

ESTUDIO
**REDUC
CIÓN
DE
DAÑOS**
EN EL SIGLO XXI

FASE II
DIAGNÓSTICO

Nuevas Estrategias de
Reducción de Daños



Con la asistencia técnica de:



Financiado por:





Licencia de Reconocimiento-No Comercial – Sin Obra Derivada CC BY-NC-ND

Este estudio ha sido realizado por la UNAD, la Red de Atención a las Adicciones. La investigación ha sido financiada por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, a través de Resolución de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, con cargo a la convocatoria de Subvenciones del 0,7 a actividades de interés social (convocatoria 2022).

Como citar este informe:

ARANDA-RODRIGUEZ ET AL. (2023) *Estudio Reducción de Daños en el Siglo XXI. Fase II Nuevas Estrategias de Reducción de Daños*. UNAD, la Red de Atención a las Adicciones. Madrid.

Depósito legal: M-4719-2023

ISBN: ISBN: 978-84-09-58076-7

Consultas:

unad@unad.org

C/Cardenal Solís 5, local 2, 28012 Madrid

Tfno.: 91 447 88 95

Editado por: UNAD

Diseño creativo y maquetación: Ana Capdepón

Edición: Diciembre de 2023

Coordina:

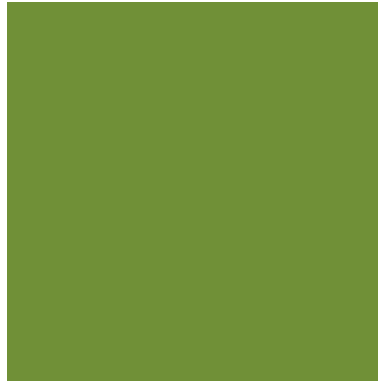


Con la asistencia técnica de:



Financiado por:





CARTA DEL PRESIDENTE

Quiero compartir los logros y avances significativos que alcanzamos en 2022, destacando especialmente nuestro compromiso con la reducción de daños como un pilar fundamental en la defensa de los derechos de las personas consumidoras de drogas. El Estudio Reducción de Daños en el Siglo XXI ha sido clave en este proceso, y nos complace presentaros la segunda fase de este proyecto.

Este nuevo trabajo se presenta como un documento con estrategias concretas y valiosas conclusiones que abordan diversos aspectos de la reducción de daños en España. Teniendo en especial consideración la intersección de factores como el género, la orientación sexual o la situación de sinhogarismo.

Quiero destacar la importancia de integrar la perspectiva de género en el diseño del modelo de acompañamiento desde las etapas iniciales. Reconocemos que la intersección de los ejes de desigualdad es esencial para comprender y abordar los malestares producidos por los sistemas de opresión presentes en las vidas de las personas consumidoras, considerando aspectos como las violencias machistas, barreras laborales, clase social, país de origen y situación administrativa.

La necesidad de una mayor sensibilidad y adaptación de servicios es crucial en la respuesta al ChemSex, visibilizando la necesidad de desarrollar estrategias específicas de reducción de daños en esta población y señalando la carencia de lugares seguros para la población LGTBIQ+ en estos servicios.

En relación con las personas consumidoras en situación de sinhogarismo, su vulnerabilidad se ve incrementada por factores como la edad, el lugar de origen y la situación administrativa. Esta situación nos insta a buscar urgentemente más recursos especialmente en regiones con limitaciones estructurales e institucionales y ofrecer una atención que sea consciente de la diversidad cultural.

La identificación de patrones de uso de sustancias, lugares de consumo y cambios en las vías de administración refleja una realidad dinámica y compleja. La conexión entre el consumo de sustancias, el contexto socioeconómico y las expectativas sociales destaca la necesidad continua de adaptar nuestros servicios de reducción de daños a las necesidades actuales.

Esperamos que este estudio sea una herramienta de gran utilidad y nos permita avanzar y construir una comunidad donde las personas con adicciones tengan las oportunidades que se merecen.

Por último, me gustaría agradecer la participación y el compromiso de todas las personas que de una u otra manera han participado y creído en este trabajo.

LUCIANO POYATO ROCA

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas participantes, especialmente a las personas usuarias de sustancias, por colaborar y compartir su experiencia de forma voluntaria.

A UNAD por apostar por la visibilización y acompañamiento de calidad de la Reducción de Daños en España.

A todas las entidades y organismos públicos colaboradores: Acathi, Agència de Salut Pública de Barcelona, ALAS, Antaris, Ailaket, Apoyo Positivo, Arrels Fundació, ARSU-Reus, Asociación Arrats, Casa de Acogida, Consumo ConCiencia, Colectivo Nacai, Correlation European Harm Reduction, Cruz Roja, Delegación del Gobierno. Plan Nacional Drogas, Energy Control, FAISEM, Familias Anónimas, Fundació Pere Claver, Garbet, Suara Cooperativa, Fundación Canaria Yrichen, Fundación Jeiki, Fundación Salud y Comunidad, Gen-a, Gizakia, Goiztiri, Gobierno de Canarias, Grupo ABD, Grupo Igia, Hospital Sagrat Cor, La Huertecica, Madrid + Salud, Médicos del Mundo, Metzineres, No Name Kitchen, Orden Hospitalaria San Juan de Dios, Parc Salut Mar, PHS Community Services Society, Prograss Projectes, Servicios Sociales Comunidad de Valencia, Solidary Wheels, Stop ONG, Subdirección General Adicciones Comunidad de Madrid, Subdirecció General de Drogodependències de la Generalitat de Catalunya y Universidad de Huelva.

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

COORDINACIÓN

ESTER ARANDA RODRÍGUEZ

Investigadora Senior Fase Diagnóstica del presente estudio y Coordinadora y autora de la Fase II. Graduada en Trabajo Social. Máster en Salud Pública. Once años de experiencia en atención directa en servicios de RDD. Diseña y dirige el primer programa de intercambio de parafernalia vía inhalada de España, el primer centro residencial con SCS de España y Cofundadora de Kit-Safe, proyecto de diseño y distribución de materiales para el uso de sustancias desarrollado por peers. Actualmente realiza investigación para UNAD, trabaja como Adjunta Dirección del Área Drogas del Grupo ABD y realiza tareas de consultoría internacional en materia de RDD. Es miembro de la European Network of Drug Consumption Rooms (ENDCR) y del grupo de investigación Sustancias emergentes Metanfetamina. Realiza peer reviews para el EMCDDA en calidad de experta en RDD. Profesora colaboradora del Máster en Drogodependencias (UB-IL3) y del Grado de Criminología (UOC).

SUPERVISIÓN EXPERTA EN GÉNERO

GEMMA ALTELL

Psicóloga social. Máster en drogodependencias. Dirección Área drogas, género y familias Fundació Salut i Comunitat (2000-2016). Especialista en género y violencias machistas. Fundadora e impulsora de la línea de trabajo de drogas y género de Fundación salud y Comunidad con los proyectos: Espai Ariadna, Noctambul@s y Malva. Profesora de los Másteres de la Universidad de Barcelona: Máster en drogodependencias, Máster Salud Mental Comunitaria, Máster Violencia Familiar (2010-actualidad). Actualmente codirectora de la consultoría de género G360 ha desarrollado diferentes publicaciones en el ámbito de adicciones y género (prevención y atención). Asesora de género y diversidad sexual en la Subdirección de drogas Generalitat de Cataluña. Supervisora y asesora de los servicios y proyectos: CRI Galena (Agencia Salud Pública-ABD), CAS Baluard (ASP-ABD), Centro privado de atención a adicciones Gen-A, TRANS-MET METODOLOGÍAS TRANSNACIONALES DE REDUCCIÓN DE DAÑOS y ABORDAJES COMUNITARIOS (Cataluña-Colombia) (2022), Estudio de Reducción de daños en el siglo XXI (UNAD). Colaboradora con FCD en el acompañamiento por la incorporación de la perspectiva de género a las entidades miembros. Formaciones específicas profesionales sobre drogas y género desde 2000. Articulista en la revista: Drogas.Info. Publicaciones propias y coautorías diversas. Miembro del grupo motor de la RED (drogas y Género). Miembro de la comisión de género de UNAD.

TRABAJO DE CAMPO E INVESTIGACIÓN

ANNA LAGO PORREDON

Técnica Superior Integración Social con estudios en Psicología. Responsable desde hace más de 10 años del primer Espacio de Consumo Supervisado Inhalado en España y creadora del primer servicio de análisis de sustancias implementado en una sala de consumo supervisado en España. Formó parte del equipo que diseña el primer programa estatal de distribución de parafernalia de higiénica para uso de la vía inhalada. Cofundadora de Kit-Safe, proyecto de diseño y distribución de materiales para el uso de sustancias desarrollado por peers, Miembro del grupo de investigación Sustancias emergentes metanfetamina.

ELISABET GARCÍA FOLK

Formada en Trabajo Social pese que toda la carrera profesional la ha ejercido como educadora social. Durante los últimos años ha centrado su formación en género, conflicto entre etnias hutus y tutsis, y enfermedades transmisibles en África Central. Su experiencia profesional parte con menores en riesgo de exclusión social. En el año 2009 se inicia el ámbito de la reducción de daños principalmente en los espacios Calor y Café de la ciudad de Barcelona. Actualmente combina funciones de gestión del CRI Galena (Barcelona), viviendas de inclusión social Housing First para personas en situación previa de calle y adicciones, y pertenece a la Comisión de Apofobia de la Red de Atención a Personas en situación de Sinhogarismo de Barcelona (XAPSLLB).

ELISABET MARÍN RECHE

Graduada en Educación Social en la Universidad de Barcelona. Postgrado en infecciones de transmisión sexual y VIH (UOC). Postgrado en Housing First (UOC). Formación múltiple en perspectiva de género y LGTBIQ+. Experiencia laboral de 12 años en intervención social desde la perspectiva de Reducción de Riesgos y Daños. Durante estos años ha sido Referente en perspectiva de género en centro de día RDD de la Fundació Àmbit Prevenció y del CRI Galena (ABD) en Barcelona. Referente en el programa "Cuidarte" sobre VIH y el estigma. Experiencia como formadora de peers. Miembro del grupo de investigación Sustancias emergentes metanfetamina.

GARAZI RODRIGUEZ BRUÑA

Graduada en Educación Social. Máster en Género. Más de 10 años experiencia en atención directa servicios de RDD en España, Portugal y Canadá. Actualmente trabajando en la administración pública y colaborando en grupos activas de la reducción de daños.

JOSEP ROVIRA GUARDIOLA

Graduado en Trabajo social y Mediación social. Con más de 30 años de experiencia en el ámbito de las drogodependencias, es desde 2006, director del Área de Drogas del Grupo ABD que comprende servicios de atención ambulatoria asistencial, servicios de reducción de daños de atención ambulatoria, como también residencial para personas drogodependientes sin hogar y programas preventivos a nivel local, nacional y europeo en el ámbito educativo, ocio nocturno y comunitario. Forma parte de la junta directiva de la Federación Catalana de drogodependencias (FCD) y coordina el Grupo de trabajo en drogodependencias del Consejo Municipal de Bienestar Social de Barcelona. Investigador Senior Fase Diagnóstica.

JOSEP LLUÍS SALVADÓ SÁNCHEZ

Graduado en Trabajo Social en 2015, toda su carrera profesional ha estado vinculada a servicios de reducción de daños. Ha trabajado en CAS Baluard y CRI Galena para personas en consumo activo y sinhogar. En ambos dispositivos ha estado al frente de la coordinación. Formado complementariamente en intervención y metodología Housing first (UOC) y perspectiva de género (chemsex, hombres y adicciones, intervención con hombres que ejercen violencia machista y acompañamiento en derechos sexuales). Ha conducido grupos de hombres profesionales de la red de reducción de daños con perspectiva de género.

MARINA SONADELLAS ARAGÜES

Graduada en Educación Social y Antropología. Formada en acompañamiento a personas jóvenes migrantes y desplazadas. Maestría en Promoción y defensa de los DDHH, tesis en infancia y juventud migrante en tránsito por México. Más de 10 años de experiencia en atención directa en servicios RDD en Barcelona. Profesora colaboradora de la UOC.

MARTA ESCOLANO VEGA

Graduada en Trabajo Social con experiencia en acompañamiento a personas sin hogar en estricta situación de calle y en dispositivos residenciales, especialmente en el abordaje del área de consumo de sustancias desde la perspectiva de reducción de daños. Formación académica en cooperación y desarrollo comunitarios y experiencia en activismo en movimientos vecinales y políticos.

PAULA SORIA CARRASCO

Graduada en Educación Social con máster en Salud Mental Comunitaria. Con experiencia en el acompañamiento a personas sin hogar que usan sustancias desde la perspectiva de la reducción de daños y un abordaje comunitario. A nivel académico, he recibido formación en el abordaje de las violencias de género, en mediación y resolución de conflictos, en drogodependencias y en perspectiva de género.

SONIA ORTIZ MORENO

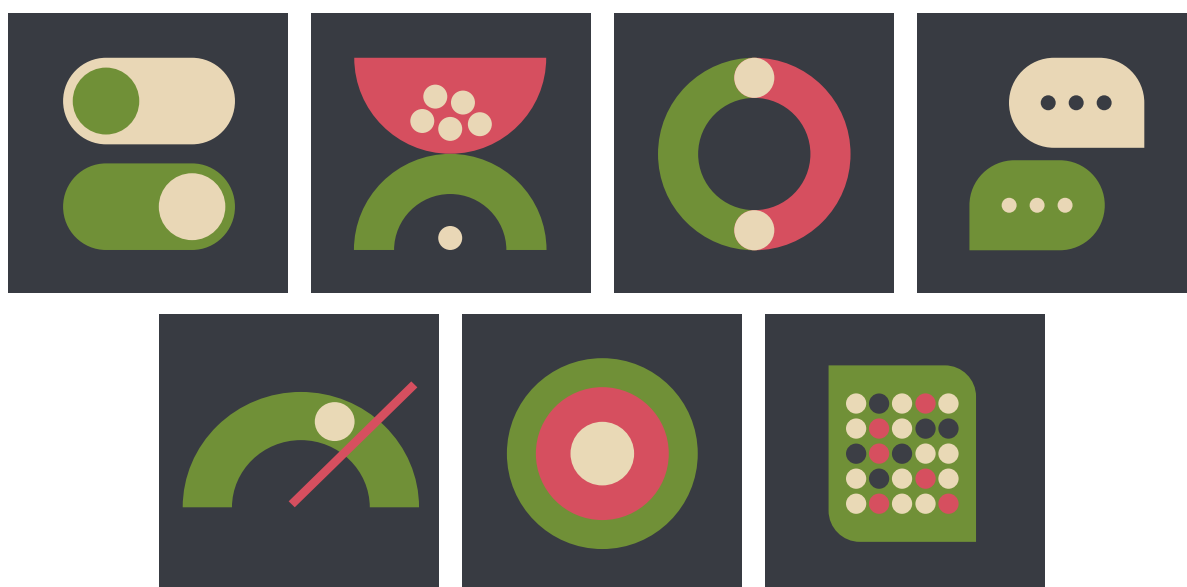
Graduada en Educación Social. Se ha formado en Terapia Familiar Sistémica, Intervención Social desde la Perspectiva Gestalt y Violencia contra las Mujeres. Forma parte del equipo que abre la primera sala de consumo en España (Barranquillas). Desde entonces 22 años de experiencia en atención directa en servicios de RDD en Madrid y Barcelona. Socia fundadora de cooperativa que opera en el contexto del movimiento de economía social en Madrid.

ZOE FERNÁNDEZ MOSQUEDA

Psicóloga General Sanitaria con experiencia en atención a la salud mental, acompañando a personas con sufrimiento psíquico en sus hogares y en dispositivos de hospitalización. Durante los últimos años, acompañando la trayectoria de mujeres y personas de género disidente y personas usuarias de ChemSex desde la perspectiva de reducción de daños. A nivel académico, he recibido formación en drogodependencias, ChemSex, en atención desde la perspectiva transcultural y en perspectiva de trauma.

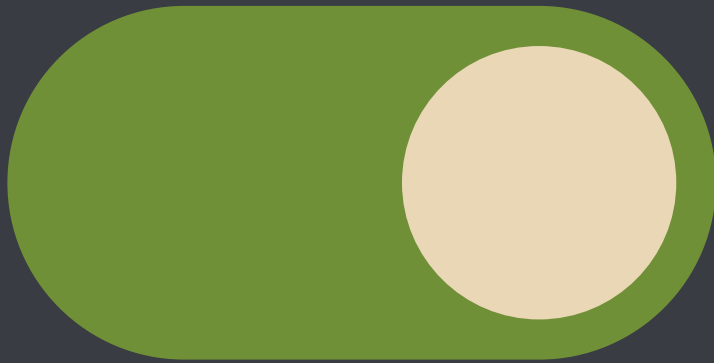
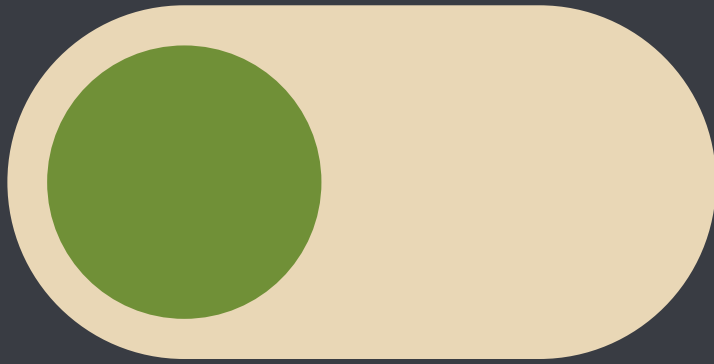
ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	8
2. METODOLOGÍA	10
3. RESULTADOS	14
3.1. Modelo de Reducción de Daños	15
3.2. Reducción de Daños y Género	23
3.3. Reducción de Daños y Envejecimiento	30
3.4. Reducción de Daños y Prácticas de Chemsex	37
3.5. Reducción de Daños y Jóvenes Migrados Sinhogar	45
3.6. Reducción de Daños y Patrón de Consumo	53
3.7. Reducción de Daños y Comunidad	60
3.8. Reducción de Daños y Sinhogarismo	69
3.9. Reducción de Daños y Alcohol	76
3.10. Reducción de Daños y Calores y Cafés	81
3.11. Reducción de Daños, Parafernalia y Salas de Consumo Supervisado	88
3.12. Reducción de Daños y Desgaste Profesional	96
4. DISCUSIÓN	104
5. LIMITACIONES Y MINIMIZACIÓN DE SESGOS	115
6. CONCLUSIONES	117
7. BIBLIOGRAFÍA	124



1

INTRODUCCIÓN



Tras más de 30 años de implementación de la Reducción de Daños en España, durante el año 2021 UNAD apuesta por una revisión en profundidad. En una primera fase realizada (2022) se diagnosticaron aquellas temáticas sobre las que se debía prestar mayor atención. Esta primera revisión permitió identificar también elementos que no se habían contemplado en los primeros diseños de estas estrategias.

