para que dicte las disposiciones necesarias para la ejecución y desarrollo de lo dispuesto en esta Ley.

Segunda.- Quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango, que se opongan a lo dispuesto en esta Ley.

Tercera.- Esta Ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el “Diario Oficial de Extremadura”.

DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL

1. Equipos de Salud Mental

EQUIPO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TÉLEFONO	FAX
BADAJOZ "CIUDAD JARDÍN"	SES	C/ La Retama, s/n.	06010	Badajoz	924 24 55 41	924 21 38 32
	Cobertura geográfica: Badajoz Capital: Centro de Salud San Fernando, Centro de Salud Zona Centro, Centro de Salud San Roque - Talavera - Albuquerque - San Vicente de Alcántara - La Roca de la Sierra - Pueblonuevo - Montijo					
BADAJOZ "VALDEPASILLAS"	SES	Centro de Salud "Valdepasillas". C/ Jaime Montero de Espinosa, s/n.	06010	Badajoz	924 21 80 04	924 21 80 05
	Cobertura geográfica: Badajoz Capital: Centro de Salud "Anexo L", Centro de Salud La Paz - San Fernando, Centro de Salud Zona Centro, Centro de Salud San Roque Alconchel - Vva. del Fresno - Santa Marta - Olivenza					
JEREZ DE LOS CABALLEROS	SES	Centro de Salud de Jerez de los Caballeros. Barriada del Pomar, s/n.	06300	Jerez de los Caballeros	924 73 00 64 924 75 18 34	924 73 10 02
	Cobertura geográfica: Jerez de los Caballeros - Oliva de la Frontera - Barcarrota					
INFANTO-JUVENIL DE BADAJOZ	SES	Avda. Damián Téllez Lafuente, s/n.	06071	Badajoz	924 23 39 78	924 24 11 53
	Cobertura geográfica: Población de 0 a 18 años de las Cuatro Áreas de Salud de la provincia de Badajoz					
MÉRIDA	SES	Centro de Salud "Obispo Paulo" Ctra. Don Álvaro, s/n.	06800	Mérida	924 31 84 44 924 30 32 61	924 33 03 05 (indicar Equipo de Salud Mental)
	Cobertura geográfica: Calamonte - Mérida - Cordobilla de Lácara - Zarza de Alange - Guareña - Hornachos - Villafranca de los Barros					
ALMENDRALEJO	SES	Pza. Maestro Morón, s/n.	06200	Almendralejo	924 66 03 54	924 66 03 54
	Cobertura geográfica: Almendralejo - Aceuchal					
DON BENITO	SES	C/ Primero de Mayo, s/n.	06400	Don Benito	924 80 20 06 924 81 08 22	924 80 30 30
	Cobertura geográfica: Don Benito - Castuera - Cabeza del Buey - Santa Amalia					
VILLANUEVA DE LA SERENA	SES	C/ Díaz Ambrona, s/n.	06700	Villanueva de la Serena	924 84 73 27	924 84 44 05
	Cobertura geográfica: Villanueva de la Serena - Campanario					