A partir de estas temáticas, en el año 2022 se realiza una segunda etapa investigadora que tiene como objetivo la exploración en profundidad, pero también, la identificación de nuevas estrategias que ya se están aplicando y que presentan buenos resultados. A pesar de la diversidad de los territorios estatales, compilar buenas prácticas impulsadas y desarrolladas por las entidades comunitarias, sigue siendo una estrategia que puede facilitar una implementación de la reducción de daños en España con filosofía y características comunes.

A diferencia de la primera fase, el presente documento se estructura sobre los resultados cualitativos de las 12 temáticas investigadas.

La primera temática se centra la revisión del modelo de Reducción de Daños (RDD) en España y la identificación de nuevas estrategias implementadas con éxito son fundamentales para abordar los desafíos contemporáneos relacionados con el uso de sustancias y sus impactos en la sociedad. La evaluación constante de la efectividad de las estrategias existentes y la búsqueda de nuevas prácticas exitosas son esenciales para utilizar eficientemente los recursos disponibles. La revisión del modelo y la implementación de nuevas estrategias fomentan la innovación y la adaptabilidad en el campo de la RDD, permitiendo la incorporación de enfoques novedosos y flexibles para una eficacia a largo plazo.

En relación a las poblaciones beneficiarias de la RDD en España, durante la fase I se evidenció que el modelo estaba ofreciendo respuestas adecuadas, y por consecuencia, favoreciendo a los hombres, blancos, españoles, de 40-50 años, usuarios de opiáceos y vía inyectada. Aplicar la interseccionalidad permitió tener en cuenta diversos marcos explicativos para comprender la desigualdad social que no solo tenían que ver con la multiplicidad de ejes, sino con las diversas y cambiantes formas en que se relacionan entre ellos y su configuración variable según el contexto. Aceptar esta situación permite visibilizar otros grupos poblacionales que están quedando invisibilizados y que, dentro de la exclusión social, presentan mayor vulnerabilidad.

Existen diferentes posturas en relación con la propia concepción del género, las diferentes posturas feministas y también la relación entre género y otros ejes. El posicionamiento de la presente investigación evita tanto el debate de priorización de las diferentes dimensiones del género, como, el habitual desprecio interno entre ejes como configuradores de la desigualdad.

Así pues, se parte desde una mirada del espectro género amplia, donde sí, están las mujeres cis, pero también, los hombres cis gays y los transfeminismos, rehuendo una mirada de la masculinidad como estructura única, y de un enfoque donde el concepto mujer no agote toda la diversidad de *mujeres* existentes. El objetivo es que la RDD sea una estrategia bidireccional respecto al género. Forzando la deconstrucción del imaginario social del género, no solo cuestionando la hegemonía masculina, sino también criticando, la hegemonía que opera dentro de la categoría *mujer*. Promoviendo la visibilidad de las múltiples opciones, posiciones, formas... y en consecuencia oportunidades.

Desde e profundizó por lo tanto sí, en las mujeres, pero con mismo peso en la población LGTBQ+, grupo poblacional identificado en la primera fase como el de mayor ocultación. Por lo tanto, se apostó porque la mayoría de personas usuarias participantes no fuesen heterosexuales y su expresión de género no fuese normativa.

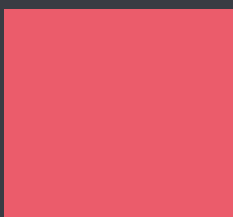
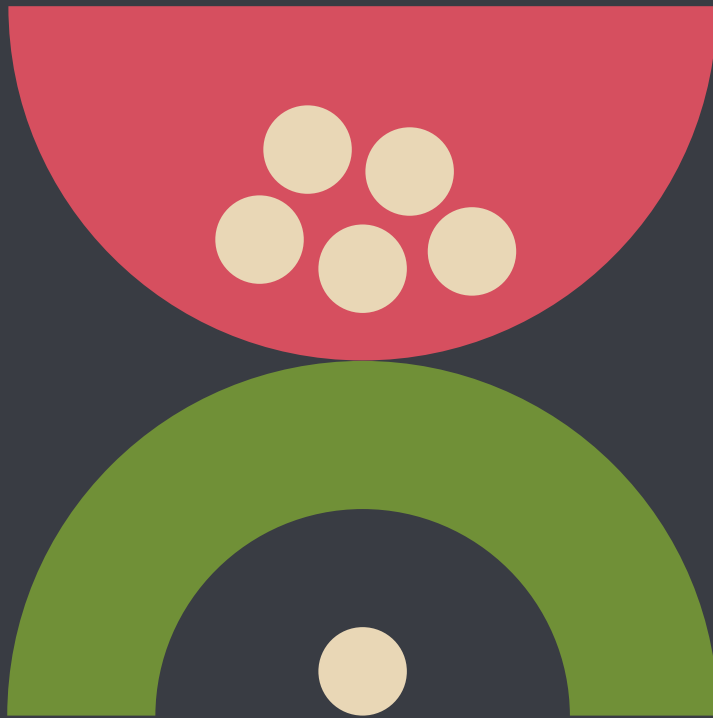
Asimismo, cabe posicionar y situar la mirada de clase aplicada. Se partió de los resultados obtenidos en la primera fase que señalaban a la pobreza como eje de desigualdad que mediaba constantemente en la identificación de la desigualdad en las personas que utilizan sustancias. Se apostó por priorizar profundizar en el sinhogarismo, como expresión máxima de pobreza, tratando de identificar las respuestas actuales y los aspectos de mejora.

La conceptualización de la comunidad y la exploración de quién la configura y qué lugar ocupa en la implementación y permanencia de los servicios fue otro aspecto a profundizar identificado en la fase diagnóstica. Se identificó que la discriminación y el rechazo social eran elementos clave para reducir las violencias y oportunidades de las personas usuarias de sustancias. En esta segunda fase se priorizó la identificación de estrategias exitosas respecto a ella, pero también se focalizó en facilitar el altavoz a los diferentes agentes comunitarios identificados.

En relación a los dispositivos se señaló que la distribución de parafernalia, las salas de consumo de supervisado y los centros calores y café, resultaban las tres principales respuestas que ofrecía la RDD en España. El aumento del uso de estimulantes y el crecimiento del uso de la vía inhalada generaban una revisión inmediata que permitiese su adaptación a las nuevas poblaciones y formas de uso de las sustancia.

Finalmente se exploró la preocupante situación de desgaste de la comunidad profesional que trabaja en la RDD emergida en la fase diagnóstica. Otorgándole a este elemento el lugar de relevancia que merece, y, promoviendo su visibilidad e importancia en el complejo engranaje en la calidad de las respuestas que se están ofreciendo.

2 METODOLOGÍA



DISEÑO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio. Se aplicó una perspectiva feminista, interseccional y psicosocial.

POBLACIÓN DIANA DE ESTUDIO

Mujeres, hombres y personas no binarias que utilizan los servicios y/o programas de la red de RDD en España.

EQUIPO INVESTIGADOR

A partir de los resultados de la Fase Diagnóstica de la Estudio Reducción de Daños Siglo XXI se

establecieron las siguientes temáticas de necesidad de profundización: 1) Modelo de aplicación de Reducción de Daños en España; 2) Poblaciones vulnerables (mujeres y género disidente, poblaciones envejecidas, personas que realizan prácticas de chemsex, jóvenes migados en situación de sinhogarismo); 3) Eje de vulnerabilidad sinhogarismo; 4) Patrón de consumo de sustancias; 4) Reducción de Daños asociados al uso de Alcohol; 5) Reducción de Daños asociados a la parafernalia de consumo de sustancias ; 5) Centros de día; 6) Servicios y Programas de Reducción de daños y Comunidad; 7) Burn-out profesionales de la Red de Reducción de Daños.

Se descartó únicamente profundizar en la temática de Reducción de Daños aplicados a contexto rural por la posibilidad de incorporación transversal en las anteriores temáticas citadas.

Con el objetivo de realizar una profundización específica en cada una de las temáticas identificadas, el grupo investigador senior de la Fase Diagnóstica determinó complementar el equipo con personas investigadoras junior que presentasen experticia en cada una de las temáticas identificadas.

Se aplicó como criterios de inclusión en el grupo investigador presentar más de 5 años de experiencia laboral en la red de reducción de daños en el territorio estatal, haber trabajado como mínimo en 2 servicios y/o programas diferentes que presentasen relación directa con la temática de investigación asignada, y disponer tanto formación específica en la temática como en perspectiva de género demostrable. Se aplicó una selección de conveniencia.

La investigación fue coordinada por una persona del equipo de investigador senior de la primera fase y supervisada por una persona experta en género y uso de sustancias.

INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Se partió del marco teórico construido durante la primera fase de la presente investigación. Todas las temáticas complementaron los anteriores hallazgos con la revisión bibliográfica específica.

Para la recogida de información de la muestra poblacional se estableció la técnica de grupo focal. Se constituyeron un total 14 grupos focales. Para cada temática se realizó un grupo focal constiuidos principalmente por profesionales, representantes de la administración y miembros de la comunidad. Dos grupos focales fueron constituidos exclusivamente por personas usuarias de sustancias (*GF-Primera Persona*) donde se exploraron las temáticas de forma transversal. Por el propio carácter de la temática, el grupo focal sobre ChemSex utilizó una metodología mixta, permitiendo que profesionales y personas usuarias participasen simultáneamente.

Cada grupo focal fue dinamizado por una persona miembro del equipo investigador que presentaba experticia en la temática concreta y se contó con la representante de UNAD y la coordinadora del estudio como observadoras.

La duración de todos los grupos fue de 120 minutos. Los grupos constituidos por personas usuarias de sustancias se realizaron presencialmente para reducir las barreras de acceso relacionadas con la tecnología. El resto de grupos fueron telemáticos para garantizar la diversidad territorial de participantes. Se promovió la participación de diversidad de género y raza. La participación no fue remunerada en ningún caso.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y TRATAMIENTO DE DATOS

El consentimiento informado de registro y cesión de datos utilizado en el estudio fue cedido por el Departamento Técnico de UNAD. Fue imprescindible la aceptación de cada una de las personas para su participación. Todas las participantes fueron situadas en la fase del proceso de investigación y las posibles implicaciones de los resultados.

DESCRIPCIÓN DEL MUESTREO Y SUJETOS

El muestreo realizado fue teórico, de conveniencia, mediante el equipo de investigación completo. En el apartado de resultados de cada temática explorada se especifican los criterios de inclusión, exclusión y selección específicos.

En la siguiente tabla se describen las características de las personas participantes en la presente fase de investigación. Se mantuvo la demanda de 2 participantes de preservar el anonimato.

DESCRIPCIÓN DE LOS SUJETOS PARTICIPANTES		
Rol de participación		
Personas usuarias de RDD	23	19%
Administración pública	9	8%
Asociación civil	3	3%
Movimiento vecinal	1	1%
Sector privado	2	2%
Sector público sanitario	9	8%
Tercer sector	72	60%
Universidad	1	1%
Género		
Mujer	83	70%
Queer	3	2%
Hombre	34	28%
Territorio		
Andalucía	8	7%
Aragón	1	1%
Asturias	1	1%
Internacional	3	3%
Castilla-La Mancha	1	1%
Cataluña	43	39%
Ceuta	1	1%
Comunidad de Madrid	10	8%
Comunidad Valenciana	6	5%
País Vasco	12	10%
Galicia	1	1%
Illes Balears	3	3%
Islas Canarias	5	4%
Melilla	1	1%
Murcia	1	1%
Nacional	19	16%



En total participaron 122 personas diferentes. De las cuales 23 se identificaron como usuarias de servicios y/o programas de RDD. Se contabilizó la participación de un total de 53 de organismos colaboradores, constituidos por entidades comunitarias, organismos públicos, representantes de gobierno, asociaciones de familiares, asociaciones de personas usuarias, personas con trayectoria política y de asociacionismo vecinal y profesionales.

La mayoría de participación fueron mujeres (70%). En total se representaron 14 comunidades autónomas, siendo Cataluña (39%) la mayor representada, seguida de País Vasco (10%) y la Comunidad de Madrid (8%). Además, participaron personas que trabajaban a nivel nacional (16%) y a nivel internacional (3%).

DESCRIPCIÓN ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE DATOS

Se codificó todo el material de registros de audio y textos de transcripción de discurso garantizando el anonimato de los datos. Con el objetivo de conservar la con-

fidencialidad de las personas participantes se determinó como unidad de nominación del territorio la comunidad autónoma perteneciente. Se realizó la transcripción de las entrevistas individuales y los grupos focales. Los discursos fueron tratados por parte de las personas investigadoras mediante el software ATLAS.ti 22, la segmentación de temas y la creación de categoría se realizó de forma constructiva a partir de la referencia del marco teórico. Todo el equipo investigador discutió los resultados del análisis, participó en la interpretación de los resultados, la profesional experta en género estuvo presente en todas las sesiones. La discusión y conclusiones se realizaron de forma colaborativa y participativa en dos sesiones telemáticas de una duración total de 4 horas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El equipo investigador aceptó la declaración de libres intereses con la presente investigación. No hubo ánimo de lucro bidireccionalmente. En la realización del estudio se preservó la metodología de acción sin daño.

3

RESULTADOS



3.1. MODELO REDUCCIÓN DE DAÑOS

AUTORA: ESTER ARANDA RODRÍGUEZ

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se sumerge en la realidad actual del modelo de la reducción de daños (RDD) en España, explorando su implementación y evaluando su eficacia en el contexto del uso de sustancias, de salud y social contemporáneo. La RDD, en un marco de salud más amplio, busca mitigar los riesgos asociados al uso de sustancias y comportamientos de riesgo, así como la garantía de derechos de las personas que usan sustancias.

Aplicando los resultados emergidos en la Fase I de la presente investigación, se incorpora la necesidad de revisión del actual del modelo de RDD. Se observó que las políticas de drogas en España han sido moldeadas por la convergencia estructural del neoliberalismo, el sistema patriarcal y las políticas prohibicionistas sobre el uso de sustancias. Inicialmente fueron construidas bajo un modelo biomédico centrado en la enfermedad, enfocándose en la prevención, tratamiento y reducción de daños, estas políticas se desarrollaron en un contexto marcado por el consumo de heroína vía inyectada, alta comorbilidad y mortalidad asociada. Además, se evidenció que tratar a España como una unidad territorial invisibilizaba la diversidad de realidades de sus territorios.

Sin embargo, persiste un imaginario social estigmatizante hacia las personas usuarias de sustancias, considerándolas como vagas, delincuentes y responsables de su situación. A pesar de que la RDD ha introducido un enfoque basado en principios de salud pública, el diseño inicial de sus servicios y programas no consideró las diversas intersecciones e intensidades de la desigualdad social.

En relación al modelo de RDD a nivel nacional, la principal propuesta que emergió durante la Fase Diagnóstica fue la incorporación del enfoque de justicia social interseccional para abordar las disparidades existentes. Se identificó que la condición de uso de sustancias operaba como un eje de desigualdad social, y la mayoría de los servicios de RDD tendían a privilegiar a ciertos grupos, como hombres, blancos, nativos y usuarios de heroína inyectada. Esto dejaba fuera a poblaciones oprimidas, definiendo dificultades de acceso y adherencia a la red de RDD para grupos minoritarios. En este sentido, la necesidad de reformular el modelo actual se presentó como imperativa para garantizar que las respuestas fuesen inclusivas, equitativas y aborasen las complejidades de la interseccionalidad en el ámbito de las políticas de drogas y del acompañamiento a las personas usuaria de esta sustancias.

Los objetivos de la presente investigación se centraron en la descripción del origen y situación actual del modelo de la RDD, la identificación y comprensión de posibles diferencias entre territorios, y la extracción de elementos de mejora que respondiesen a las necesidades del contexto presente estatal.

MÉTODO

Se aplicó una metodología de investigación cualitativa experimental utilizando como instrumento de recogida de datos la técnica del grupo focal (GF). La información se complementó con una entrevista en profundidad semiestructurada a dos participantes que no pudieron asistir al GF.

La selección de participantes fue de conveniencia. Se identificaron como temáticas de interés a explorar: activismo, género, sinhogarismo, políticas y dispositivos. A partir de estas categorías de interés se diseñó un muestreo que tuviese en cuenta la representación de personas expertas de administraciones públicas locales, autonómicas, estatal y europeas; y la participación de profesionales que además presentasen experiencia de atención directa en diversidad de servicios y/o programas de acompañamiento en RDD en España.

De las once personas contactadas, diez aceptaron la participación y únicamente una persona no respondió la propuesta. En total fueron 8 mujeres, 1 hombre y 1 persona no binaria. En el grupo focal participaron ocho de estos individuos. Por imposibilidad de compatibilidad de horarios dos de las personas fueron entrevistadas posteriormente.

El GF y las entrevistas fueron dinamizadas por la investigadora experta de la temática. Ambos contaron con la observación tanto de la profesional técnica de UNAD como de un miembro del equipo de investigación, y se realizaron telemáticamente. La duración total fue de 2 horas para el grupo focal, y de 45 minutos para las entrevistas.

Todas las personas aceptaron la participación voluntariamente, firmaron el consentimiento informado de cesión de datos/participación, y no recibieron ninguna remuneración.

RESULTADOS

Y DE PRONTO MUCHOS SE MORÍAN

El GF si inició invitando a las participantes a describir de forma colaborativa el contexto previo a la implemen-

tación de la RDD en el que se encontraba España. Situaron el inicio en los años 70 con la aparición de la heroína en el mercado ilegal de sustancias y el incremento de la prevalencia del uso de la vía inyectada. Describiendo ese momento sociopolítico todavía de represión dictatorial y despolitización de la población general, al menos en el ámbito público. Señalaron que la principal sustancia utilizada en aquel momento era el alcohol, siendo la única opción a tratamiento a la que podían acceder las personas que presentaban un uso problemático.

“ Cuando a nosotros nos llega la heroína a finales de los 70, y hay que recordar que no teníamos... esto no existía... era un tema inexistente, y de poco hubo unos pocos, y de pronto hubo un montón. Y nosotros no teníamos servicios para adicciones [...] Y claro, en ese contexto con heroína intravenosa a nosotros se nos moría la gente de sobredosis a montón, y se nos moría la gente de SIDA a montón, y se nos moría la gente de SIDA por tuberculosis.”

Médico Epidemiólogo. Gobierno Estatal.

Una de las participantes, que además había estado involucrada directamente en todo este proceso, relató como a finales de los años 80 empezaron a aparecer los primeros cuestionamientos sobre el marco legal prohibicionista en el que se situaba el fenómeno del uso de sustancias. El aumento del número de sobredosis letales por uso de heroína, el aumento de la mortalidad asociada a SIDA y el aumento de la mortalidad asociada a tuberculosis fueron situados por todas las participantes como los elementos de mayor preocupación para las profesionales en aquel momento. Señalaron que, además, los programas de tratamiento presentaban muy baja adherencia para las personas usuarias de heroína debido a que se enfocaban como Programas Libres de Drogas con orientación exclusiva de abstinencia sostenida.