EQUIPO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TELÉFONO	FAX
TALARRUBIAS	SES	C/ Reyes Católicos, 8	06640	Talarrubias	924 63 01 41	924 63 04 26
	Cobertura geográfica: Herrera del Duque - Siruela - Talarrubias - Navalvillar de Pela - Casas de Don Pedro					
LLERENA	SES	Centro de Salud de Llerena Paseo de San Antón, s/n.	06900	Llerena	924 87 22 60	924 87 22 45
	Cobertura geográfica: Monesterio - Azuaga - Llerena					
ZAFRA	SES	Centro de Salud de Zafra Ctra. Los Santos, s/n.	06300	Zafra	924 55 36 08	924 55 20 12
	Cobertura geográfica: Zafra - Los Santos de Maimona - Fregenal de la Sierra - Fuente del Maestro - Fuente de Cantos					
CÁCERES	SES	Ronda del Carmen, 6	10002	Cáceres	927 21 37 30	927 21 37 30
	Cobertura geográfica: Área de Salud de Cáceres					
INFANTO JUVENIL DE CÁCERES	SES	C/ Reyes Huertas, 9	10001	Cáceres	927 00 51 50	927 00 51 29 (indicar ESM I-J)
	Cobertura geográfica: Población de 0 a 18 años del Área de Salud de Cáceres					
CORIA	SES	Hospital "Ciudad de Coria". C/ Cervantes, 75	10800	Coria	927 14 92 00	927 50 62 46
	Cobertura geográfica: Área de Salud de Coria					
PLASENCIA	SES	Hospital "Virgen del Puerto". Paraje de Valcorchero, s/n.	10600	Plasencia	927 42 83 38	927 42 83 24
	Cobertura geográfica: Área de Salud de Plasencia					
INFANTO JUVENIL DE PLASENCIA	SES	Centro de Especialidades "Luis de Toro", 24	10600	Plasencia	927 45 80 32	
	Cobertura geográfica: Población de 0 a 18 años de las Áreas de Salud de Coria, Navalmoral de la Mata y Plasencia					
NAVALMORAL DE LA MATA	SES	Centro de Salud de Navalmoral C/ Eduardo Lozano, s/n.	10300	Navalmoral de la Mata	927 53 01 55	927 53 52 12 927 53 10 61
	Cobertura geográfica: Área de Salud de Navalmoral de la Mata					

2. Unidades de Hospitalización Breve

UNIDAD	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TELÉFONO	FAX
HOSPITAL "INFANTA CRISTINA" DE BADAJOZ	SES	Avda. de Elvas, s/n.	06006	Badajoz	924 21 80 73 924 21 81 00	924 21 80 73
Cobertura geográfica: Área de Salud de Badajoz y Área de Salud de Llerena-Zafra						
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "ADOLFO DÍAZ AMBRONA" DE MÉRIDA	Dip. Prov. de Badajoz (Convenio con SES)	Ctra. de Valverde, km. 2	06800	Mérida	924 38 80 81 924 38 81 82	924 38 80 83
Correo electrónico: gerente.hpm@dip-badajoz.es						
Cobertura geográfica: Área de Salud de Mérida y de Don Benito-Villanueva de la Serena						
HOSPITAL "NTRA. SRA. DE LA MONTAÑA" DE CÁCERES	SES	Avda. de España, 3	10004	Cáceres	927 25 68 26 927 25 68 00	927 25 68 16
Cobertura geográfica: Área de Salud de Cáceres						
COMPLEJO SANITARIO PROVINCIAL DE PLASENCIA	Dip. Prov. de Cáceres (Convenio con SES)	Ctra. de Cáceres, s/n.	10600	Plasencia	927 42 88 00	927 42 18 36
Cobertura geográfica: Área de Salud de Coria, Plasencia y Navalmoral de la Mata						

3. Unidades de Media Estancia

UNIDAD	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TELÉFONO	FAX
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "ADOLFO DÍAZ AMBRONA" DE MÉRIDA	Dip. Prov. de Badajoz (Convenio de gestión con SES)	Ctra. de Valverde, km. 2	06800	Mérida	924 38 80 81 924 38 81 82	924 38 80 83
Correo electrónico: gerente.hpm@dip-badajoz.es						
Cobertura geográfica: Provincia de Badajoz						
COMPLEJO SANITARIO PROVINCIAL DE PLASENCIA	Dip. Prov. de Cáceres (Convenio de gestión con SES)	Ctra. de Cáceres, s/n.	10600	Plasencia	927 42 88 00	927 42 18 36
Cobertura geográfica: Provincia de Cáceres						

4. Unidades de Rehabilitación Hospitalaria

UNIDAD	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TELÉFONO	FAX
COMPLEJO SANITARIO PROVINCIAL DE PLASENCIA	Dip. Prov. de Cáceres (Convenio de gestión con SES)	Ctra. de Cáceres, s/n.	10600	Plasencia	927 42 88 00	927 42 18 36
Cobertura geográfica: Provincia de Cáceres						