La contracultura (lugares de encuentro, revistas, panfletos...) y las redes de apoyo mutuo informales derivadas, fueron señaladas por una participante, como el espacio en el que las personas usuarias de sustancias podían encontrar información y apoyo alternativo a la abstinencia. Un participante no estuvo de acuerdo con esta afirmación, indicando que a pesar que esos lugares y acciones hubiesen existido, este grupo de personas se veían afectados al mismo nivel por las pandemias de sobredosis y VIH/SIDA.

Una participante relató como ella, junto a un grupo de profesionales de diferentes disciplinas, empezaron a buscar referencias de alternativas al abordaje de abstinencia en otros países europeos como Inglaterra y Holanda. Descubrieron que se estaban aplicando estrategias que seguían un nuevo paradigma denominado Reducción de Daños.

NO SABÍAMOS LO QUE HACÍAMOS, PERO TAMPOCO TENÍAMOS OTRA OPCIÓN

Más allá de la mortalidad y morbilidad asociada al uso de heroína vía inyectada y del alzamiento de los primeros discursos profesionales reclamando nuevos paradigmas en el acompañamiento a personas que utilizaban sustancias, algunas participantes indicaron, como elemento oportunista de la implementación de las primeras estrategias de RDD en España, el contexto sociopolítico previo a las Olimpiadas en Barcelona el año 1992. A pesar que algunas participantes se mantuvieron al margen de validar esta hipótesis, nadie expresó ningún argumento en contra.

Bajo estas circunstancias y de mano de un grupo de profesionales muy comprometidos, las participantes relataron, que se implementaba el primer piloto de programa de intercambio de jeringuillas (PIJ) en España.

Una participante del GF puntualizó que, este primer impulso, no surgió por una presión de las personas usuarias reclamando derechos asistenciales, señalando que, debido al contexto previo dictatorial, verdaderamente la sociedad en general se mantenía todavía muy despolitizada. Otra participante complementó esta afirmación expresando la posibilidad de que, probablemente de cara a la opinión pública, era más conveniente situarlo como una nueva estrategia de salud dirigida a abordar la crisis epidemiológica que existía.

A pesar de que la estrategia PIJ presentaba evidencia científica y estaba abalada internacionalmente, todas las participantes coincidieron que las resistencias de la comunidad profesional fueron extremadamente notables. Un participante lo ejemplificaba rememorando voces que consideraban que, la posibilidad de acceder al mercado de jeringuillas en farmacias, debía ser acción suficiente para promover el uso individual de este material.

“ Cuando se hablaba de intercambios de jeringuillas pues la respuesta era “oye, pero si en España se pueden comprar jeringuillas en las farmacias”, porque hay países donde es ilegal comprar jeringas sin prescripción, pero en España nunca lo fue.”

Médico Epidemiólogo. Gobierno Estatal.

Otra participante de Barcelona resaltaba la importancia de la valentía y compromiso de las personas profesionales y entidades que en aquel momento apostaron por la implementación de los PIJ.

“ Sentíamos la necesidad de hacer... a veces estábamos dando respuestas a cosas que no sabíamos ni cómo funcionaban... Yo recuerdo el poner en marcha un programa de intercambio de jeringuillas en el 91, el primero fue “Surt del Rotllo”, y nosotros en Reus el “Juguem net”. Y al día siguiente había un 78% de jeringuillas devueltas.”

Médica Psiquiatra. Cataluña.

La implicación de profesionales, la emergencia de salud, cambios normativos y el consenso político facilitaron que a partir del 1992 se implementase los primeros Programas de Mantenimiento Metadona (PMTD). De nuevo todas las participantes del GF estuvieron de acuerdo por unanimidad que las resistencias por parte de los profesionales que realizaban atención directa se agudizaron, sumándose, además, la contrariedad por parte de profesionales de los pisos de reinserción y las comunidades terapéuticas existentes.

“ En el 91-92 empezamos a tener programas de metadona, que buena parte del espectro profesional se oponía y te decían “abrevaderos de metadona, es darles opiáceos”, pero claro nosotros lo que nos preocupaba es que se nos morían.”

Médico Epidemiólogo. Gobierno Estatal.

Tanto las participantes de Madrid como de Barcelona describieron estos primeros programas como transgresores, sujetos a un extremo control externo, y no alejados de polémicas. Un profesional señaló que el control provenía tanto por la moralidad de dispensar un fármaco opiáceo a personas usuarias de heroína, como por, la aparición de casos publicados en prensa de profesionales del ejercicio libre detenidos por la venta de recetas de metadona.

Una participante de Madrid señalaba que, en su ciudad, al PMTD se le denominó Programa de Alta Marginación a causa de que, inicialmente, iba dirigido exclusivamente a personas hospitalizadas que presentaban un recuento muy bajo de células CD4. No fue hasta 1997 que las participantes indicaron que se instauró pas el PMTD a nivel ambulatorio en esta ciudad. Relataron que a pesar que el objetivo inicial debía ser la aproximación de la atención a las personas usuarias de sustancias, la exigencia a la que se veían expuestos era muy superior a la alcanzable.

“ Para dar a una persona metadona tenía que tener no sé cuántos controles negativos, tenía que cumplir una serie de cosas, era una metadona restrictiva. Era una metadona muy cercana al programa libre de drogas. [...] incluso se limitaba también la dosis de metadona. Tengo por ahí guardados los contratos que firmaban los pacientes, y, se les retiraba la metadona por consumir, y, se les retiraba la metadona por entrar en determinados recursos.”

Médica. Administración Pública. Comunidad de Madrid.

Las participantes coincidieron que las personas usuarias de sustancias vivían una cuádruple discriminación: por utilizar heroína, por inyectarse, por utilizar metadona y por considerarse que estaban enfermos “contagiosos”. Este grave escenario estigmatizador fue señalado por una participante como propulsor de la aparición de las primeras asociaciones de personas usuarias de sustancias en Cataluña, que empezaron a realizar función de bloque de presión, ante las primeras quejas sociales y amenazas políticas de cierre de los programas de RDD. La respuesta de la administración pública fue impulsar los primeros Planes Municipales contra las Adicciones.

Una participante, especialista en servicios de análisis de sustancias, aportaba a la cronología que en ese mismo año 1997, en Barcelona, nacía la denominada Reducción de Riesgos (RDR) poniéndose en marcha el primer proyecto destinado al uso de sustancias en contexto recreativo: Energy Control. Sus objetivos ampliamente conocidos se centraban en la atención directa a las personas en el propio contexto de ocio, y, a los primeros servicios de análisis de sustancias.

EL PRIVILEGIO DEL RIESGO Y LA PROBLEMATIZACIÓN DEL DAÑO

El uso de la terminología de Reducción de Riesgos y Reducción de Daños, sus oportunidades y sus limitaciones fueron un punto donde las participantes del grupo se detuvieron a discutir. Todas las participantes estuvieron de acuerdo que riesgo se asociaba a prevención, ocio y juventud; que se trataba de una distinción puramente académica y administrativa desconocida para políticas/os, personas usuarias de sustancias y comunidad en general.

Ambas personas participantes expertas en políticas europeas de drogas coincidieron en que esta conceptualización es una característica diferencial de España respecto a la mayoría de países europeos. Las participantes que ocupaban puestos en la administración pública de Cataluña añadieron que, en la práctica, ambos campos trabajaban conjuntamente. Las profesionales de Madrid indicaban que, en su territorio, se utilizaba el concepto riesgo en el acompañamiento a jóvenes, y, el concepto *daño* en el acompañamiento a personas inyectoras sinhogar.

A pesar que ninguna participante argumentó ni defendió la existencia y mantenimiento de esta terminología, sí se pudo observar que, algunas personas participantes, alzaban la voz a favor de la erradicación de esta categorización. Una participante indicaba que conceptualmente había sido útil, pero que en la actualidad se observaba que, en muchos espacios, la realidad era indivisible. Otre participante añadía que, utilizar el término riesgo o daño, forzaba una clasificación de las sustancias y de los usos generalista, y posiblemente moralizada.

“ El tema en que nos encontramos es que de repente este tipo de dominios son categorías muy cerradas, que han sido muy cambiantes históricamente, y ahora son como tensiones hacia diferentes posiciones entre lo que este tipo de sustancias nos hacen, y, el objetivo que tenemos cuando las utilizamos.”

Experte en Políticas de RDD europeo.

Esta problematización de la terminología *daño* fue un elemento en que todas las participantes estuvieron de acuerdo. Una participante contextualizó que ésta es una herencia del modelo prohibicionista de las drogas, que daba por supuesto que utilizar sustancias inevitablemente generaba daños, eliminaba la posibilidad de validación de determinadas formas de vida, invisibiliza las causas sociales y estructurales que había detrás de estas vidas, y en consecuencia favorecía la discriminación de un determinado grupo de personas usuarias de sustancias.

“ Hablemos de RDD, del consumo de metanfetamina y de mujeres que viven en la calle... ¿qué es más dañino? ¿El mantenerse despierta con la ayuda de la metanfetamina? ¿o dormirse y lo que les pueda pasar durante la noche? ”

Antropóloga. Experta en género y políticas de RDD. Cataluña.

SUPERVISAR EL CONSUMO

El siguiente evento que destacó el grupo en la línea cronológica fue, en el año 2002 en Madrid y en el año 2004 en Barcelona, la implementación de las primeras salas de consumo supervisado (SCS) en España. Las participantes de ambas ciudades situaron esta estrategia como elemento clave para el asentamiento del modelo de RDD a nivel estatal, coincidiendo en la resistencia política y vecinal de la que se vio acompañada.

“ Se crea la primera sala en Las Barranquillas, que lo recordaréis, que yo creo que es el centro que marcó todo. Además, con mucha resistencia, y ahí empieza a cambiar un poco el modelo, un poco no, realmente cambia el modelo de Madrid y cambia el Ayuntamiento.”

Médica. Administración Pública. Comunidad de Madrid.

“ Es que se quisieron abrir las salas a pesar de todo, era una prioridad. Se abrieron desde una perspectiva, con toda la oposición vecinal y política, pero se abrieron. Se abrieron con unos objetivos orientados para un tipo de población muy específico, que no tiene nada que ver con lo que tenemos ahora.”

Médica. Administración Pública. Cataluña.

Las SCS fueron dibujadas por las participantes como motor de la ampliación de programas y servicios de RDD. Se indicó que a partir de ahí se impulsaron los cambios en el diseño de los PMTD, flexibilizándose los criterios y ampliándose su cobertura con la incorporación de unidades móviles, abriéndose los primeros centros de día (Cataluña) o centros de riesgos psicosociales (Madrid), e, afianzándose los equipos de intervención comunitaria o proximidad.

A pesar de este avance, las participantes dataron el año 2011 como punto diferencial entre territorios. Mientras que Madrid, a causa del desmantelamiento del poblado donde se ubicaba SCS, cerraba este dispositivo; en Cataluña se ampliaba la red de SCS en la ciudad de Barcelona y a otros municipios que presentaban necesidad.

Prácticamente 20 años más tarde de su implementación, el grupo reflexionó sobre estos dispositivos. Consideraron que su diseño reproduce una jerarquización moral según sustancia y vía de administración. Estuvieron de acuerdo que las personas que, en la mayoría de los casos, las personas acudían cuando el resto de sistemas de protección han fallado. Estos servicios situaban el uso de sustancias en el centro del acompañamiento, invisibilizando el resto de vulnerabilidades que atravesaban a las personas.

También se indicó que, a causa de estos motivos, las personas que acuden no quieren ser identificadas como usuarias. El impacto de este elemento fue señalado por una participante con preocupación por la despolitización de las personas que conlleva implícitamente. La oportunidad de mejora de estos dispositivos en la actualidad no parecería que pudiese operar desde un reclamo de las propias personas usuarias, dado que estas se avergüenzan de acudir a las SCS.

El grupo fue cuestionado de forma directa sobre la desigualdad territorial existente en la actualidad en Es-

pañía en torno a estos dispositivos. Del diálogo surgido se pudieron extraer dos lógicas diferenciales de implementación. La primera de ellas se basaba en la prevalencia del uso de determinadas vías de administración en un territorio concreto, y, la percepción de necesidad por parte de esa comunidad.

“ Todos los recursos que tenemos de proximidad son porque los vecinos han querido y han necesitado tenerlos. Eso es muy importante, porque si no, no existirían esos recursos de proximidad. Pero la historia es que los vecinos quieren equipos socioeducativos, quieren un lugar de referencia, quieren trabajar la RDD... pero no ven y no aceptan y es también su dinero. Porque deciden que con su dinero no se consuma dentro de un local.”

Médica. Administración Pública. Comunidad de Madrid.

La segunda lógica de carácter opuesto consideraba a las personas usuarias de sustancias como miembros de la comunidad y situaba su cuidado y acompañamiento como objetivo principal.

“ No puede ser que haya unos vecinos que son los vecinos de verdad, y luego estén los vecinos que no son vecinos. Entonces atiende a las necesidades que necesita un vecino, pero no atiende a lo que necesita otro tipo de vecino. Hemos de cuidar a los más vulnerables de nuestra población.”

Psicóloga. Administración Pública. Cataluña.

En los últimos años la ciudad de Madrid y Barcelona reportaron haber implementado SCS específicas para supervisar el uso de alcohol. Ambas ciudades integraban estos dispositivos en Centros de Acogida para personas sinhogar, reportando resultados positivos en relación al programa y en cuestión de aceptación comunitaria.

Se pudo observar tres terminologías diferenciales para referirse a estos servicios: 1) Salas de Consumo Supervisado, empleado por las participantes de Cataluña al referirse a dispositivos con espacio de consumo supervisado para el uso de la vía inhalada y/o inyectada; 2) Salas de Acompañamiento del Consumo, empleado por una participante cuya prestación estaba integrada dentro de un servicio diurno de acompañamiento a mujeres víctimas de violencias en Barcelona; 3) Salas de Reducción de Daños, empleado por las participantes de Madrid para referirse a dispositivos residenciales para personas sinhogar donde se supervisaba el uso de alcohol.

TREINTA AÑOS DE RDD, TREINTA AÑOS SITUANDO EL CONSUMO EN EL CENTRO

Las participantes fueron cuestionadas por el modelo de RDD que ha operado en los últimos años.

Las características comunes que se describieron fueron que, en la actualidad, era un abordaje basado en el paradigma biomédico, con carácter institucionalizador, que situaba en el centro de la problemática del uso de sustancias, aplicando la lógica asistencialista desde la multidisciplinariedad. Las participantes que trabajaban en entidades del tercer sector, cuya práctica diaria era de atención directa, alertaron de que esta propuesta de acompañamiento segmentaba a la persona por problemas (uso de sustancias, violencia de género, salud mental, sinhogarismo, migración), quedando lejos de abordajes holísticos.

“ El planteamiento actual, no solo en drogas, es la segmentarización de la persona. Aquí voy por vivienda, aquí voy por violencia, aquí voy por drogas... y aquí nadie me mira a mí, en mi conjunto, en toda mi complejidad y poniéndome a mí en el centro como experta de mi propia realidad.”

Experte en Políticas de RDD europeo.

Este modelo de acompañamiento fue señalado como factor relacionado con la cronificación de la exclusión social. Las participantes indicaron que situar el consumo de sustancias en el eje central, focalizaba en causas individuales e invisibilizaba el resto de problemáticas estructurales, favoreciendo así la estigmatización de estas personas.

Algunas participantes añadieron con preocupación que, otra de las consecuencias de este modelo asistencialista, recaía en la despolitización de las personas usuarias de sustancias. Señalaron que, estas personas en la actualidad, se identificaban como usuarias de servicios de la red pública, desarticulándose cualquier colectivización por la lucha de derechos. Este relato era trasladado como una pérdida de la esencia de la propia RDD, rememorando décadas anteriores donde grupos activistas habían ejercido presión a la administración pública para la implementación de nuevos programas y/o mejoras de los existentes. Ambas personas expertas en políticas europeas añadieron que, en los países donde se han mantenido estos grupos, se observaba no solo una red de acompañamiento de mayor calidad y solidez, sino también, una mayor restauración de derechos de las personas usuarias de sustancias.

Mayoritariamente, las participantes del GF estuvieron de acuerdo que la disolución de grupos organizados de personas usuarias de sustancias, podía conllevar a la lectura de que, estas personas tenían ya los derechos básicos garantizados. Este escenario se encontraba muy

alejado de la realidad descrita por las diferentes participantes.

En relación a la gestión de los servicios y/o programas de RDD en España, las participantes describieron que las primeras ONGs, que habían operado como organizaciones comunitarias de lucha de derechos, hoy en día se habían convertido en agencias proveedoras de servicios. Esta transformación fue descrita como, positiva por la solidez que aportaba a la permanencia de servicios y programas de RDD, y como negativa, como factor que contribuía a la despolitización de la RDD. Este riesgo fue ejemplificado ante situaciones de cambio de gobierno, donde la falta de grupos de presión independientes (personas usuarias y organizaciones comunitarias), que luchasen y exigiesen la garantía y permanencia de servicios y/o programas, podía conllevar el recorte de servicios y/o programas, o incluso, la propia desarticulación de la red.

“ Eso [la gestión de los servicios por parte de las ONGs] que nos ha llevado a poder desarrollar las estrategias de una manera más sólida y más profesionalizada, pero también hace que cuando se amenaza la RDD, y de repente, se pierde ese consenso político que había, se pongan muy en riesgo esas estrategias pragmáticas, porque no tenemos población que las vaya a defender más allá de profesionales que vienen de la academia y que poco a poco también se han despolitizado.”

Antropóloga. Experta en género y políticas de RDD. Cataluña.

A nivel comunitario situar en el centro el uso de sustancias fue otro elemento de debate. Por un lado, la experta en atención directa en ocio nocturno señalaba a la importancia de la aceptación de la comunidad como eje central. Indicó que, bajo su experiencia, cuando la comunidad aceptaba que entre sus miembros existía uso de sustancias, percibía los servicios y/o programas de RDD como un elemento de mejora de su propia calidad de vida. El grupo alertó de la influencia de la clase social en esta aceptación, indicando que hoy por hoy, la mayoría de personas usuarias de sustancias vinculadas al ocio nocturno, pertenecían a la clase social media.

“ Si tú lo enfocas así... ¿qué te encuentras? todo lo contrario, todo es aceptación. Al final es un tema de estigma lo que está pasando. Si al final tú te encuentras en una comunidad que, está consumiendo, y que, entiende que lo que estás haciendo es sumar a unas actividades que ya se reconocen ahí, pues claro te aceptan.”

Farmacóloga. Experta en programas de análisis de sustancias. Estatal.

El resto de participantes, por el contrario, estuvieron de acuerdo que a pesar de la expansión de la red de RDD, en la mayoría de territorios donde se implementaba, la comunidad inmediatamente relacionaba el uso de sus-

tancias con pobreza y marginalidad, precipitándose de forma inmediata, un rechazo de identificación y un alzamiento de queja ante una respuesta que, consideraban, alejada de sus necesidades. Una participante ejemplificó esta realidad relatando el conflicto existente en un territorio, donde la comunidad exigía actuaciones a la administración en torno al tráfico de sustancias y la inseguridad, y relacionaba la implementación de servicios de RDD como una respuesta no resolutive, sino al contrario, potenciadora de la problemática.