5. Centros de Rehabilitación Psicosocial

CENTRO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TELÉFONO	FAX
CRPS BADAJOZ	Hnas. Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús (Concierto con SES)	Avda. María Auxiliadora, s/n.	06011	Badajoz	924 26 16 37	924 26 16 07
	Correo electrónico: 21general@hscmadrid.org					
	Cobertura geográfica: Área de Salud de Badajoz					
CRPS MÉRIDA	APENESMER (Concierto con SES)	Avda. Reina Sofía, s/n.	06800	Mérida	924 30 04 57	924 30 04 57
	Correo electrónico: Arias_apenesmer@hotmail.com					
	Cobertura geográfica: Área de Salud de Mérida					
CRPS DON BENITO	PROINES (Concierto con SES)	C/ Molino, 6	06400	Don Benito	924 80 50 77	924 80 83 79
	Correo electrónico: proines@terra.es					
	Cobertura geográfica: Área de Salud de Don Benito-Villanueva de la Serena					
CRPS ZAFRA	AFENEZA (Concierto con SES)	C/ Orquídea, 26	06300	Zafra	924 55 59 43	924 55 59 43
	Correo electrónico: afeneza@terra.es, CRPS_ZAFRA@hotmail.com					
	Cobertura geográfica: Área de Salud de Llerena-Zafra					
CRPS CÁCERES	Hnas. Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús (Concierto con SES)	C/ Bélgica, s/n Local 5	10005	Cáceres	927 23 21 06	927 23 39 81
	Correo electrónico: 20general@hscmadrid.org, 20tecnico@hscmadrid.org					
	Cobertura geográfica: Área de Salud de Cáceres					
CRPS PLASENCIA	Ayto. Plasencia (Convenio con SES)	C/ Pedro Isidro, 4-1ªA	10600	Plasencia	927 42 71 52	927 42 71 53
	Correo electrónico: crps@aytoplasencia.es, direccioncrps@aytoplasencia.es					
	Cobertura geográfica: Áreas de Salud de Coria, Plasencia y Navalmoral de la Mata					

6. Centros de Ocio y Tiempo Libre

CENTRO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TELÉFONO	FAX
CO BADAJOZ	AEMIS	Godofredo Ortega y Muñoz, 1, locales 1 y 2		Badajoz	676 64 19 64 924 24 14 17 924 23 84 21	924 24 14 17
	Correo electrónico: clemente.aemis@badajoz.org, aemis@badajoz.org					

CENTRO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TELÉFONO	FAX
CO MÉRIDA	APENESMER	Avda. Reina Sofía, 1	06800	Mérida	924 30 04 57	927 30 04 57
	Correo electrónico: arias_apenesmer@hotmail.com, arias@apenesmer.com					
CO ALMENDRALEJO	ADAFEMA	C/ Monsalud, 30	06200	Almendralejo	924 66 46 77 629 11 52 70	
	Correo electrónico: adafema-centrodeocio@hotmail.com					
CO ZAFRA	AFENEZA	C/ Juan II, nº 13	06300	Zafra	924 55 46 51	
	Correo electrónico: CRPS_ZAFRA@hotmail.com					
CO CÁCERES	APAFENES	Avda. de Alemania,2, 2º Dcha.	10001	Cáceres	927 21 39 52 927 21 00 14	927 21 39 52
	Correo electrónico: ocio@apafenes.e.telefonica.net					
CO PLASENCIA	AFEMPC	Apdo. Correos 544. Ctra. del Puerto, s/n. Recinto Valcorchero, Módulo 9	10600	Plasencia	927 41 98 87	927 41 98 87
	Correo electrónico: afempc@yahoo.es					

7. Centros Residenciales de Rehabilitación

CENTRO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TELÉFONO	FAX
CRR CÁCERES	APAFENES (Concierto con SES)	C/ Ana Mariscal, s/n	10005	Cáceres	927 18 11 09	927 62 80 55
	Correo electrónico: residencia@apafenes.e.teleline.net, residencia@apafenes.e.telefonica.net					
	Cobertura geográfica: Regional					
CRR BADAJOZ	Hnas. Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús (Concierto con SES)	C/ Menacho, 4	06001	Badajoz	924 23 16 45	924 23 26 54
	Correo electrónico: 21general@hsmadrid.org					
	Cobertura geográfica: Regional					