“ Mucha gente interpreta que si tú tienes un recurso como estos vas a acabar con el tráfico de drogas y con la inseguridad en el barrio. Entonces se llevan decepciones porque asocian la RDD con acabar con el tráfico de drogas, con la inseguridad del barrio, y con acabar con los atracos y demás. Cuando no se dan cuenta que los programas de RDD son para gente muy vinculada al distrito, gente que forma parte del distrito y que sí puedes trabajar con ellos. Y ellos se decepcionan... se decepcionan en que tú no acabes con todo eso. Al final ¿qué es lo que ellos quieren? Que acabes con las personas que consumen, que acabes con la pobreza... hay mucha confusión.”

Médica. Administración Pública. Comunidad de Madrid.

La invisibilidad en el espacio público de las personas usuarias de sustancias en situación de exclusión como expresión máxima de pobreza, fue un aspecto sobre el que las participantes también reflexionaron. Señalaron que las dinámicas comunitarias se habían transformado en los últimos años. Por un lado, relataron que, el dismantelamiento de los poblados y los puntos de venta de sustancias históricamente situados ahí, había propiciado un desplazamiento de las personas usuarias de sustancias. Por otro lado, los procesos de gentrificación y la crisis de la vivienda, habían favorecido que esos puntos de venta de sustancias se ubicasen en el centro de las ciudades y, en consecuencia, el asentamiento de las personas usuarias. A pesar que, muchos barrios ubicados en el centro de grandes ciudades históricamente habían sido habitados por personas humildes y de clase trabajadora, los procesos de gentrificación ocurridos recientemente, y no regulados, habían llevado a que, personas de mayor poder adquisitivo, substituyesen es tejido vecinal tradicional.

“ Nos está costando un montón [la permanencia de un servicio de RDD] porque hay pisos que cuestan un millón de euros al lado del servicio y estamos ahí. Estamos defendiéndolo con uñas y dientes, porque precisamente los vecinos ni acuden, ahora acuden los abogados de los vecinos. Porque son gente que vive en pisos de un millón de euros y dos millones de euros, entonces... Esto es un trabajo de mediación comunitaria muy diferente.”

Médica. Administración Pública. Comunidad de Madrid.

Todas las participantes coincidieron en que, el trabajo con la comunidad y la mediación comunitaria continuaba siendo esencial para la RDD, a pesar que, observaban cómo este, debía adaptarse a las nuevas dinámicas. Las participantes de la administración pública reconocieron que quién mejor desarrollaba esta tarea eran las entidades del Tercer Sector, ensalzando su bagaje y experiencia en el diálogo entre diferentes agentes (políticos, vecinas, administraciones, profesionales y personas usuarias) que, de entrada, podían presentar posicionamientos muy rígidos y alejados. Dos profesionales de Cataluña reportaron como buena práctica la estrategia de desplazar el consumo del centro en el transcurso de una mediación comunitaria surgida durante la implementación de un servicio de acompañamiento a mujeres víctimas de violencias que aplicaba un enfoque de RDD.

“ **No poner tanto el acento en el consumo sino en las personas, no quiere decir que no exista porque está, pero implica que ese mismo se articula de muchas otras maneras y es mucho más manejable, en el sentido que, ya estás señalando las múltiples situaciones de vulnerabilidad y no el consumo. Eso también te ayuda a trabajar con la comunidad desde otro lugar.**”

Psicóloga. Administración Pública. Cataluña

REDUCCIÓN DE DAÑOS 2.0.

Finalmente, las participantes aterrizaron en el contexto en el que se encontraban en la actualidad. La experta en análisis de sustancias relató que el mercado ilegal de sustancias y las formas de uso han sufrido cambios notables desde el inicio de la implementación de la RDD en España. Varias participantes señalaron la importancia de que en los últimos años se hubiesen producido cambios en los cultivos de opio de Afganistán, los cuales habían propiciado que, la heroína que se dispone en el mercado ilegal estatal, presentase mayor adulteración. Un participante indicó con preocupación que esta dinámica debía ser observada sistemáticamente con detenimiento para poder prever la falta de abastecimiento de esta sustancia. Otra participante añadió que el sistema de alerta temprana se presentaba como una respuesta efectiva en la detección y anticipación de estos posibles cambios.

“ **Tenemos heroína muy adulterada, sabemos lo que está pasando en Afganistán, sabemos que han cambiado los cultivos de opio. Entonces también sabemos que si falla el abastecimiento de heroína tenemos más probabilidades que lleguen otras opciones. Pero también llevamos implementando la RDD más de 25 años y tenemos sistemas de alerta temprana.**”

Farmacóloga. Experta en programas de análisis de sustancias. Estatal.

También desde esta perspectiva global, varias participantes señalaron la epidemia con los opioides sintéticos y las anfetaminas ocurrida en EEUU como, un escenario sobre el que también, se debía prestar especial atención. Las participantes estuvieron de acuerdo que, España presentaba una capacidad de respuesta desde la RDD muy superior a la de ese territorio, ensalzando así, el extenso desarrollo de servicios y/o programas de RDD realizado en los últimos 30 años. A pesar de esto, el grupo mantuvo un posicionamiento muy cauto ante la posibilidad de reproducirse una situación de características similares en nuestro país. A pesar de incidir concretamente en la incorporación de programas de mantenimiento con heroína como respuesta a este cambio, ningún representante de la administración pública expresó su posicionamiento.

En relación a las sustancias y sus formas de uso, todas las participantes estuvieron de acuerdo en el aumento del uso de sustancias estimulantes, especialmente la metanfetamina. Una participante de Cataluña complementó que estaban evidenciando, además, un tránsito del uso de crack vía inhalada a metanfetamina. Este incremento del uso de sustancias estimulantes fue señalado por el representante del gobierno como, un reto para los servicios y/o programas de RDD existentes, los cuales fueron diseñados para dar respuesta a los opiáceos.

“ **La mayor presencia de estimulantes plantea retos muy nuevos y que yo creo que no los tenemos bien pensados ni resueltos. Amenazan la viabilidad de los servicios, porque claro, no es lo mismo inyectarse un opiáceo y quedarse relajado unas horas, que meterse metanfetamina y salir como una moto a la calle, revolucionar el barrio y volver al cabo de dos horitas para la siguiente. Estos son contextos muy distintos.**”

Médico Epidemiólogo. Gobierno Estatal.

Desde el ocio nocturno se alertó, tanto del aumento de la diversidad de sustancias como, del aumento de intoxicaciones en grandes festivales atendidas por los servicios de emergencias. Administraciones y profesionales estuvieron de acuerdo en la importancia de mantener y ampliar los servicios de análisis a toda la población que usa sustancias, independientemente del contexto en que se utilicen. Esta propuesta lanzada por el grupo de participantes podría ser una primera estrategia de disolución de la frontera entre RDD y RDR reclamada por las propias participantes.

La situación actual de la red de RDD fue descrita como una estructura constituida por entidades del Tercer Sector y la administración pública, donde la comunidad seguía presentando resistencias. Se pudieron observar algunas experiencias exitosas de servicios y/o programas

de RDD que habían apostado por la descentralización del uso de sustancias en su abordaje y que, además, en el acompañamiento incorporaban componentes de la opresión y violencias originadas por la interseccionalidad del eje sexo-género.

En relación al sinhogarismo, una participante relató los buenos resultados que habían obtenido en Madrid tras la integración de las salas de reducción de daños para el uso de alcohol en los centros de primera acogida. Se destacó además que en esta ciudad disponían un equipamiento de estas características exclusivo para mujeres.

“ Hemos empezado con estas salas de supervisión de consumo de alcohol en el año 2012 y las tenemos dentro de los centros de atención a las personas sinhogar. Algo que sí se vio como una posibilidad muy buena para poder atender a una población sinhogar. Esto hace que el programa de alcohol sea muy importante, tanto en los centros de atención de acogida como en la población de calle. Las SSC de alcohol están funcionando muy bien, compramos incluso la bebida y están dentro de estos centros.”

Médica. Administración Pública. Comunidad de Madrid.

En el caso de Cataluña, se reconoció que a pesar que el modelo de atención al sinhogarismo presentaba limitaciones en términos de RDD, se habían implementado un piloto de espacio residencial mixto para personas en situación de sinhogarismo diseñado con perspectiva de género transversal, que integraba salas de consumo supervisado tanto para la vía inyectada como para la vía inhalada, y disponía de un programa de mantenimiento de alcohol. Esta experiencia había reportado muy buenos resultados, considerándose una buena práctica a replicar.

“ Una de las cosas que deberíamos hacer es replicar el Albergue de Barcelona, que es un modelo de buenas prácticas, pero también, adaptar el resto de albergues.”

Psicóloga. Administración Pública. Cataluña

También pudieron extraerse experiencias de integración de la RDD en la red de atención a las violencias machistas. A lo largo del GF, fueron numerosas las ocasiones que se hizo referencia a un centro de día en Barcelona dirigido a mujeres y personas de género disidente víctimas de violencias que utilizaban sustancias, el cual presentaba, muy buenos resultados en términos de actividad y de aceptación comunitaria.

“ Es que esto no va de consumo, esto va de violencias, esto va de sinhogarismo... y tenemos que incorporar el consumo porque es parte de todo eso y de sus mecanismos de supervivencia, de lidiar con el trauma...”

Antropóloga. Experta en género y políticas de RDD. Cataluña.

Todas las personas participantes coincidieron en que el modelo de RDD se encontraba en un momento de revisión y reforma, donde tanto la incorporación de las personas profesionales más jóvenes, como, la de la comunidad resultaban imprescindibles para comprender y ofrecer respuestas adecuadas.

“ Las personas más jóvenes son las que te enseñan cómo ir adaptando tu proyecto a las nuevas necesidades. Estamos ante consumos que tenemos que reinventar, el sinhogarismo, el género, la violencias, las migradas, la entrada de la metanfetamina... como todo esto se cuele de vez en cuando en ambientes recreativos, todas las nuevas drogas... hay un montón de historias que están entrando allí y que tenemos que contar con la comunidad para entender los motivos y cómo abordar.”

Farmacóloga. Experta en programas de análisis de sustancias. Estatal.

La reducción de la discriminación y el restablecimiento de derechos básicos de las personas usuarias de sustancias fueron dos elementos que aparecieron reiteradamente por parte de todas las personas participantes. La implicación positiva de los medios de comunicación fue otro aspecto que surgió en diferentes momentos del grupo como elemento clave en la disminución del estigma.

3.2. REDUCCIÓN DE DAÑOS Y GÉNERO

AUTORA: GARAZI RODRÍGUEZ BRUÑA

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas han emergido estudios sobre la Reducción de Daños (RDD) que consideran el eje género como artefacto patriarcal generador de desigualdades que afectan también al uso de sustancias.

En esta línea se identifican una sincronía y un paralelismo entre los espectros de la RDD y el continuum de las identidades de género, ya que en el universo de la RDD se entrecruzan prácticas que conllevan diferentes niveles de riesgo junto con usos relacionados con diversos efectos, que oscilan entre el beneficio y el daño.

Este continuum encaja a la perfección con el abanico de posibilidades y formas que ofrecen las identidades de género, el sexo, la expresión de género y la orientación sexual. Sin embargo ¿dónde queda el abordaje de la masculinidad desde la perspectiva de género en RDD? ¿No es acaso la masculinidad hegemónica también generadora de malestares y daños para los hombres cis o trans?

MÉTODO

Se aplicó una metodología cuantitativa a partir del desarrollo de dos grupos focales. Según orden cronológico de realización, el primer grupo focal (*GF-Profesionales*) estuvo compuesto por personas con relación profesional sobre el área del género y la reducción de daños (RDD), mientras que el segundo grupo focal (*GF-Primera persona*) estuvo compuesto por personas que presentaban experiencias en primera persona como usuarias de servicios, programas o proyectos de reducción de daños y/o acompañamiento social. Ambos grupos focales constituyeron el instrumento de recogida de información.

Los criterios de inclusión de las personas participantes del *GF-Profesionales* fueron: presentar trayectoria profesional en el ámbito de especialización y/o activismo de la reducción de daños y en la perspectiva de género interseccional. Se garantizó representatividad de diversidad de territorios de España, además de incluirse representación internacional. Se seleccionó el territorio de Canadá, por su reconocida por su inversión y apuesta por servicios centrados en la RDD y género; y Argentina, donde a pesar que la RDD asociados al uso de sustancias presentaba limitaciones, las entidades comunitarias de género y sinhogarismo presentaban principios, valores y estrategias propias de la RDD.

Otro elemento que fue contemplado en la selección de participantes del *GF-Profesionales* fue que las personas

incorporasen la conceptualización de reducción de daños como una estrategia de amplio espectro, en la que las sustancias y su uso problemático no necesariamente ocupaban un lugar central del acompañamiento. Este facilitó la incorporación de 2 personas profesionales cuya práctica diaria no se enmarcaba actualmente en la red de RDD a pesar de acompañar a mujeres en situación de uso activo de sustancias y fragilidad social.

Este GF fue dinamizado por la investigadora experta de la temática género y RDD. Contó con la observación tanto de la profesional técnica de UNAD como de la coordinadora de la investigación. Se realizó telemáticamente teniendo una duración total de 2 horas.

El *GF-Primera persona* se realizó presencialmente en País Vasco con una duración de 2 horas. Como criterio de inclusión se aplicó identificarse como mujer o género disidente, presentar experiencia y recorrido en el uso de sustancias y encontrarse en situación de sinhogarismo. Se garantizó la participación tanto de personas migradas como nacidas en el estado español y diversidad de edad.

El acceso a las personas participantes fue facilitado por el proyecto "*Borobiltzen*" de "*Bizitegi*", espacio diseñado como lugar de encuentro para mujeres y personas con identidades de género y orientaciones sexuales disidentes en situación de grave exclusión social. El equipo profesional de la entidad facilitó el espacio para el encuentro y difundieron tanto los objetivos como las características de este GF. Este GF también fue dinamizado por la investigadora experta de la presente temática. La duración total fue de 2 horas.

En total participaron 6 personas, todas describieron una historia de vida atravesada por diferentes tipos de violencias (mayoritariamente ejercida por sus parejas o exparejas hombres), por el deterioro de la salud mental y física y por periodos de situación de sinhogarismo y calle.

Una mujer rechazó la participación en este GF, alegando tener conflictos con otra de las personas allí presentes y no sentir el espacio como un lugar seguro. Atendiendo a esta circunstancia se ofreció a la participante la posibilidad de responder a las preguntas de forma telemática. Además, tres mujeres de origen norteafricano no pudieron participar ante la barrera lingüística que presentaban y la imposibilidad de ofrecer una traducción simultánea durante el GF.

En ambos GF se priorizó la participación de mujeres y personas con identidades no hegemónicas, por lo que se estableció esta variable como acción positiva como criterio de selección más allá de la propia voluntariedad.

La participación fue voluntaria sin percibir ningún tipo de compensación.

RESULTADOS

INTERSECCIONALIDAD: REDUCCIÓN DE DAÑOS SIN REDUCCIONISMOS

El primer aspecto que se abordó en el *GF-Profesionales* fue la identificación de los diferentes daños que la red de RDD debe reducir en términos de género. Las participantes indicaron que inevitablemente la aplicación de la perspectiva de género nace desde el diseño del propio modelo de acompañamiento. Solo desde ahí se podrá contemplar el grado de opresión de los diferentes ejes de desigualdad y sus intersecciones en cada una de las vidas de las personas usuarias de los servicios.

Desde este posicionamiento las participantes consensuaron que la RDD sí reúne las características necesarias para ser un acercamiento con capacidad de liberar y aliviar los malestares producidos por los sistemas de desigualdad. Una de las participantes matizó que para alcanzar un *“full spectrum”* en el acompañamiento no debía perderse la mirada de justicia social y derechos humanos, evitando así caer en el reduccionismo de considerar exclusivamente aquellos daños de salud que derivan del uso de sustancias.

“ Las drogas están, son una parte de la RDD, pero yo creo que el principal daño a tratar es cualquier síntoma o malestar que está sometida, a discriminación o exclusión, políticas asesinas en estados patriarcales y marginalizantes.”

Médica. Experiencia en servicios de RDD. Cataluña.

Las participantes del *GF-Primera persona* señalaron la necesidad de crear y adaptar las estrategias de RDD a los diferentes ejes de opresión que habían atravesado sus vidas: las violencias machistas (eje sexo-género), la falta de acceso a una vivienda segura y permanente (eje clase social, país de origen, situación administrativa, lengua materna, sexo-género), las barreras en el mercado de trabajo (eje clase social, país de origen, situación administrativa, lengua materna, sexo-género), el estigma por el uso de determinadas sustancias y/o el sufrimiento psíquico y las patologías mentales.

GÉNERO Y REDUCCIÓN DE DAÑOS

Cada participante del *GF-Profesionales* aportó diferentes definiciones sobre el término *reducción de daños y género*. Esto permitió identificar que se trata de dos conceptos sobre los que no existen puntos en común y diferenciales.

“ Ante la “cagada” o el “error” el “daño”, “la violencia” la reducción de daños es un espacio al que se puede recurrir para pensar cómo amortiguar un poco el impacto.”

Acompañante de mujeres y personas LGTBIQA+ en situación de calle. Argentina.

Ante cuál es el objetivo básico de la RDD en relación a las mujeres y personas de género disidente la participante del territorio valenciano indicó que *“la RDD para nosotras es que las mujeres no se nos mueran”*. La reducción de la mortalidad como prioridad fue compartido por el resto de participantes. Una de las profesionales de Barcelona indicaba *“mi objetivo en la reducción de daños básicamente es que alguien pase de sobrevivir a vivir”*.

También cabe añadir la preocupación que manifestó una de las participantes por tratar de reducir al máximo el sufrimiento de las personas, y dirigir los esfuerzos en alcanzar el origen de los malestares *“porque a fin de cuentas en la adicción, independientemente del género de la persona, hay dolor y es necesario mitigar el dolor de la persona”*. De este modo se pudo observar la utilidad del enfoque de reducción de daños como herramienta válida para tratar desde la raíz las causas del sufrimiento de las personas. El *GF-Primera Persona* coincidía con esta perspectiva identificando diferentes relaciones con las sustancias en función del momento vital. Aún así la mayoría concibió el uso de sustancias como una forma de evasión y de alivio ante situaciones de malestar.

Todas las participantes en ambos grupos focales estuvieron de acuerdo que el uso problemático de sustancias presentaba una relación directa con la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra la persona en función de la opresión de los diferentes grados de desigualdad.

“ Yo me quedé sin casa con 58 años y era consciente como consumir solo me iba quitando el dinero.”

Mujer cis, participante de servicios de atención social.

Por último, cabe añadir el escaso conocimiento expresado por las participantes usuarias sobre la red y servicios disponibles de RDD en su territorio, señalando que principalmente con los programas de tratamiento basados en la abstinencia.

REDUCCIÓN DAÑOS Y ESPACIOS INCLUSIVOS

Ambos grupos focales tuvieron como objetivo general explorar y explicar la conceptualización de *Reducción de Daños* desde una perspectiva de género e interseccional.