8. Centro de Rehabilitación Laboral

CENTRO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TELÉFONO	FAX
CRL BADAJOZ	Fundación Sorapan de Rieros	C/ Zurbarán, 8, 2º A	06002	Badajoz	924 22 73 26	
	Correo electrónico: funsorapan@yahoo.es					
	Cobertura geográfica: Provincia de Badajoz					

CENTRO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TELÉFONO	FAX
CRL CÁCERES	APAFENES	Avda. de Alemania, 2, 2º Dcha.	10001	Cáceres	927 21 39 52 927 21 00 14	927 21 39 52
	Correo electrónico: trabajo@apafenes.e.telefonica.net					
	Cobertura geográfica: Provincia de Cáceres					

9. Pisos Supervisados

PISOS	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TELÉFONO	FAX
PS MÉRIDA	Dip. Prov. de Badajoz (Convenio con SES)	Ctra. de Valverde, km. 2	06800	Mérida	924 31 20 61	924 38 80 83 <small>(Indicar Pisos Tutelados)</small>
	Correo electrónico: crisrom@teleline.es					
	Cobertura geográfica: Comunidad Autónoma de Extremadura					
PS DON BENITO	PROINES	Avda. del Pilar, 116 escalera 2, 1º F		Don Benito	924 80 44 22	
	Correo electrónico: proines@terra.es, maribelfernandezruiz@hotmail.com					
	Cobertura geográfica: Comunidad Autónoma de Extremadura					
PS ZAFRA	AFENEZA	C/ Hermanos Álvarez Guerra, 8	06300	Zafra		
	Correo electrónico: CRPS_ZAFRA@hotmail.com					
	Cobertura geográfica: Comunidad Autónoma de Extremadura					
PS CÁCERES	APAFENES (Concierto con SES)	C/ Ana Mariscal, s/n	10005	Cáceres	927 18 11 09	927 62 80 55
	Correo electrónico: residencia@apafenes.e.teleline.net, residencia@apafenes.e.telefonica.net					
	Cobertura geográfica: Comunidad Autónoma de Extremadura					

10. Centro de Día

CENTRO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TELÉFONO	FAX
CD CÁCERES	Hnas. Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús	C/ Bélgica, s/n. Local 5	10005	CÁCERES	927 23 21 06	927 23 39 81
	Correo electrónico: 20general@hscmadrid.org, 20tecnico@hscmadrid.org					
	Cobertura geográfica: Área de Salud de Cáceres					

Glosario: Áreas Sanitarias y Zonas Básicas de Salud**ÁREA DE BADAJOZ**

Alburquerque, Alconchel, Badajoz-San Fernando, Barcarrota, Jerez de los Caballeros, La Roca de la Sierra, Montijo, Oliva de la Frontera, Olivenza, Pueblonuevo del Guadiana, San Vicente de Alcántara, Santa Marta de Los Barros, Talavera la Real, Villanueva del Fresno

ÁREA DE CÁCERES

Alcántara, Alcuéscar, Arroyo de La Luz, Berzocana, Cáceres-Aldea Moret, Cáceres-Norte, Cáceres-Plaza de Toros, Cáceres-Sur, Guadalupe, Logrosán, Miajadas, Navas del Madroño, Salorino, Santiago de Alcántara, Talaván, Trujillo, Valdefuentes, Valencia de Alcántara, Zorita

ÁREA DE CORIA

Ceclavín, Coria, Hoyos, Moraleja, Torre de Don Miguel, Torrejoncillo, Valverde del Fresno, Zorita

ÁREA DE DON BENITO-VILLANUEVA

Cabeza del Buey, Campanario, Castuera, Don Benito, Herrera del Duque, Navalvillar de Pela, Orellana la Vieja, Santa Amalia, Siruela, Talarrubias, Villanueva de La Serena-Rural, Villanueva de La Serena-Urbano, Zalamea de La Serena