Explorar la intersección y opresión de los diferentes ejes de desigualdad sexo-género exigió que durante la

realización del GF se fomentase el diálogo entre los discursos técnicos con cuestiones reflexivas sobre la situación actual del modelo de RDD. La primera inquietud que apareció fue la relacionada con quien son las personas beneficiarias de los servicios y/o programas de RDD de diseño no mixto y cuáles son las excluidas.

Las participantes coincidieron con que se deberían incluir a todas las diversidades de identidad de género, exceptuando a aquellas personas que se identifican como hombres cis. Las participantes con experiencias profesionales en programas de RDD no mixtos relataron que inicialmente la incorporación de la perspectiva de género fue diseñada por mujeres cis y tenía como objetivo ofrecer respuestas a las necesidades de las mujeres cis usuarias de sustancias. Dos participantes añadieron que algunos de estos servicios y/o programas han ido adaptándose a los cambios en la realidad social, modificando su diseño y ampliando el colectivo al que se dirigen. Esta adaptación fue destacada como un elemento de mejora en la óptica del modelo de reducción de daños en clave de género, a pesar que indicaron que implicaba cuestionar la identidad “mujer”, sus limitaciones y sus consecuentes problemas asociados.

“ Los servicios de RDD no mixtos, los pocos que hay, están orientados principalmente a mujeres. La mayoría dirigidos a mujeres cis. Después apareció una nueva corriente que empezamos a pensar que el término “mujer” va más allá de cis/trans, creo que se debería hablar de Reducción de Daños en espacios no mixtos para personas LGTBIQ+.”

Médica. Experiencia en servicios de RDD. Cataluña.

Otra participante especializada en espacios no mixtos de fuera del territorio estatal relataba así la experiencia en su entidad.

“ A nosotras lo que nos va pasando es a través de la propia experiencia. Cuando arrancamos hace muchos años trabajábamos con mujeres en vulnerabilidades, eran todas mujeres cis con sus criaturas. Después, por los proyectos y por la transformación que fuimos llevando adelante, las mujeres trans, principalmente trans y travestis, empezaron a llegar a nuestro espacio.”

Acompañante de mujeres y personas LGTBIQ+ en situación de calle. Argentina.

Todas las participantes estuvieron de acuerdo con la incorporación de una visión más amplia de la identidad mujer. La situación actual fue definida como “estática”, “arcaica”, “atemporal” o “producto del patriarcado” señalando los diseños deben ajustarse a todo el abanico de identidades diversas y posibles.

En relación a la exclusión de los hombres cis en los espacios no mixtos de RDD, las participantes estuvieron de acuerdo con que un alto porcentaje de las personas que acceden a estos lugares han sido víctimas de violencias ejercidas por este grupo poblacional. Una participante indicó que ubicar esta condición como criterio central de exclusión permite colectivizar la posible experiencia traumática. La creación de espacios donde tiene el acceso limitado fue señalada como elemento que garantiza tanto que se sean seguros, como que las personas se sientan cuidadas, y en lo posible, contribuyen a reducir la exposición a ciertos tipos de violencias.

El *GF-Primera* persona estuvo de acuerdo con que los espacios no mixtos aumentan su sensación de comodidad, disminuyen en gran escala las situaciones de abuso y acoso, y aumentan la percepción de libertad mediada por la mirada controladora del hombre cis. La mayoría de las participantes además coincidieron en que en los espacios mixtos ellos adquieren todo el protagonismo, mientras que, en los espacios no mixtos, ocurren conexiones con otras personas y es posible crear redes afectivas basadas en el apoyo entre iguales.

Aún y así ambos grupos focales cuestionaron que la simple implementación de espacios no mixtos, garantizara en sí misma, que estos sean lugares seguros y libres de actitudes machistas.

“ El machismo molesta, y lo hacen tanto hombres como por mujeres, y aquí también hay mujeres machistas.”

Mujer cis, experiencia en primera persona. País Vasco.

Una mujer participante *GF-Primera persona* en cambio complementó esta mirada más amplia en relación a las violencias que ocurren en los espacios no mixtos señalando al machismo como causa principal estructurales, asumiendo que comportamientos machistas pueden ser realizados por todas las personas.

“ Yo no vengo aquí solo porque haya mujeres, es una casualidad. Yo no tengo nada contra los hombres. Odio el machismo y prefiero hombres feministas que mujeres machistas.”

Mujer cis, participante de servicios de atención social. País Vasco.

Continuando las dinámicas violentas observadas en los espacios no mixtos, una mujer trans del *GF-Primera* persona mencionó el miedo a sufrir transfobia.

“ De normal sí que me siento más segura en espacios de mujeres. Aunque con todo el tema de las TERF y la transfobia... (...) Digo, ¿qué va a pasar? ¿Voy a sufrir violencia también ahora? ”

Mujer trans, experiencia en primera persona. País Vasco.

Las participantes del *GF-Profesionales* denunciaron la escasa disponibilidad y lenta ampliación de la red de servicios y/o programas de RDD no mixtos. Consideraron que son insuficientes y no priorizan la especificidad de las vulnerabilidades de las mujeres y personas LGTBIQA+ en consumo activo de sustancias. También reportaron que la mayoría de territorios estatales actualmente no disponían de recursos exclusivos para mujeres y personas LGTBIQA+ diseñados desde la perspectiva de la RDD.

“ Aquí los programas específicos que se están haciendo para mujeres y otro tipo de identidades están más supeditados a otro tipo de problemáticas y no a temas de consumo. ”

Trabajadora Social. Experiencia en centros de día RDD. Comunidad Valenciana.

La profesional procedente Argentina describió una situación de violencia habitual que se producía en la puerta de acceso al espacio no mixto en el que ella trabaja. Esta vivencia fue compartida por el resto de participantes.

“ En nuestro caso los hombres (cis-heterosexuales) siempre están esperando a que las chicas salgan del espacio. No pueden entrar, pero se dan una vuelta y muchas veces es motivo de disputa entre ellos (...) de alguna manera, en lugar de estar más allá del género y queerizar, estamos en realidad, fortaleciendo la diferencia. ”

Acompañante de mujeres y personas LGTBIQA+ en situación de calle. Argentina.

Otra de las participantes apuntó como reflexión, que cuando este tipo de situaciones se observaban en espacios no mixtos dirigidos exclusivamente para mujeres, se reproducía la división de géneros binaria de hombres violentos-mujeres víctimas, pudiendo generar un “efecto rebote” que refuerza los estereotipos hegemónicos de “masculinidad” y “feminidad”.

Otro aspecto que fue cuestionado recayó sobre la inclusión de los hombres cis gays en los espacios no mixtos. Todas las participantes del *GF-Primera persona* estuvieron de acuerdo en que este colectivo debe acceder a estos espacios, poniendo el foco en la violencia, y no tanto a las situaciones de violencia generadas por la ampliación de los colectivos destinatarios de los recursos

“ Para mí el problema es la violencia. Para mí no tiene ninguna importancia su identidad de género y orientación. ”

Mujer cis, participante de servicios de atención social. País Vasco.

Esta visión fue compartida y matizada por una profesional con larga experiencia en diversos programas de RDD quien manifestó:

“ Hay muchos espacios en los que los chicos gays, (...), en vulnerabilidades, procesos traumáticos y en violencias, son totalmente excluidos y creo que ahí sí que tendríamos que empezar a incluirlos. ”

Médica. Experiencia en servicios de RDD. Cataluña.

Los motivos de disenso con respecto a la inclusión del colectivo gay por otras profesionales vinieron derivados de las posibles nuevas violencias que eso podría implicar. Las profesionales apuntaron hacia la violencia que puede suceder entre los diferentes ejes de opresión.

Las profesionales indicaron que la respuesta a estos interrogantes surgidos radicaba en la incorporación en el diseño de la participación reflexiva de las personas usuarias de estos servicios y/o programas, así como, en el acompañamiento profesional constante en el trabajo individual y colectivo de identificación y concienciación sobre la experiencia y reproducción de violencias.

EL ABISMO: DEL ASISTENCIALISMO A LA PARTICIPACIÓN ACTIVA

El enfoque feminista contempla que las personas usuarias en los diferentes niveles de las estructuras de los servicios desarrollen un rol activo en los servicios y programas. Otro elemento revisado fue la participación activa y el papel que desempeñan en los diferentes espacios las personas destinatarias de los recursos.

Las mujeres con experiencias como usuarias de servicios mencionaron formar parte de la programación de la agenda cultural de actividades del centro y disponer de espacios asamblearios para poner en común opiniones e intereses. A pesar de ello, varias participantes compartieron el sentimiento de no haber sido escuchadas en decisiones de mayor nivel, como por ejemplo, las relacionadas con cambios de vivienda o problemas de convivencia.

Una mujer, antigua trabajadora peer en un recurso de alojamiento, añadió no haber sentido que sus opiniones tuvieran el mismo valor que el de sus compañeras (no trabajadoras *peers*). En la siguiente cita se observa como la inclusión de *peers* en el acompañamiento de estos servicios sigue presentando elementos de mejora.

“ Las educadoras eran mis compañeras, han apostado por mí y me han dado mucha confianza, y yo creo que no les he defraudado. Pero luego ya cuando he dejado de formar parte como trabajadora no me han escuchado cuando he tenido conflictos con otras personas.”

Mujer cis, participante de servicios de atención social. País Vasco.

Por otro lado, también resultó interesante analizar el grado de implicación en el diseño de las normas de funcionamiento de las personas destinatarias, quienes en su mayoría apoyaron la idea de que la participación concretamente en este aspecto se veía muy limitada.

“ En los espacios no se nos ha preguntado por las normas, generalmente las normas ya están cuando llegamos allí.”

Mujer cis, participante de servicios de atención social. País Vasco.

Estas aportaciones conectaron con el mensaje expresado por una de las profesionales de un espacio no mixto, quien indicó la reproducción de sistemas de jerarquización, poder y dominación a pesar de ser de que tanto las profesionales como las usuarias del espacio sean mujeres. Señaló que era habitual que las profesionales presentasen actitudes de condescendencia hacia las participantes de los proyectos. Además de los diferentes relatos de las participantes se podía extraer situaciones donde se había restado agencia y capacidad de acción a las mujeres usuarias, potenciándose el rol de beneficiarias pasivas de los servicios.

MASCULINIDADES Y REDUCCIÓN DE DAÑOS

La masculinidad patriarcal y su acompañamiento hacia una masculinidad feminista fue otro aspecto abordado en ambos grupos focales. Varias participantes del *GF-Profesionales* incidieron en que es esencial considerar a los hombres como supervivientes de violencias desde edades muy tempranas. Remarcando que la implementación de la perspectiva de género en la RDD debía incluir el trabajo con los hombres, siendo este elemento esencial si se pretende reducir la violencia.

“ Trabajar los temas de violencia también con las personas que ejercen más ciertos tipos de violencia, porque si no el trabajo no es bidireccional y no va a servir de nada.”

Médica, Experiencia en servicios de RDD. Cataluña.

Otro participante de este mismo grupo relató su experiencia en centros penitenciarios impartiendo talleres y creando grupos de apoyo de hombres que reportaban

realizar prácticas de ChemSex. Indicó que resultaba fundamental en el diseño y dinamización de estos espacios considerar la influencia de los mandatos de género en algunas de las prácticas de ChemSex, sobre todo en aquellas prácticas identificadas como más riesgosas. Otra de las participantes de Valencia relató otra iniciativa sobre este campo, consistente en la creación de guías prácticas sobre violencias experimentadas y reproducidas por hombres que utilizan sustancias a partir de las experiencias del acompañamiento a un grupo de estas características en su entidad.

Por otra parte, la participante procedente de Canarias compartió la preocupación emergente por parte de profesionales hombres, trabajadores en recursos residenciales, ante la falta de herramientas y recursos para crear espacios de abordaje de las masculinidades hegemónicas y disidentes con los hombres usuarios de los servicios.

“ Los compañeros estaban como muy inquietos con el tema de qué modelo de hombres somos, como trabajamos con los chicos, que tipo de autoridad genero con ellos (...)”

Responsable de tratamiento. Islas Canarias.

Por último, una de las participantes de este mismo GF aportó la situación que tiene lugar en Argentina, donde identifica la acelerada producción legislativa en materia de género y la consecuente asimilación del pensamiento feminista, se observaba que se disminuía la radicalidad a las propias ideas. La mirada de preocupación hacia la asunción de derechos consecuente a la legislación fue compartida por el resto de participantes. Estableciéndose un paralelismo con la entrada en vigor en España de la Ley de Protección Integral contra la violencia de género.

En el *GF-Primera Persona* las participantes relacionaron directamente masculinidad con violencia, repitiéndose el discurso que se debía trabajar la violencia tanto con hombres como mujeres.

VIOLENCIAS VISIBLES; VIOLENCIAS INVISIBLES

Del análisis de todos los relatos se extrae que las participantes dibujaban un triángulo de intersección entre reducción de daños, género y violencias.

Tal y como previamente se ha mencionado, la mayoría de las personas participantes del *GF-Primera Persona* verbalizaron explícitamente haber sobrevivido a diferentes tipos de violencia, en su mayoría ejercida por sus parejas. A pesar de ello, varias profesionales participantes de este GF alertaron y reivindicaron la falta de servicios de protección existentes para mujeres y disidencias víctimas de violencia en situación de consumo activo de sustancias. Este vacío asistencial fue señalado como un

elemento que desencadenaba en la persona no solo la consecuente grave desprotección, sino, además, ser víctima de un nuevo episodio de violencia, en esta ocasión institucional.

La violencia identificada como la más invisibilizada en ambos grupos fue la violencia intragénero, ejercida por las propias mujeres usuarias de los servicios entre ellas.

“ Para nosotras una violencia invisibilizada es la propia, lo que más nos cuesta es poder hablar de las propias violencias entre nuestras compañeras (...). Ahí vemos muy claros todos los estereotipos de género: la feminización de nuestra fuerza y la feminización de nuestras actitudes como si la violencia no pudiera ser parte.”

Acompañante de mujeres y personas LGBTQIA+ en situaciones de vulnerabilidad. Argentina.

El anterior relato vino seguido por la conformidad de la mayoría de las participantes, quienes asintieron mostrando preocupación por el tema.

Para las participantes del *GF-Primera Persona* el análisis fue el siguiente: en los espacios no mixtos en los que habitaban y se desenvolvían detectaban la presencia de episodios de violencia de manera cotidiana. Todas enfatizaron la decepción que supone la vivencia de violencias en espacios creados precisamente con el fin de reducir los elementos hostiles y estresores del ambiente, sin embargo, la mayoría coincidió en la imposibilidad de crear espacios libres de violencias. Una de ellas, lo comparó con los movimientos sociales.

“ Vas a los movimientos sociales y ves transfobia, ves machismo...de gente que se supone que son aliadas y que piensan igual que tu o están en la misma onda, y al final eso es más violento.”

Mujer trans, participante de servicios de atención social. País Vasco.

Este elemento encajó con la opinión expresada por varias profesionales del ámbito, quienes hicieron referencia a la consideración de la violencia como una herramienta de poder al que las personas tenían acceso, instrumento que paralelamente se les negaba a los cuerpos feminizados o no interpretados como masculinos. En este sentido, una gran parte de las personas participantes en el estudio remarcaron el abordaje de situaciones con altos niveles de violencia como uno de los retos en los espacios de RDD de encuentro para mujeres y personas LGBTQIA+. Una profesional de un espacio residencial relató su experiencia en la gestión del servicio ante la detección de comportamientos violentos entre mujeres.

“ Observar estas dinámicas supuso aceptar la violencia en el interior de la institución, porque si nos poníamos en plan “quien ejerce violencia pierde la cama” todas tenían que estar afuera”.

En cuanto al conjunto de estrategias para prevenir, reducir y tratar las violencias ejercidas en los espacios, se mencionaron las siguientes. Desde el colectivo “No tan distintos” crearon un espacio terapéutico e íntimo en el que las participantes podían hablar de las situaciones en las que habían sido violentas sin ser juzgadas por ello. Otra de las propuestas consistió en crear un lenguaje común que se alejara de la complacencia y que posibilitase hacerse responsable del daño causado. En relación a ello, un profesional con experiencia en personas privadas de libertad enfatizó la tendencia general a tratar la violencia con más violencia y la necesidad imperante de generar propuestas alejadas del punitivismo.

“ Cuando se han ejercido violencias dentro de los grupos, la reacción de las personas que participan es una necesidad punitivista hacia las personas que han ejercido esas violencias.”

Técnico acompañante de personas LGBTQIA+ solicitantes de asilo y población LGBTQIA+ en centros penitenciarios.

Las participantes del *GF-Profesionales* se mostraron de acuerdo en la importancia de tratar las violencias desde la colectivización y la reparación de los daños. Desde esta óptica se podrían eliminar las actitudes de condescendencia y de refuerzo de la victimización con las que a menudo instituciones y/o profesionales tratan a la población mencionada. Por último, las propias usuarias señalaron la importancia de dotar de estrategias educativas a las personas y dar visibilidad y voz a personas que puedan estar siendo agredidas.

Enmarcando el estigma como forma de violencia, las participantes del *GF-Primera Persona* relataron que durante la realización de diferentes trámites administrativos recibían un trato menos discriminatorio si acudían acompañadas por alguna persona trabajadora de los servicios. Por ejemplo, una de las participantes expresó haber recibido un trato prejuicioso por su aspecto físico en uno de los centros de día a los que acudía. Otra participante señaló la transfobia sufrida en diferentes ámbitos de atención social como la barrera de acceso para acudir a centros de alojamiento nocturno.

“ Tampoco voy a recursos de alojamiento porque me da miedo que me pongan problemas o me pongan en el lugar de los hombres.”

Mujer trans, participante de servicios de atención social. País

Vasco.

Ante la emergencia de situaciones de discriminación y la transformación del estigma en autoestigma, varias profesionales relataron haber apostado por el acompañamiento grupal como estrategia para generar impactos positivos tanto en las personas como en las comunidades de pertenencia.

El suicidio fue otra de las formas de violencia invisibilizadas sobre la que se intercambiaron opiniones. Una profesional de un centro de RDD de Valencia compartía la siguiente experiencia.

“**En casi todas las ediciones del nuestro programa siempre perdíamos a alguna persona y es complejo, hay pocos datos, es un tema tabú que nadie quiere abordar.**”

Como respuesta las participantes propusieron generar nuevos espacios donde profesionales y personas usuarias pudiesen compartir estas cuestiones y extraer la carga moral socialmente adquirida que poseen los suicidios. También en el grupo se apuntó a la importancia de las actuaciones preventivas, ya que en ocasiones los suicidios adquirirían la forma de “sobredosis accidentales” que podrían haberse evitado.

DIVERSAS

Finalmente, al GF de profesionales se les preguntó por las características de sus grupos de trabajo, mientras que a las usuarias de servicios se les interrogó sobre los elementos que consideraban imprescindibles entre las profesionales de los espacios en los que se desenvolvían en el cotidiano. En este sentido, las personas participantes del *GF de profesionales* identificaron diversidad entre sus iguales, pero señalaron cierta homogeneidad y verticalidad en las esferas más altas. Hubo cierta unanimidad en señalar la descompensada ratio de hombres cis en puestos de poder frente a mujeres y personas LGTBIQA+, así como la rigidez en los planteamientos de los modelos de RDD, la falta de conexión con el trabajo de primera línea y el abuso laboral ejercido por altos cargos de diferentes entidades.

Por otro lado, las personas usuarias mencionaron las siguientes características que deberían tener las profesionales: *“Paciencia, empatía, resiliencia, tacto, conciencia de clase, psicológicamente preparadas y sangre fría”*.

3.3. REDUCCIÓN DE DAÑOS Y ENVEJECIMIENTO

AUTORA: ELISABET MARÍN RECHE

INTRODUCCIÓN

Las personas mayores que presentan uso problemático de sustancias fue una población descrita en el estudio anterior como subalterna en las carteras de servicios de atención social y sanitaria del territorio español. Los principales desafíos que se destacaron fueron: la necesidad de reducir o eliminar la barrera de acceso a derechos básicos, en particular al derecho a una vivienda adecuada, y el requerimiento de adaptación de los servicios RDD a las necesidades específicas de esta población.

Asimismo, se describieron múltiples factores de opresión que atravesaban a las personas mayores con TUS (trastorno por uso de sustancias) como son la clase socioeconómica, el género, la procedencia, la raza y otras múltiples intersecciones que perfilaron un escenario desigual en cuanto a violencias descritas, tanto individuales como estructurales, accesibilidad a servicios y garantía de derechos.

METODOLOGÍA

Con el objetivo de conocer la situación de las personas envejecidas en consumo activo de sustancias en España, se llevó a cabo el grupo focal (GF) como técnica de recogida de información, enmarcada en la metodología cualitativa.

Por lo que, las fuentes de información fueron las personas participantes de dos grupos focales distintos, el primero compuesto por personas que usaban sustancias de forma habitual o que las habían usado durante largos períodos, y el segundo constituido por personas que contaban con recorrido profesional en acompañamiento a este grupo poblacional.

El criterio de inclusión del grupo focal formado por personas en uso activo de sustancias, que se abreviará de aquí en adelante como *GF-Primera Persona*, fue que la población estuviera en edad adulta o avanzada, en concreto. Se valoró también que las personas participantes estuvieran o hubieran tenido contacto cercano y cotidiano con personas de edad más avanzada y en situación de consumo activo de sustancias. En la selección se procuró que las personas participantes presentasen características heterogéneas en cuanto a género, raza, procedencia y situación administrativa.

En el grupo focal compuesto por profesionales, que se abreviará de aquí en adelante como *GF-Profesionales*, el criterio de inclusión fue que contaran con un largo recorrido profesional de acompañamiento a personas usuarias

de sustancias. También se tuvo en cuenta la variedad de disciplinas profesionales y de experticias. Se procuró garantizar la diversidad geográfica, con la finalidad de poder contar con modelos de intervención y contextos que fueran más representativos del actual escenario español de atención a las drogodependencias.

Para la realización del *GF-Primera Persona*, el método de búsqueda que se empleó consistió en contactar con los recursos principales de atención a las drogodependencias que operan en la ciudad de Barcelona con el fin de solicitar su colaboración para el reclutamiento de participantes.

Para el *GF-Profesionales* el método de búsqueda consistió en seleccionar entidades que intervinieran con poblaciones que presentan un uso problemático de sustancias. La búsqueda se realizó a través de las carteras de servicios sociosanitarios disponibles en las páginas web de diversos ayuntamientos y comunidades autónomas. Se contactó con la dirección o coordinación de las entidades, se presentó la investigación, derivada de las conclusiones recogidas en la Fase I de diagnóstico del Estudio sobre Reducción De daños en el siglo XXI (UNAD, diciembre 2022), que señalaban a la población envejecida con uso de sustancias como población prioritaria por su condición de vulnerabilidad, y finalmente, se propuso la participación en el grupo focal.

Ambos grupos fueron dinamizados por la investigadora experta de la temática Reducción de Daños y Envejecimiento. El *GF-Profesionales* contó con la observación tanto de la profesional técnica de UNAD como de la coordinadora de la investigación. La duración de ambos grupos focales fue de dos horas. El *GF-Primera Persona* fue presencial y tuvo lugar en la ciudad de Barcelona. Uno de los principales factores que llevaron a la investigadora a realizarlo en esta ciudad, no pudiendo aplicar de este modo el criterio de diversidad geográfica, fueron las barreras en cuanto a recursos económicos y capacidades digitales de esta población. Este elemento supuso una limitación ya que hubo que desestimar el formato telemático del encuentro, ya que muchas personas no disponían de un dispositivo con conexión autónoma y su desplazamiento a otro territorio no aplicaba bajo un principio de realidad.

En total fueron 13 personas las que participaron en los grupos focales. En relación con las particularidades de la muestra del *GF-Primera Persona*, de las 7 personas participantes, 5 fueron mujeres y 2 hombres. La muestra del *GF-Profesionales* estuvo formada por 6 personas, 5 mujeres y 1 hombre.

En el *GF-Primera Persona*, rehusaron participar un total de 8 personas. El motivo principal fue la dificultad que las personas de edad más avanzada presentaban en cuanto a movilidad para desplazarse al lugar dónde se realizaba la sesión. Cabe destacar, que la principal limitación observada en el reclutamiento de personas de este grupo fue el grado de deterioro físico y mental. Este elemento resultó determinante para que se ausentaran de la sesión algunas de las personas de edad avanzada que fueron convocadas.

RESULTADOS

Las participantes de ambos grupos acordaron, unánimemente, situar a las personas de entre 45 y 50 años de edad como pertenecientes al colectivo de población envejecida en situación de consumo de sustancias de larga duración. Coincidieron en la descripción de una característica clave de este grupo: el envejecimiento prematuro, causado por factores asociados a la salud física y factores asociados a la salud mental. Las participantes indicaron que estos elementos se encontraban atravesados por ejes de desigualdad y opresión, como la situación de sinhogarismo, la violencia de género y la situación administrativa irregular, que podían interseccionar con otros múltiples ejes de vulnerabilidad, como la raza, la procedencia, la actividad económica informal como el intercambio sexual, entre otros, y que funcionaban como desencadenantes o agravantes de la enfermedad, del envejecimiento prematuro e incluso de la muerte.

“ Para mí esto es: el elemento es la calle; y la edad son los 50. Hay datos (que sitúan el envejecimiento de las personas que usan sustancias) en los 50 años. Estudios ingleses dicen que la expectativa de vida de la gente en la calle baja 20 años. Entonces, pues, hacemos un paralelismo, por ahí andaría, de que a los 50 años: vejez e incluso muerte, que es mucho más complicado.”

Médico internista. Larga trayectoria profesional en Hospitales y en CRD. Cataluña.

EL DETERIORO ORGÁNICO Y DE LA SALUD FÍSICA EN PERSONAS ENVEJECIDAS EN USO ACTIVO DE SUSTANCIAS

El deterioro de la salud física fue uno de los principales factores de riesgo del envejecimiento prematuro que surgió en ambos grupos.

Las participantes del *GF-Profesionales* de Madrid, Cataluña y Asturias estuvieron de acuerdo señalando la gravedad del impacto de la patología ósea en el envejecimiento, indicando que estaba asociada una disminución significativa de la movilidad, y, por lo tanto, en muchos casos, produciendo una disminución de la autonomía personal. También se hizo mención al deterioro grave de los pies en esta población que a menudo vive largos

períodos sin techo, por lo que, patologías como heloma plantar, hongos, espolones y otros problemas, podrían presentar complicaciones y derivar en una disminución de la funcionalidad.

El uso de sustancias de forma habitual durante largos períodos y la evolución orgánica de infecciones transmisibles como el VIH o la Hepatitis C fueron dos causas de envejecimiento que generaron debate y desacuerdos en ambos grupos focales. Por un lado, algunas personas participantes destacaron el uso de sustancias como principal causa del deterioro físico y del envejecimiento prematuro. El alcohol fue reportado, tanto en Cataluña como en Madrid, como principal sustancia utilizada por personas que viven en calle, señalando como de mayor gravedad los daños de salud asociados tanto en la esfera física como en la orgánica. También se destacó en ambos grupos, que los factores de riesgo diferenciales para desarrollar patologías o dolencias físicas se relacionan mayoritariamente con los daños asociados al patrón de consumo y no al consumo de sustancias en sí mismo. Se señalaron como variables de interés el policonsumo, la vía de administración, la calidad de la sustancia, la frecuencia de uso, y el contexto de consumo. Una participante del *GF-Primera persona* relataba así su propia experiencia:

“ Sí, depende de cómo consumes, de la manera de consumir, si abusas de drogas, de la cantidad, de la manera de consumir, del tipo de sustancias, de la calidad de la sustancia, ¿eh sabes?”

Mujer italiana de 35 años, vinculada a diferentes servicios y/o programas de RDD.

Participantes del *GF-Profesionales*, en concreto de Cataluña, esgrimieron argumentos que restaban importancia al impacto de la transmisión de enfermedades asociado al uso de sustancias y en su lugar, destacaron factores estructurales y psicosociales, como por ejemplo, la exclusión social y la violencia de género.

“ Y no le daría tanta importancia a las enfermedades asociadas, porque, por ejemplo, las principales hepatitis C y HIV se puede convivir con la hepatitis C, la radicamos, y la HIV se puede convivir con ellas. Y las sustancias, igual. Las sustancias, yo creo que todos estaréis de acuerdo en que lo importante de las sustancias es en el contexto en que se consumen, no tanto en la misma sustancia de sí.”

Médico internista. Larga trayectoria profesional en Hospitales y en CRD. Cataluña.

La mayoría participantes del *GF-Primera Persona*, avalaron el impacto sobre el envejecimiento físico de la vivencia en contextos de marginalidad y pobreza por encima del uso de sustancias.

“ Yo al contrario he visto que quien consume se mantiene muy joven eh? (ríe) La piel bonita... Igual se destruye por dentro, no se sabe. Eso que dice E., yo creo que es más un contexto social: se destruye por la falta de dinero, la falta de recursos, pero no de drogas, no estamos hablando de un consumo de drogas, estamos hablando de un consumo activo de drogas propio, no creo que la droga te hace envejecer.”

Mujer italiana de 43 años, vinculada a diferentes servicios y/o programas de RDD.

En ambos grupos focales se señaló por parte de algunas participantes, la violencia de género, la violencia machista y los abusos cotidianos que padecen las mujeres y personas no inscritas en el género hombre cis, como principal activador de procesos de deterioro físico y envejecimiento prematuro en mujeres usuarias de sustancias.

“ (...) si hago un análisis general de mi día a día que intervenimos mayoritariamente con mujeres, puedo decir los 45, y los elementos que ponen en funcionamiento ese envejecimiento precoz son las situaciones de violencia.”

Antropóloga social; Palma de Mallorca. Intervención en RDD y en activismo político pro derechos humanos. Baleares y Andalucía.

Tan solo un participante del GF-Primera Personas y dos participantes del GF-Profesionales de Madrid y de Cataluña, señalaron directamente al uso de sustancias como un principal factor de riesgo causante del deterioro físico y orgánico. Cabe señalar que esta persona usuaria se encontraba en situación de abstinencia.

“ Es exceso de consumo, es el estilo de vida y es la genética, eso va a influir en que yo envejezca más o menos. Lo que tiene que hacer es para salir de esta situación, ya hay ayudas sociales para búsqueda de trabajo, para sentirse realizado.”

Hombre de 51 años, español. Abstinente actualmente. Cataluña.

EL DETERIORO PSICOLÓGICO Y DE LA SALUD MENTAL EN PERSONAS ENVEJECIDAS EN USO ACTIVO DE SUSTANCIAS

En relación al deterioro psicológico y de la salud mental, fueron múltiples los factores de riesgo identificados por las personas participantes. Al igual que en el apartado anterior, el uso de sustancias de larga trayectoria, aunque fue relevante, no fue señalado como el principal factor de riesgo para el deterioro psíquico y el envejecimiento prematuro por la mayoría de participantes.

El análisis de discursos del GF-Primera Persona, situó la metanfetamina, la anfetamina y la cocaína como sustancias de mayor riesgo asociado para la salud mental.

A pesar de ello, no se identificaron los efectos negativos como consecuencias sobre la salud orgánica o mental que pudiesen sostenerse a largo plazo, sino que se localizaron como experiencias puntuales de crisis psicóticas inducidas por el uso de estimulantes.

“ Yo me refiero a la gente que toma droga y tiene paranoias y todo esto, yo he visto a gente que toma la droga y se vuelve emparanoiada, tiene movimientos muy raros, están muy acelerados.”

Mujer eslovaca de 42 años, vinculada a diferentes servicios y/o programas de RDD.

En este apartado también se señalaron la falta de recursos económicos y las violencias vividas como los principales estresores y desencadenantes de los problemas relacionados con la salud mental. Se pudo observar una distinción de problemáticas de salud mental según la situación vital de la población. Las personas participantes en el GF-Profesionales que trabajaban en el ámbito residencial tanto en Asturias, como en Cataluña y Madrid, señalaron el trastorno depresivo mayor como la principal problemática de las personas mayores dentro de las instituciones. Indicaron que las dificultades de acceso al mercado laboral e inmobiliario para personas con larga trayectoria en situación sinhogar, generaban una falta de expectativas vitales dirigidas a la inserción social y a la autonomía. Describieron que esta situación se veía agravada en personas que además habían realizado un proceso migratorio y se encontraban en situación administrativa irregular durante largos periodos. El desánimo por no alcanzar los objetivos personales de naturalización, y por ende, las dificultades para obtener recursos económicos, impactaban en la salud emocional de las personas generando un estado general de desgaste y decaimiento. En resumen, las posibilidades de tener una vida no institucionalizada se reportaron como escasas en esta población, lo cual fue relacionado con una auto-percepción de fracaso y desidia que impacta directamente a la salud mental de las personas.

“ Pero sí que es verdad que el que llega, o sea, sí que se ven viejos y es que nosotras también los vemos viejos. Y sobre todo en este caso es por la falta de ilusión o de expectativas, el afrontar cómo voy a vivir mi vida. Yo creo que es verdad que viene mucha gente con hándicaps físicos por enfermedades y demás, pero sí que todo, yo creo que es más bien emocional y el volver a arrancar y eso a veces hay mucha gente que le cuesta mucho o lo que decía, no sé quién lo decía, que es como el dejarse, ¿no?”

Trabajadora social. Entidad de atención a las drogodependencias. Asturias.

Por otro lado, las personas que habían vivido largos periodos en calle o sin un domicilio adecuado participantes del GF-Primera Persona, refirieron que los principales

problemas de salud mental eran el estrés y la ansiedad por la falta de recursos básicos. En el caso de las mujeres o poblaciones de identidades de género disidentes, la violencia de género, a menudo en todas sus formas, y, el no cumplimiento de los roles de género asignados, como lo eran la maternidad o los cuidados, suponían, según lo reportado en ambos grupos, una autopercepción impregnada de autoestigma y rechazo así mismas.

Cabe analizar en la siguiente cita textual, la situación de una de las participantes como ejemplo en el que interseccionan diferentes ejes de opresión que aumentan sustancialmente las posibilidades de desarrollar malestar psíquico. En este caso la situación irregular administrativa que limitaba las posibilidades de percibir ingresos económicos, junto con el género como factor de vulnerabilidad.

“ En Barcelona no se muere de hambre, si tú quieres te puedes drogar. Pero se envejece más a menudo, según la pregunta que hacías tú, porque te estresas, buscándote la vida, sin documentación, buscándote la vida, no sabiendo cómo vas hacer mañana, no sabiendo cómo hacer ahora, no sabiendo cómo buscarte la vida, no sabiendo cómo hacer dinero, no sabiendo nada de nada, te estresas, estás ahí siempre con ansias, entonces claro la salud mental se va a tomar por culo, tu dignidad puede ser que se vaya a tomar por culo, porque estás dispuesta a hacer cosas que van a perjudicar a tu dignidad, entonces, nunca se sabe lo que va a pasar.”

Mujer italiana 43 años, vinculada a servicios de RDD.

ANÁLISIS DEL SINHOGARISMO Y DE LA SITUACIÓN DE LA VIVIENDA

De la totalidad de discursos reportados en ambos grupos focales, se recogió una descripción de la persona que presenta envejecimiento prematuro y consumo de sustancias con una característica en común: la situación de sinhogar, o la experiencia de vivir largos períodos en la calle o en infravivienda.

Resultó indispensable para las personas participantes, detenerse en este factor social de riesgo para entender en qué condiciones llegó esta población a una vejez temprana, en situación de alarmante vulnerabilidad. Por lo que, algunas participantes pusieron el foco en esta etapa previa en la que se generaban los escenarios de precariedad, sufrimiento de violencias y deterioro general.

Se describió el espacio público, en concreto, en ciudades como Barcelona, Palma de Mallorca o Madrid, como lugares en los que se había mantenido o incluso había ido creciendo la inhabitabilidad para las personas sinhogar. Por otro lado, la falta de regulación de los precios de la vivienda, según refirieron algunas participantes, dejaron fuera del mercado a las personas con menos recursos. Así pues, se describió, que si el precio de una

habitación hace menos de una década era alcanzable para las personas que percibían el subsidio mínimo o no contributivo, en la actualidad era muy difícil sufragar las cantidades que se requieren en el mercado del alquiler. Asimismo, ocurría con los establecimientos de alojamiento y hospedaje, como los hostales y las pensiones, usados hace algunos años por las personas usuarias de sustancias y en situación sinhogar para hacer descansos temporales, en caso de convalecer unos días o simplemente descansar de la calle.

“ (...)Entonces aquí hay algo que decir. Incluso también hemos comentado de que la tasa turística tiene que revertir en estas personas. Porque si una persona de Liechtenstein duerme en una cama, paga 50 euros, es porque está expulsando de esa cama a alguien local. Y esa persona, esa tasa no le llega en absoluto, sino que está expulsada. (...) Solo lo apunto porque aún es más complicado si hablamos de piso, es decir que hay gente que está en la calle y que antaño pues podría encontrar una habitación por 200 300 ahora nada baja en Barcelona de 450 euros con muchas dificultades y hay que tener una serie de avales y ese de cosas. Ya que no hay recursos lo que tenemos que recuperar son estos subóptimos, las pensiones, lo que se tiene que buscar alguna manera para penalizar este excesivo lucrarse a dispensas de poner a nuestra gente en la calle.”

Médico internista. Larga trayectoria profesional en Hospitales y en CRD. Cataluña.

Surgieron durante ambas sesiones diferentes argumentaciones que podrían explicar un escenario que dificultaba la inserción de las personas mayores que hacían uso de sustancias en los circuitos sociales y residenciales: 1) Los procesos de gentrificación de las grandes ciudades dificultaba la habitabilidad en la calle y el acceso a la vivienda; 2) la expansión de discursos aporofóbicos y racistas que contaban con apoyo e incluso poder político, y por lo tanto, determinante en la gestión del tercer sector y de las propias ordenanzas municipales. Este último argumento se ejemplificó con la instalación de arquitectura hostil urbana, y con las intervenciones sociales y policiales para desalojar asentamientos de grupos de personas sinhogar que habitan y pernoctan en la calle.