ÁREA DE LLERENA-ZAFRA

Azuaga, Fregenal de La Sierra, Fuente de Cantos, Fuente del Maestre, Llerena, Los Santos de Maimona, Monesterio, Zafra I, Zafra II

ÁREA DE MÉRIDA

Aceuchal, Almendralejo, Cordobilla de Lácara, Guareña, Hornachos, La Zarza, Mérida-Norte, Mérida-Obispo Paulo, Villafranca de Los Barros, Zarza de Alange

ÁREA DE NAVALMORAL DE LA MATA

Almaraz, Bohonal de Ibor, Castañar de Ibor, Losar de La Vera, Navalmoral de La Mata, Talayuela, Villanueva de La Vera, Villar del Pedroso

ÁREA DE PLASENCIA

Ahigal, Aldeanueva del Camino, Cabezuela del Valle, Casas del Castañar, Ahigal, Hervás, Jaraíz de La Vera, Mohedas de Granadilla, Montehermoso, Nuñomoral, Pinofranqueado, Plasencia-Norte, Plasencia-Sur, Serradilla

DISPOSITIVOS DE DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS

1. Unidades Móviles de Reducción del Daño

UNIDAD	DEPENDENCIA	PUNTOS DE ASISTENCIA	TÉLEFONO
BADAJOS	Cruz Roja (Convenio con SES)	1. Badajoz; 2. Mérida; 3. Montijo; 4. Talavera la Real.	607 50 42 80
CÁCERES	Cruz Roja (Convenio con SES)	1. Cáceres; 2. Casar de Cáceres; 3. Morcillo; 4. Valrío; 5. Montehermoso; 6. Pozuelo de Zarcón; 7. Villanueva de la Sierra; 8. Cadalso de Gata; 9. La Fatela; 10. Perales Puerto; 11. Moraleja; 12. Coria; 13. Portaje; 14. Ceclavín; 15. Acehucho; 16. Portezuelo; 17. Cáceres.	607 51 23 06
PLASENCIA	Cruz Roja (Convenio con SES)	1. Cañaveral; 2. Riobos; 3. Plasencia; 4. Cabezuela del Valle; 5. Navaconcejo; 6. Plasencia; 7. Malpartida de Plasencia; 8. Tejeda del Tiétar; 9. Jaraíz de la Vera; 10. Talayuela; 11. Navalmoral de la Mata; 12. Trujillo.	607 51 23 74
ZAFRA NORTE	Cruz Roja (Convenio con SES)	1. Don Benito; 2. Villanueva de la Serena; 3. Campanario; 4. Orellana; 5. Guareña; 6. Almendralejo; 7. Villafranca de los Barros.	607 50 42 67
ZAFRA SUR	Cruz Roja (Convenio con SES)	1. Zafra; 2. Burguillo; 3. Jerez de los Caballeros; 4. Fregenal de la Sierra; 5. Monesterio; 6. Fuente de Cantos; 7. Llerena; 8. Azuaga.	607 50 57 43

2. Dispositivos Ambulatorios de Atención a Drogodependencias

DISPOSITIVO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TÉLEFONO	FAX
ATABAL	ATABAL (Convenio con SES)	Plaza de Cervantes 6, 1º B	06002	Badajoz	924 24 83 83	924 24 83 83
CEDEX AZUAGA	SES	C/ Jabonería, s/n	06920	Azuaga	924 89 26 25	924 89 18 35
CEDEX BADAJOZ I	SES	Centro de Salud "Los Pinos" C/ Ronda del Pilar, 22	06002	Badajoz	924 01 02 12	924 01 02 05
CEDEX BADAJOZ II	SES	Centro de Salud "Valdepasillas" C/ Jaime Montero de Espinosa, s/n.	06010	Badajoz	924 21 80 06	924 21 80 07
CEDEX CÁCERES	SES	C/ Reyes Huertas, 9	10002	Cáceres	927 00 51 38	927 00 51 47
CEDEX CASTUERA	SES	C/ La Fuente, s/n.	06420	Castuera	924 76 00 00	924 76 06 16
CEDEX CORIA	SES	Avda. Extremadura, 8	10800	Coria	927 50 81 64	927 50 81 64
CEDEX DON BENITO	SES	C/ República Argentina, 6	06400	Don Benito	924 81 22 84	924 80 49 54