“ Yo, a lo mejor, es un problema que tengo en mi día a día y es que trabajo muy unida a las decisiones políticas y no contemplo todo este tipo de activación de recursos sin que haya esa voluntad porque además por acotar un poco el contexto, aquí en Baleares tenemos ahora mismo gobernando la Consejería de Afers Social, discursos aporofóbicos, discursos moralistas sobre el consumo, discursos que además están en contra de la sanidad universal y están dejando a las personas migradas fuera de la atención sanitaria.”

Antropóloga social. Intervención en RDD y en activismo político pro derechos humanos. Baleares y Andalucía.

PROPUESTAS PARA UN MODELO RESIDENCIAL ADECUADO PARA PERSONAS MAYORES EN USO ACTIVO DE SUSTANCIAS

Si bien el consenso unánime, reveló la necesidad imprescindible de una red residencial que acogiera a la población usuaria de sustancias de largo recorrido y en proceso de envejecimiento, se hallaron divergencias a la hora de describir los modelos de intervención idóneos, basados en la abstinencia o en la RDD.

Por un lado, se describieron recursos residenciales en Asturias y Madrid, poniendo el énfasis en la incertidumbre que genera en la población en proceso de envejecimiento que la cobertura habitacional tenga una temporalidad limitada en los centros residenciales. Por lo que se propuso una ampliación de la red residencial existente que aplicase un modelo de temporalidad indefinida, centrado y cercano a la persona, que acompañase la salud emocional y orgánica y que contemplase aspectos fundamentales del abordaje del uso de sustancias.

Las participantes de Asturias y Madrid, mostraron una posición flexible ante la permisividad de uso de sustancias en los centros residenciales que dirigían, a pesar de que en términos generales los describieron como servicios residenciales pertenecientes al circuito libre de sustancias/ "drogas". En el caso de Madrid, el alcohol fue situado como la principal sustancia de consumo de las personas residentes en estos dispositivos, por lo que, esta sustancia en concreto, gozaba de un margen más amplio de tolerancia respecto a las sustancias ilegales.

“ Es necesaria una red formal, especializada, porque el no saber dónde vas a dormir mañana. Esa incertidumbre afecta muchísimo, muchísimo, muchísimo a cómo tú te vas a comportar. Incluso afecta seguro mucho, aquí lo observamos, a cómo van a ser tus hábitos en cuanto a tu autocuidado. (...) podemos solicitar un recurso de mayores que ya es de por vida, es esa relajación que la persona siente en ese momento: Ahí nosotros sí que hemos observado que la persona empieza a cuidarse más, mejora en sus hábitos de autocuidado, la activación física también. Es esa sensación de que no haya esa incertidumbre de dónde voy a estar mañana, es muy positiva.

Trabajadora social. Experiencia en recursos residenciales para personas en situación de calle y drogodependencias. Comunidad de Madrid.

Por otro lado, las profesionales con experiencia en los territorios de Cataluña, Baleares y Andalucía, reportaron discursos profundamente críticos con los modelos residenciales basados y exigentes de abstinencia, en los que estaba inscrita la prácticamente mayoría de servicios de la red actual estatal.

Este discurso arrojó la necesidad de implementar la perspectiva de RDD a toda esta red residencial general. El objetivo referido fue el garantizar el acceso y cobertura

del derecho constitucional a una vivienda adecuada ampliando la activación de la RDD en recursos que dan respuesta a poblaciones tan heterogéneas, como la de mujeres mayores supervivientes de la violencia de género, la de personas de la tercera edad que atraviesan problemas de salud mental, en el circuito de VIH o en las residencias para personas de la tercera edad, entre otros colectivos.

“ O sea, yo creo que los recursos en general no hace falta hablar. En general son perversos, ¿no? O sea, no son adecuados ni para mí, ni para mi madre, ni para las personas sin hogar. Si yo me muevo en ese marco, que yo me muevo en ese marco, yo diría, para que no hayan etiquetas ni estigmas en el modelo reducción de daños tendría que estar instaurado en los hospitales en los centros psiquiátricos, en los recursos para mujeres, en personas con VIH, en las personas mayores o sea el modelo reducción de daños en realidad porque nos ha estado muy muy enfocados en sin hogar, pero el alcohol y las drogas están en nuestro en nuestro día a día. Y necesitamos que cuando nos pase algo comprendan que esto va con nuestra mochila, porque si no podemos sacar nuestra mochila para hacer un tratamiento, para entrar en un recurso finalista, se va con nuestra mochila y se tiene que comprender y se tiene que ir readaptando.”

Trabajadora social. Coordinadora de área residencial para personas sinhogar. Cataluña.

En otras intervenciones, el análisis del actual sistema residencial para personas envejecidas fue más allá de la implementación de la RDD. Las principales barreras de acceso y adherencia de la población sinhogar envejecida y que usa sustancias a los recursos residenciales fueron explicadas a través del paradigma de atención institucional atravesado por el estigma social hacia las personas con trastorno por uso de sustancias en situación de pobreza. Esta premisa se tradujo en ejemplos concretos en los que se aludió a las infraestructuras de los centros residenciales, que fueron catalogadas como deficitarias y formadas por habitaciones masificadas. También se señaló la necesidad de revisar al modelo de atención al sinhogarismo conocido como escalera, en el que se exige una serie de objetivos que no resultan alcanzables para muchas personas, situándolas casi irremediamente, fuera del sistema de protección y bienestar.

Como modelos de buenas prácticas en el ámbito residencial para personas envejecidas que usan sustancias se aludió al programa Housing First por su propuesta de modelo de acompañamiento no invasivo a la vida autónoma, y por plantear una alternativa vivienda en espacios individuales, propios y sin fecha límite.

También fueron mencionados los servicios residenciales de Arrels Fundació y el centro residencial integral Galena, por ser los pioneros en el estado español en implementar la reducción de daños. Las trabajadoras sociales de ambos recursos coincidieron en señalar como insuficientes las alternativas residenciales que acogían a

personas que usan sustancias. Describieron cómo este déficit suponía una gran limitación a la hora de derivar a la población a otros servicios residenciales generalistas o de la propia red de sinhogarismo. Unos de los principales motivos desarrollados fue que una gran parte de las personas residentes de ambos recursos, no cumplían con los requisitos de abstinencia para ser derivados a otros centros, por lo que se cronificaba su estancia en éstos, bloqueando así las pocas plazas disponibles en relación a la demanda actual de la ciudad de Barcelona. En los pocos casos en los que se había encontrado un recurso de derivación, explicaban que, a menudo los procesos habían precipitado el retorno de la persona a la calle por incumplimiento de normativa en esos recursos.

EVOLUCIÓN DE LA RDD Y LA ADAPTACIÓN DE LOS RECURSOS A LAS PERSONAS ENVEJECIDAS.

De los relatos de ambos grupos, se pudo extraer la conclusión de que existe una cartera de servicios disponible en cuanto a alimentación, provisión de ropa, higiene y duchas y centros de día para las personas mayores sinhogar que hacen uso habitual de sustancias.

En el caso del servicio de salas de acompañamiento al consumo, en el *GF-Profesionales* se dibujó un escenario desigual en el territorio español. Además de los espacios de Cataluña y Bilbao se reportó que la Comunidad de Madrid cuenta con programa de intercambio de jeringuillas y que existen salas de reducción de daños para el alcohol. Aun así, ninguna participante indicó ser conocedora que alguno de estos dispositivos implementase estrategias de RDD específicas para la población envejecida.

La calidad de los recursos de RDD y su adaptación a la población envejecida generó discordancias en el *GF-Primera Persona* y el *GF-Profesionales*. De este modo, no se describieron propuestas específicas dirigidas a este grupo poblacional. Algunas de las participantes de Baleares, Andalucía y Cataluña señalaron como urgente la evolución del modelo RDD de forma general, ya que, a pesar del surgimiento de algunos servicios innovadores, se le atribuyó cierto estancamiento desde su origen en el estado español.

Del relato de algunas participantes usuarias y también profesionales de estos servicios, se recogió que existe aporofobia y el estigma social hacía las personas que usan sustancias, en este caso sumado al edadismo, que también se señaló como presente en algunos protocolos institucionales y prácticas profesionales. Por lo que, se manifestó que en algunos casos se pueden reproducir modelos de atención tradicionales, autoritarias y/o paternalistas, y se señaló la falta de plasticidad de la red RDD para adaptarse a nuevas necesidades, como lo es el aumento de sujetos a atender con más de 45 años.

Las necesidades específicas de la población envejeci-

da que se describieron, aparte de la residencial ya desarrollada en el anterior apartado, estuvieron relacionadas con la reducción del deterioro físico y psíquico. De este modo, las propuestas más compartidas fueron las siguientes: 1) Ofrecer un servicio de fisioterapia y osteopatía para reducir el dolor, prevenir lesiones y curar afecciones que afectan a nivel físico; 2) Introducir un servicio de podología para proveer de los cuidados especializados a los pies de las personas mayores usuarias de recursos de la red RDD; y 3) Ofertar opciones culturales y deportivas adecuadas y de interés para esta población, como por ejemplo actividades acuáticas que contribuyen al desarrollo de las capacidades físicas básicas.

Diferentes participantes con experiencia profesional en Cataluña, Baleares y Andalucía describieron la cartera de servicios disponibles existente como poco idónea para las personas envejecidas y que usan sustancias.

“ La fisioterapia me parece súper interesante y muy importante el movimiento yo he intentado buscar alguna que me ha pedido natación y como son mayores como también tiene una estructura así, no hay gratuitos, no hay gratis, que tengan una, por ejemplo, cosas así, deportes, centros... Tampoco los recursos, por ejemplo, todo lo que hay de centros de día ni les interesa, ¿sabes?”

Trabajadora social. Experiencia en recurso residencial de larga estancia para personas sinhogar y en consumo activo de sustancias, con larga experiencia en residencias para la tercera edad. Cataluña.

Actualmente, debido a la falta de soluciones como las propuestas en el presente escrito, se describió que el dolor físico y psíquico que sienten las personas usuarias de sustancias de largo recorrido es medicalizado a través de psicofármacos. Este tema generó un debate espontáneo en el *GF-Profesionales* acerca de la sobremedicalización de la población general de edad avanzada y en concreto, en la población usuaria de sustancias, que concluyó en que la medicación está sustituyendo servicios que no se disponen de forma pública, ya sea porque tienen un alto coste o bien, por la falta de adaptación de los recursos económicos existentes a servicios más idóneos.

EL ACOMPAÑAMIENTO AL FINAL DE LA VIDA

El discurso general desveló la necesidad de que las personas usuarias de sustancias pudieran beneficiarse de un espacio adecuado al final de sus vidas. Este proceso de acompañamiento tenía lugar en algunos recursos residenciales para personas sinhogar en los que existe población de edad avanzada, como los ejemplos de Madrid y Barcelona. En el conjunto del *GF-Profesionales*, se destacó el soporte de los equipos de atención domiciliar especializada en cuidados paliativos para realizar un acompañamiento adecuado del final de la vida y un correcto tratamiento del dolor. Aun y así, no se describieron experiencias o buenas prácticas de acompañamiento de

final de vida desarrolladas en servicios residenciales generalistas para personas que residan y que también presenten un uso activo de sustancias.

El obligado cumplimiento de las últimas voluntades de las personas moribundas, fue también algo compartido por todas las participantes de ambos grupos. No obstante, se detectaron limitaciones a la hora de llevar a cabo estos últimos deseos cuando éstos radican en el uso de sustancias. Las posiciones, según los modelos de intervención profesional de cada una de las participantes, oscilaron entre la flexibilidad y la permisibilidad a la hora de acompañar un consumo en este proceso final.

Las profesionales del GF-Profesionales que contaban con experiencia en intervención en espacios públicos, relataron en forma de denuncia el desamparo institucional a personas que han fallecido en la calle. Como consecuencia, según refirieron, de la insuficiencia de recursos especializados en el territorio y de las barreras de acceso a la población que usa sustancias a recursos residenciales, debido al consumo de sustancias y otros factores, ya descritos en anteriores apartados. Específicamente se mencionaron Mallorca, Barcelona y también Andalucía.

“ He vivido situaciones deleznable, bochornosas, crueles. Sé que, bueno, las he vivido sobre todo que yo antes trabajaba en Andalucía y me encontré con un centro para personas en estas situaciones, convalécientes que necesitan acompañamiento tanto sanitario como emocional, porque están en la última fase, ¿no? Pero es un servicio sobresaturado, donde no pueden hacer más, tienen las plazas que tienen, y es uno para toda Andalucía. Y bueno, yo concretamente me he tenido que enfrentar a muchísimos políticos exigiendo responsabilidades, exigiendo un hospital, exigiendo humanidad, pero también me he encontrado con situaciones de gente que ha fallecido en un parking. (...) Es un sistema cruel que culpabiliza a estas personas, que no les prestan la atención suficiente a la problemática que tienen y sobre todo que no se articula desde la humanidad.”

Antropóloga social. Intervención en RDD y en activismo político pro derechos humanos. Baleares y Andalucía.

En el GF-Profesionales se propuso, aunque de forma minoritaria, el introducir la administración de heroína como tratamiento sustitutivo de opiáceos a personas que están en fase de final de vida ya sea como tratamiento para dolor, o bien, para mejorar la adherencia de las personas con trastorno por uso de heroína al recurso de acompañamiento a la muerte.

“ Y no sé, recuerdo una que no se me olvida fácilmente, que es una chica que vivía en un piso de consumo, sufría continuos maltratos, y entonces esa persona, si estaba en el piso, era porque sus necesidades eran amplias y sus respuestas también eran amplias. La llevamos a un sitio donde le ofrecíamos metadona, y evidentísimamente eso no funcionó. Es decir, que en un determinado momento tiene que aparecer por descontado cosas que convengan a la persona y en eso estamos, en que aparezca la heroína. (...) La heroína quizás no va a ser una sustancia para la gran mayoría, pero sí, por ejemplo, para unos casos muy indicados y que probablemente personas, no digamos que al final de la vida, pero muy evolucionadas, puede ser la solución. (...) Sobre todo en momentos tan especiales donde es el final de la vida donde nos podemos plantear el confort por encima de todo.”

Médico internista. Larga trayectoria profesional en Hospitales y en CRD. Cataluña

ALGUNAS LIMITACIONES DEL APARTADO DEL ESTUDIO FASE II: ENVEJECIMIENTO Y ADICCIONES

Los resultados pueden presentar sesgo en el muestreo, ya que no están representadas personas trans género o de género disidente en la selección del GF-Primera persona, careciendo el presente estudio de información relevante acerca de los procesos de envejecimiento en poblaciones de género no normativo que usan sustancias.

Asimismo, y a pesar de ser nombrados los diferentes ejes de desigualdad, en el análisis de los relatos de ambos grupos focales no se pudo extraer alusiones más detalladas sobre cómo opera la opresión de la raza y la diversidad funcional en personas usuarias de sustancias en etapa de envejecimiento prematuro.

3.4. REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS DE CHEMSEX

AUTORA: ZOE FERNÁNDEZ MOSQUEDA

INTRODUCCIÓN

En la fase diagnóstica realizada durante el año 2021, surgió la población que realiza prácticas ChemSex, como un grupo población específico sobre el que habría que explorar con mayor detalle las estrategias de reducción del daño y/o la aproximación de los servicios especializados que se están sucediendo. Destacó una vulnerabilidad asociada con: el eje 'orientación sexual' intensificada por el uso de sustancias, la expresión de género y la situación administrativa, entre otras.

Se detectó a su vez, el aumento de personas que practican ChemSex y se encuentran en situaciones de sinhogarismo, vinculados en muchas ocasiones a la red de reducción de daños. También se detectó un aumento del uso de la vía inyectada o *slam* en este grupo. Se encontró que la mayoría de recursos de reducción de daños no constituían espacios seguros para la población LGTBQ+.

Se señalaron como necesidades 1) la incorporación de la perspectiva y competencias específicas LGTBQ+ por parte de las personas profesionales de la red de reducción de daños, 2) la implementación de estrategias y modelos de acompañamiento en la red de reducción de daños basados en buenas prácticas ya desarrolladas desde la red de salud sexual LGTBQ+, 3) el diseño e implementación de servicios específicos de acompañamiento LGTBQ+ que incorporasen prestaciones y estrategias propias de la red de reducción de daños.

MÉTODO

Los criterios de inclusión del GF - ChemSex contemplaron que la persona fuese profesional o *peer support* en servicios que atienden a población que practica ChemSex realizando función de atención directa. Tras los resultados de la anterior fase de la investigación y la revisión de bibliografía¹, se valoró la inclusión de personas *peers* en este grupo focal validando la metodología de acompañamiento que actualmente se aplica en el abordaje y acompañamiento de personas que practican ChemSex.

Se garantizó representatividad en diversidad de: género, de territorios nacionales, de perfiles profesionales de la rama social y de salud, y de tipología de dispositivos. Se procuró la representación de variabilidad de la tipología de servicio incluyendo aquellos que ofrecen atención

con enfoque de reducción de riesgos, atención con enfoque de reducción de daños, servicios especializados en ChemSex que atienden de forma integral, y otros servicios especializados en salud sexual que también ofrecen acompañamiento a población que realiza prácticas de ChemSex.

En el diseño del muestreo se tuvo en cuenta que participaran profesionales y entidades que se sitúan más alejados de la aceptación radical del uso de sustancias, no obstante, no fue posible o bien porque rehusaron participar explícitamente o no respondieron a la convocatoria. Rehusaron la participación un total de 4 profesionales, tan solo una reportó el motivo señalando la sobrecarga de trabajo.

La elaboración de la guía temática del GF se realizó a partir de los resultados de diagnósticos de la primera parte de la presente investigación. Esta fue revisada tanto por la investigadora coordinadora del estudio como por la experta en materia de género.

En total participaron 16 personas, 14 de ellas en el GF, y 2 profesionales a quienes se les realizó la entrevista individual semiestructurada en formato telemático.

El GF fue dinamizado por la investigadora experta de la temática ChemSex. Contó con la observación tanto de la profesional técnica de UNAD como de la coordinadora de la investigación. Fue telemático. La duración total fue de 2 horas.

El discurso se complementó con una entrevista telemática individual semiestructurada a dos participantes que no pudieron asistir al grupo focal y que trabajaban en una entidad específica de ChemSex. La duración de esta entrevista fue de 45 minutos.

RESULTADOS

ASOCIACIONISMO Y FORMATO MIXTO

El GF se utilizó como agente validador de la elección de una metodología de muestreo mixto de roles (profesionales y *peers*) aplicada abordándose posibles motivos relacionados con este elemento diferencial al resto de grupos poblacionales investigados en la presente publicación. Todas las personas participantes validaron esta decisión metodológica indicando que la frontera era difusa entre personas profesionales y personas usuarias

(1) Nagington, M., & King, S. (2022). Support, care and peer support for gay and bi men engaging in ChemSex. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e6396-e6403.

en el campo del ChemSex, no reportaron ninguna limitación relacionada tanto con la posibilidad de ocupar diferentes roles según el contexto, como la de combinar el trabajo profesionalizado con el activismo.