DISPOSITIVO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TELÉFONO	FAX
CEDEX FREGENAL DE LA SIERRA	SES	C/ San Francisco, 33. Altos	06340	Fregenal de la Sierra	924 70 04 27	924 70 11 75
CEDEX JARAÍZ DE LA VERA	SES	Avda. de la Constitución, 83	10400	Jaraíz de la Vera	927 17 05 00	927 17 05 00
CEDEX LLERENA	SES	Centro de Salud Llerena Ctra. de Circunvalación, s/n.	06900	Llerena	924 87 02 50	924 87 02 81
CEDEX MÉRIDA	SES	Centro de Salud Urbano III (Obispo Paulo) Ctra. Don Álvaro, s/n.	06800	Mérida	924 30 08 62	924 30 09 62
CEDEX MIAJADAS	SES	Centro de Salud "Apolinar Moreno" C/ Los Manzanos, s/n.	10100	Miajadas	927 16 03 88	927 34 85 80
CEDEX PLASENCIA	SES	Centro de Especialidades Luis de Toro. Avda. de José Antonio, 24, 3ª Planta	10600	Plasencia	927 42 71 29	927 41 47 60
CEDEX VCA. DE LOS BARROS	SES	C/ Cuba, s/n.	06220	Villafranca de los Barros	924 52 04 01	924 52 54 86
CEDEX ZAFRA	SES	Bda. Antonio Zoido, s/n.	06300	Zafra	924 55 01 87	924 55 32 08
CREATO	Cruz Roja (Convenio con SES)	Paseo Hernán Cortés, s/n.	06100	Olivenza	607 50 42 59	
PAD ALBURQUERQUE	SES	Centro de Salud Alburquerque. C/ Santiago, s/n.		Alburquerque	924 40 06 50	924 40 00 11
PAD HERRERA DEL DUQUE	SES	Centro de Salud Herrera del Duque. Avda. Extremadura, 1	06670	Herrera del Duque	924 65 02 85	924 65 10 32
PAD NAVALMORAL DE LA MATA	SES	Centro de Salud Navalmoral de la Mata. C/ Eduardo Lozano, s/n.	10300	Navalmoral de la Mata	927 53 56 47 927 53 56 80	927 53 10 61
PAD NAVALVILLAR DE PELA	SES	Centro de Salud Navalvillar de Pela. C/ Ramón y Cajal, s/n.	06760	Navalvillar de Pela	924 86 05 36	924 86 06 25
PAD ORELLANA LA VIEJA	SES	Centro de Salud Orellana la Vieja. Plaza de San Sebastián, s/n.	06740	Orellana la Vieja	924 86 67 70	924 86 69 04
PAD TALARRUBIAS	SES	Centro de Salud. Avda. de la Constitución, 130	06640	Talarrubias	924 63 02 71	924 63 10 94
PROYECTO VIDA	Cáritas Diocesana de Mérida-Badajoz (Convenio con SES)	C/ Bravo Murillo, 40-A	06001	Badajoz	924 22 21 50 924 24 12 31	924 25 31 93

3. Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados

ASOCIACIÓN	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TELÉFONO	FAX
ALREX ALMENDRALEJO	ALREX ALMENDRALEJO (Subvencionado por SES)	C/ Monsalud, 1	06200	Almendralejo	924 66 05 50	
ALREX DON BENITO	ALREX DON BENITO (Subvencionado por SES)	C/ Madre Teresa Bornet, 2	06400	Don Benito	924 80 37 02	
ALREX LLERENA	ALREX LLERENA (Subvencionado por SES)	Paseo Cieza de León, 1	06900	Llerena	924 87 20 38	
ALREX MÉRIDA	ALREX MÉRIDA (Subvencionado por SES)	C/ Legión V	06800	Mérida	924 30 30 10	
ALREX MIAJADAS	ALREX MIAJADAS (Subvencionado por SES)	Avda. García Sañeris, 47	10100	Miajadas	927 16 01 23	
ALREX MONTIJO	ALREX MONTIJO (Subvencionado por SES)	C/ Jacinto Benavente, 17	06480	Montijo	924 45 26 53	
ALREX NAVALVILLAR DE PELA	ALREX NAVALVILLAR DE PELA (Subvencionado por SES)	C/ Lepanto, 1	06760	Navalvillar de Pela	924 83 28 64	
ALREX VILLANUEVA DE LA SERENA	ALREX VILLANUEVA DE LA SERENA (Subvencionado por SES)	C/ San Francisco, 67	06700	Villanueva de la Serena	924 84 47 52	

DISPOSITIVO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TÉLFONO	FAX
ALREX ZAFRA	ALREX ZAFRA (Subvencionado por SES)	C/ Alfonso XIII, 9	06150	Zafra	924 55 28 55	
ANEX	ANEX (Subvencionado por SES)	Avda. de la Bondad, 6	10002	Cáceres	927 22 50 95	
		Casa de la Cultura	10080	Coria		
APAL	APAL (Subvencionado por SES)	C/ Donoso Cortés, 6, 3º Izda.	06002	Badajoz	924 22 24 64	924 22 24 64

4. Asociaciones de Jugadores de Azar en Rehabilitación

DISPOSITIVO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TÉLFONO	FAX
ACAJER	ACAJER (Convenio con SES)	Instituto Municipal de Bienestar Social, C/ Atahualpa, s/n. Apdo. Correos, 32	10005	Cáceres	927 21 23 35 610 39 24 97	
ADAT	ADAT (Subvencionado por SES)	C/ República Argentina, 6	06400	Don Benito	924 81 12 81	924 81 12 81
AEXJER	AEXJER (Convenio con SES)	C/ San Roque, 3 Apdo. Correos, 321	06200	Almendralejo	658 77 39 44	
AJER	AJER (Convenio con SES)	Ctra. del Puerto, s/n. Centro de Menores Valcorchero (Hogar n.º 11). Paraje Valcorchero, s/n. Apdo. Correos, 446	10600	Plasencia	927 42 10 11 (24 h.)	
ATABAL	ATABAL (Convenio con SES)	Plaza de Cervantes, 6, 1º B	06002	Badajoz	924 24 83 83	924 24 83 83

5. Centros de Día

CENTRO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TELÉFONO	FAX
DON BENITO	ADAT (Subvencionado por SES)	C/ República Argentina, 6	06400	Don Benito	924 81 12 81	924 81 12 81
VILAFRANCA DE LOS BARROS	AMADROVI (Convenio con SES)	C/ Carmen, s/n. Altos de la Plaza de Abastos	06220	Vilafranca de los Barros	924 52 03 76 685 11 74 64	924 52 50 38
MÉRIDA	FOREMPLEO	C/ Rambla de Santa Eulalia	06800	Mérida	924 31 95 03	924 31 95 03
CENTRO DE ASISTENCIA SOCIO SANITARIA Y ORIENTACIÓN A DROGODEPENDIENTES "VÍCTOR GUERRERO" VVA. LA SERENA	AYUNTAMIENTO DE VILLANUEVA DE LA SERENA	C/ San Benito, 54	06700	Villanueva de la Serena	924 84 11 28	924 84 11 28

6. Centros de Tratamiento Breve

CENTRO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TELÉFONO	FAX
MIAJADAS	AMAT (Convenio con SES)	C/ Infanta Cristina, 4	10100	Miajadas	927 16 15 90	927 34 51 28
VVA. DE LA SERENA	APOYAT (Convenio con SES)	C/ Santa Teresa, 1	06700	Villanueva de la Serena	924 84 54 40	924 84 54 40

7. Pisos de Inserción

PISO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TELÉFONO	FAX
DON BENITO I	AMAT (Convenio con SES)	C/ Medellín, 62, 1º	06400	Don Benito	924 81 14 89	924 81 14 89
DON BENITO II	AMAT (Convenio con SES)	C/ Medellín, 14, 1º D	06400	Don Benito	924 81 14 89	924 81 14 89
MIAJADAS	AMAT (Convenio con SES)	Avda. de Trujillo, 4º F	10100	Miajadas	927 16 15 90	927 16 15 90

8. Comunidades Terapéuticas

COMUNIDAD	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TELÉFONO	FAX
"CASA ROJA" DE LLERENA	ALUCOD (Convenio con SES)	C/ Miguel Sánchez, 12	06900	Llerena	924 87 03 14	924 87 03 53
"FINCA CAPOTE" DE PLASENCIA	Cruz Roja (Convenio con SES)	Ctra. de Montehermoso, s/n.	10600	Plasencia	927 42 38 15 927 42 01 22	927 42 52 23
"LA GARROVILLA" DE MÉRIDA	SES	Ctra. Presa de Montijo, s/n. Toma Sector B. Consejería de Sanidad y Consumo. C/ Adriano, 4	06800	Mérida	924 33 51 00	924 33 50 29
"PROYECTO HOMBRE" DE PLASENCIA	Asociación Proyecto Hombre de Extremadura (Fundación "Centro Santa Bárbara")	C/ Coria, 25	10600	Plasencia	927 19 91 08 927 42 25 99	927 42 41 33
"PROYECTO VIDA" DE BADAJOZ	Cáritas Diocesana de Mérida-Badajoz (Convenio con SES)	C/ Bravo Murillo, 40-A	06001	Badajoz	924 22 21 50 924 24 12 31	924 25 31 93
"ROZACORDEROS" DE MORALEJA	Mensajeros de la Paz (Convenio con SES)	Ctra. de Ciudad Rodrigo, s/n. Apdo. Correos, 62	10840	Moraleja	927 19 30 38	927 19 31 58
COMUNIDAD TEPÉUTICA DE MENORES "VALDOCO" DE MÉRIDA	Cuéntame Mérida (Convenio con SES)	Término de El Espadañal. Camino Viejo de Almendralejo, km. 1,8. Apdo. Correos, 352	06800	Mérida	675 08 50 04	924 38 81 60
"VEGAS ALTAS" DE DON BENITO	AMAT (Convenio con SES)	C/ Zafrilla, s/n. Polígono San Isidro Apdo. Correos, 165	06400	Don Benito	924 81 14 89	924 81 14 89

9. Unidades de Desintoxicación Hospitalaria

DISPOSITIVO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	CP	LOCALIDAD	TELÉFONO	FAX
UNIDAD DE ALCOHOLISMO HOSPITALARIA DE PLASENCIA	Diputación Provincial de Cáceres	Complejo Sanitario Provincial Ctra. Cáceres, s/n.	10600	Plasencia	927 42 88 00	927 42 18 36
UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA DE BADAJOZ	SES	Complejo Hospitalario "Infanta Cristina". Hospital Perpetuo Socorro. C/ Damián Téllez Lafuente, s/n.	06007	Badajoz	924 21 50 00 Despacho Médico: Ext. 16433 Enfermería: 16758	924 23 86 50

COLABORADORES Y CONSULTORES

Colaboradores:

Martina Sancho de Barros.
Psicóloga Clínica. CEDEX. Zafra.

M.^a Ángeles Hernández Pachón.
Psicóloga. FUNDESALUD.

José Antonio Arenas
Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental del Área de Cáceres.

Consultores:

Juan Carlos Martín Araujo.
Secretario Técnico de Drogodependencias. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. Servicio Extremeño de Salud.

Miguel Simón Expósito.
Subdirector de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. Servicio Extremeño de Salud.

Francisca M.^a Vizcaíno Jaén.
Jefa de Servicios de Evaluación y Calidad Sanitaria. Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.

Jose Carlos Pérez de los Cobos Peris.
Psiquiatra. Responsable de la unidad de adicciones en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Sant Pau de Barcelona.

Gabriel Rubio Valladolid.
Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Retiro. Madrid

Agradecimientos:

A la Comunidad Autónoma de Andalucía.
Su protocolo de "Actuación Conjunta entre Equipos de Salud Mental de Distrito y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias" (2002) ha servido de inspiración para este protocolo.