Además, todas las personas participantes pusieron en valor la potente capacidad de asociacionismo del colectivo LGTBIQ+, que, por contra, no se observó en otros grupos poblacionales vulnerables estudiados en la presente investigación, como son las personas en situación de sinhogarismo o los jóvenes migrantes en situación irregular. En el caso del colectivo LGTBIQ+ están reconocidos como comunidad a varios niveles, entre otros, existen leyes específicas que garantizan sus derechos, además de llevar un recorrido histórico de formar comunidad y lucha antiestigma. Existe un sentimiento de orgullo y pertenencia que podría estar relacionado con esa capacidad de asociacionismo.

Un participante psicólogo especializado en reducción de riesgos, hizo hincapié en que el fenómeno ChemSex debe desvincularse de la idea generalizada de que se trata de una cuestión problemática (por ejemplo, en el caso de las personas sinhogar que usan sustancias sí impresiona la problemática de tipo social o de consumo), no obstante, destacó que la mayoría de personas que realizan ChemSex no desarrollan un uso problemático de este.

Las personas participantes coincidieron que este fenómeno evoluciona constantemente, y permite cuestionar las concepciones y estereotipos generalizados alrededor del tema.

DIVERSIDAD DE PERSPECTIVAS SOBRE EL USO DE SUSTANCIAS EN EL ACOMPAÑAMIENTO A PERSONAS

Otro aspecto relacionado con la metodología sobre el que se cuestionó a las personas participantes fue el rechazo de participación en el GF de personas cuyo enfoque y/o abordaje del uso de sustancias se aproximaba al modelo prohibicionista o punitivista. Entre los posibles motivos algunos participantes destacaron que la comunidad LGTBIQ+ ha cargado durante mucho tiempo, y sigue cargando, con el peso del estigma en torno al uso de sustancias.

“ Durante mucho tiempo se ha asociado el consumo excesivo de drogas al colectivo, específicamente al gay y LGBT, y es posible que muchas asociaciones aún no tengan muy trabajado eso.”

Psicólogo, Experiencia en acompañamiento psicológico a hombres homosexuales telemáticamente.

Las personas participantes coincidieron en la importancia de tener un enfoque integral en cuanto al ChemSex. Describieron que se trataba de un fenómeno

que involucra una serie de dimensiones como la salud mental, la sexualidad, el uso de aplicaciones y el uso de sustancias. Por ello abogaron por un enfoque amplio, que comprendiese a la persona sin desmembrarla, atendiendo sus necesidades específicas.

“ Se juntan un montón de cosas y esa mezcla, para mí lo que nos pone encima de la mesa es la evidencia de no podemos trabajar con una teoría ni un marco único, o reducción de riesgos, o reducción de daños, o clínica, o puro tratamiento de trastorno... Sino ¿qué personas tenemos delante? No las desmembremos en 800 partes... Vayamos a la atención a la persona, valorando que va necesitando según el proceso y aplicando desde ahí.”

Psicóloga, especializada en salud y drogas.
Comunidad de Madrid.

Las participantes también coincidieron en la crítica del enfoque hacia la abstinencia como única solución. Consideraron que ese enfoque no es apto para todas las personas usuarias de sustancias, y que es preciso que los y las profesionales de los servicios incorporen estrategias de reducción de riesgos y daños y de supervisión. Se señaló además la tendencia propia del modelo biomédico de establecer una relación vertical con la persona identificando la necesidad de revisión de este acompañamiento. Se planteó que enfocar la atención desde la lógica de la abstinencia, en la mayoría de ocasiones no resultaba efectiva, ya que alejaba a las personas usuarias de sentirse comprendidas por parte los y las profesionales.

Desde las Islas Canarias se reportó también experiencias de estigmatización por parte de los recursos especializados en salud, bajo el enfoque androcéntrico y donde no se contemplaba el uso de sustancias como un ‘trastorno’.

“ Hay muchas experiencias de estigmatización por parte de recursos especializados en salud, teniendo en cuenta que vivimos en una sociedad patriarcal, donde los programas están diseñados bajo un enfoque androcéntrico, donde las mujeres tienen un acceso más limitado y donde aún no se entiende el uso de sustancias como un trastorno.”

Profesionales de Unidad Atención
Drogodependencias. Islas Canarias.

Desde Islas Canarias, concluyen que el abordaje que practican desde su entidad consistía en intervención biopsicosocial, abordando la fase de desintoxicación y deshabituación.

Por último, se destacó que existía una evidente demanda de información sobre el uso recreativo de sustancias en este colectivo. Se hipotetizó con que uno de los posibles motivos podía estar relacionado con que, dentro del colectivo, algunas entidades y/o profesionales no se

hubiesen planteado este tipo de acompañamiento con anterioridad, pudiendo estar operando el propio estigma asociado al uso de sustancias. Por contra, las participantes indicaron que, cuando alguien o alguna entidad, ofrecía recursos y estrategias para el uso más seguro de sustancias, la demanda de información aumentaba. Las participantes indicaron que esto demostraba que el objetivo de abstinencia no era pragmático ni se adaptaba a la realidad, siendo esencial la incorporación de esta mirada.

REDUCCIÓN DE DAÑOS COMO APROXIMACIÓN

Se planteó a las personas participantes si en su labor diaria aplican estrategias de reducción de daños y se invitó a reflexionar sobre este enfoque de acompañamiento y su utilidad práctica. Fueron situadas a partir de los resultados de la Fase Diagnóstica de la presente investigación donde se reportó que, algunas personas que practican ChemSex, accedían por primera vez a recursos de la red de RDD en el momento que sus necesidades básicas dejaban de estar cubiertas, se encontraban en situación de sinhogarismo y el uso de sustancias no sucedía exclusivamente en el contexto recreativo, habiendo transitado a contextos de mayor riesgo (vía pública, escasas condiciones de higiene).

Las impresiones de las personas participantes varían en función de los territorios. Por ejemplo, un técnico social de Barcelona, que contaba con amplia experiencia en el ámbito de la reducción de daños, destacó que las personas que practicaban ChemSex y accedían a los servicios de RDD que disponían de espacio de consumo supervisado, se caracterizaban por estar en una situación de grave deterioro social que se había sucedido en un breve periodo de tiempo.

Una participante trabajadora social y coordinadora de proyectos de Madrid, destacó que desde su entidad realizaban una labor centrada en el ámbito de la salud sexual, enfocándose en la erótica, las identidades y orientaciones de las personas y el posible trauma asociado; no incorporando específicamente intervenciones de RDD asociadas al uso de sustancias específicamente. Comentó que atendían a personas que pasaban de un proyecto de vida “normalizado” a “procesos de marginación”. También añadió que uno de los estratos más vulnerables que detectaban eran los trabajadores sexuales, quienes solían ser personas migradas, con historia de trauma asociado a su situación en el país de origen y/o por identidad y/o orientación. Se menciona también el hecho de que en Madrid no se disponía de espacios para el consumo supervisado, lo cual limita enormemente las prácticas de RDD.

Un participante que coordinaba un servicio específico de ChemSex a nivel estatal, coincidió que desde el año 2015, había observado que el deterioro social de las personas que atendían cada vez es más acusado, especifi-

camente en el caso de hombres trabajadores sexuales. Indicó que en estos casos sí aplicaban enfoques de RDD, matizando que dentro de sus posibilidades y capacidades, asumiendo que, la entidad estaba especializada en otro tipo de cuestiones, tales como, la salud sexual dentro de la comunidad LGTIBIQ+. Apuntó que en algunos casos la práctica del *slam* podría estar relacionada con un deterioro más acusado.

“**Ahora empiezan a entrar más mujeres LBT pero en un principio eran básicamente hombres gays, y se anulaban o no se veían o no se abordaban aquellos aspectos que estaban relacionados con su sexualidad, con su identidad o otros aspectos que estuvieran relacionados con otras cosas que no tuvieran que ver con el consumo de sustancias, y entonces cuando no ves esos aspectos o esos otros componentes culturales, no entiendes el fenómeno y no entiendes a la persona que tienes enfrente entonces de ahí la invisibilidad de ese tipo de casos.**”

Trabajador social y coordinador de servicio de atención a ChemSex. Ámbito Estatal.

En cuanto a las prácticas de RDD, desde las Islas Canarias indicaron que aún se estaban dando a conocer y empezando a abordar el fenómeno del ChemSex, y que, los dispositivos que daban respuesta a la problemática eran limitados. Consideraron también que la RDD debía ser contemplada como herramienta para mejorar la calidad de vida de aquellas personas que no plantean una abstinencia absoluta.

RESISTENCIA A LA VISIBILIZACIÓN

Todas las participantes destacaron que por parte de la administración pública se trata el fenómeno ChemSex como si fuera algo reciente, cuando en realidad es una práctica de la que existe largo recorrido de evolución. Con respecto a las características de las personas que practicaban ChemSex, se señaló que dentro de la propia comunidad se generaban procesos de invisibilización de ciertos sectores con mayor problemática social, como, por ejemplo: hombres trabajadores sexuales, hombres migrantes. Lo cual se transformaba en una forma de discriminación hacia esta parte del colectivo. Coincidieron que existe un imaginario social de persona que practica ChemSex dibujado como hombre, gay, de 35-45 años, que dispone de trabajo forma de estable y perteneciente a clase media-alta.

Una trabajadora social de Madrid relató que dentro de la comunidad LGTIBIQ+, había habido y se sostenían, resistencias a visibilizar cuestiones más problemáticas alrededor del ChemSex. Se pusieron ejemplos de situaciones en las que se les ha instado a no visibilizar ciertos temas, poniendo como ejemplo la campaña del Pride del 2015-2016 donde no hubo interés, por parte de la

administración, en visibilizar cuestiones alrededor de las sustancias, con el objetivo no asociarlo al colectivo LGTBIQ+. Se reflexionó en torno a que, tanto la administración como las entidades, pueden tener responsabilidad en esta falta de visibilización y, del consecuente, estigma asociado.

Desde las Islas Baleares, las profesionales indicaron que trabajaban en un recurso de reciente apertura, teniendo todavía baja afluencia de personas usuarias por el momento. Reportaron dificultades para que las personas usuarias se adhirieran al recurso.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Todas las personas participantes del GF coincidieron en preocupación por el impacto de los medios de comunicación alrededor del ChemSex, su impacto en la construcción del imaginario colectivo, y de la opinión pública. Se sugirieron planteamientos, tales como, posicionarse en no hablar con determinados medios de comunicación, y también, se comentó la posibilidad de elaborar guías de recomendaciones y buenas prácticas para el tratamiento por parte de los medios de estos temas.

VIOLENCIAS

La cuestión de las violencias dentro de espacios de ChemSex fue otro aspecto abordado en el GF. Tanto en estudios que se han realizado sobre ChemSex² y como en los resultados de la Fase Diagnóstica de la presente investigación, emergía la complejidad que existe en cuanto a la detección y abordaje de violencias en este contexto y el elevado número de intersecciones que operan.

En primer lugar, un educador de un servicio de RDD de Barcelona, referente de ChemSex en el recurso, señaló las dificultades de las personas agredidas para interponer una denuncia después de haber sufrido una agresión.

Todas las personas participantes, independientemente del territorio, coincidieron en que a menudo encontraban dificultades para denunciar situaciones de abuso o violencia sexual. Se comentó el impacto de la vigencia de la cultura del minimizar o justificar el abuso, además del estigma aun presente en el sistema judicial. Ambos elementos fueron señalados como barreras en la identificación de las violencias y las posibles acciones legales consecuentes aplicar. Un participante señaló como, estos factores dificultan el hecho de extraer datos fiables sobre el número de agresiones que se producen en contexto

ChemSex. Un psicólogo de Barcelona, que atendía a personas que practican ChemSex, explicó que es esencial el trabajo de sensibilización dentro de la propia comunidad.

“**Tenemos que hacer un trabajo de sensibilización en la propia comunidad, trabajar tanto sobre los agresores/perpetradores como sobre las víctimas. Pero que hay una dificultad en cuanto a recoger datos de cuántos abusos y cuánta violencia sucede realmente por el estigma, por el por el miedo al juicio.”**

Psicólogo y coordinador de atención psicológica de atención a personas usuarias de ChemSex. Ámbito de actuación estatal.

Cabe mencionar, que en ningún caso se pusieron sobre la mesa los ejes de intersección que actúan como variables moderadoras en el impacto de las violencias sobre la persona, como son la clase social y la situación de sinhogarismo. Así como, que la persona referente de ChemSex de RDD se mantuviese en silencio después de su primera aportación durante el desarrollo de este punto. Este posicionamiento podría estar relacionado con la normalización de las violencias que existen en los circuitos de RDD. También fue destacable, que a pesar de que se mencionó que algunas mujeres practicaban ChemSex, en este punto se las obvió.

“**Cuando somos víctimas, nos cuesta reconocernos en ese papel. Porque no te entra en tu lógica porque eres un tío.”**

Psicólogo en servicio de reducción de riesgos. Cataluña.

Las personas participantes compararon esta dificultad que encontraban, con la analogía en las relaciones de violencia de género clásicas y cisheterosexuales, en las que también la persona agredida tiene muchas dificultades para emprender medidas legales. Desde Andalucía se señaló el paralelismo entre las dinámicas de dominación y sumisión que se establecen en relaciones cis-hetero sexuales en el marco de la violencia de género, con, las dinámicas de abuso que existen en la comunidad LGTBIQ+.

Uno de los temas que apareció a lo largo de este bloque fue el del consentimiento. Se reflexionó entorno a qué lugar ocupa este en los *chills* u otros espacios de sexo.

(2) Leyva-Moral, J., Aguayo-González, M., Mora, R., Villegas, L., Gómez-Ibáñez, R., Mestres-Soler, O., Maldonado-Alia, R., Lorente, N., & Folch, C. (2023). *Chemsex en Barcelona: Estudio cualitativo sobre factores asociados a la práctica, percepción del impacto en salud y necesidades de prevención*. Adicciones, 0. doi:http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1790

“ Yo creo también ahí hay muchos usuarios que por desconocimiento o por falta de información, no reconocen en qué momento están sufriendo el abuso ni siquiera. Entonces como no son conscientes de que han sufrido un abuso hasta que lo hablan y lo expresan con otra persona... Y si no se genera como una conciencia o cultura del consentimiento de: ¿en qué momento estoy dando permiso yo para que pase algo o no pase? Hasta que no se interiorice va a ser difícil también para ellos reconocer que están sufriendo un abuso y poder denunciarlo.”

Voluntario de entidad que trabaja con personas que practican ChemSex, Cataluña

Se reportó la experiencia que se está implementando en referencia al consentimiento sexual en contextos de ChemSex en Cataluña, donde actualmente, se está impartiendo formación a profesionales y está pendiente la realización de un protocolo que aborde esta cuestión específicamente.

“ La administración llega tarde, la administración pública vuelve a llegar tarde y hay una situación que hay que abordar pero la administración pública no está en estos momentos, esperemos que más adelante pues tenga la capacidad pero nos damos cuenta de que no existen los recursos para atender a estas personas.”

Técnica de políticas públicas. Islas Canarias.

Otro participante, psicólogo que trabajaba en Andalucía, aportó el término de ‘Buen trato’ y resaltó la importancia y responsabilidad de promover esta cultura.

“ Esto sí tiene mucho parecido con la violencia de género porque al final es como que hay una parte dominada y otra dominante como un objeto. Y como al final esa persona lo normaliza y termina cayendo en esa relación, olvidando que esa relación ha comenzado de una forma violenta. Entonces creo que esos son los mecanismos que permiten que esa violencia se vaya reproduciendo y que ni siquiera seamos conscientes de identificarlo.”

Psicólogo especializado. Andalucía.

Por otro lado, apareció de nuevo el concepto de interseccionalidad en cuanto a las violencias. Destacó la complejidad añadida a la hora de denunciar estas violencias, por parte de ciertas minorías con más condiciones de vulnerabilidad. Desde un servicio de Barcelona se relató el acompañamiento a una persona que había sufrido una agresión sexual. Sucedió que por parte de los cuerpos de seguridad se le impidió interponer denuncia, sufriendo violencia policial, al cuestionarse su relato, por haber usado sustancias previamente. Otro participante añadió que era habitual que esta invalidación del relato se dé, no solo por los cuerpos de seguridad, sino también, dentro

de la propia comunidad, y como eso, dificulta la elaboración de una red de apoyo para la víctima. El estigma y la propia homofobia interiorizada estarían conduciendo a menudo a la no creencia de los relatos, a la revictimización y a la culpabilización de las víctimas.

En diversos servicios de RDD reportaron haber detectado múltiples casos en los que, mujeres usuarias de sustancias y que usualmente viven en calle, se encontraban barreras a la hora de interponer la denuncia. Se señaló que, eran muy pocas las que llegaban a completar todo el proceso de denuncia, relacionándose este dato, con la posibilidad de que reprodujese la misma problemática con las personas que practican ChemSex. Se sugirió que la red de RDD podría ser un ejemplo de buenas prácticas en cuanto a la implementación de estrategias de actuación y acompañamiento de estos casos, ya que llevan años identificándolos y trabajando para una atención y acompañamiento de calidad. Aun así, la mayoría de personas participantes del GF incidieron que la principal dificultad de este proceso se situaba al inicio del proceso, justo en la identificación de la violencia por parte de víctima (y agresor).

“ En una sesión de terapia del grupo, un paciente comenta que a los hombres nos gusta el sexo más que a las mujeres y más que a los hombres heterosexuales... Y pienso que es una fiel representación de una idea que cala mucho, que es a los hombres como nos gusta el sexo, pues si estás en un chill inconsciente, pero te gusta sexo entonces, lógicamente ¿Para qué va a haber que pedir consentimiento?”

Psicólogo, atención a ChemSex. Cataluña.

Se analizó cómo la ‘Cultura del abuso’ está presente dentro de la propia comunidad. Algunas personas participantes reflexionaron sobre el hecho de que muchos hombres gays y hombres que tienen sexo con hombres, han aprendido sobre su sexualidad en este tipo de espacios, y eso podría llevar asociado, una gestión de la sexualidad basada en esta cultura del abuso. Por otro lado, se enfatizó en el cuestionamiento que reciben estas personas a la hora de reconocer situaciones de violencia, por el hecho de ser hombres. Esta cuestión podría estar profundamente relacionada con el doble o múltiple estigma que perciben las personas usuarias de ChemSex, por mantener relaciones sexuales con hombres y por usar sustancias.

“ Yo creo que se van añadiendo factores que hacen que, finalmente, la víctima no se sienta víctima de una de una situación de violencia. Y si eso le añadimos el hecho de ser un hombre, ya se te cuestiona el recibir violencia sexual en cualquier administración, en cualquier sitio donde vayas, ya se te va a cuestionar por el mismo hecho de ser hombre y si añades el consumo y añades el hecho de ser gay...”

Trabajador social y coordinador de servicio de atención a ChemSex. Ámbito Estatal.

Todas las personas participantes coincidieron en que había muy pocas personas que interpusiesen denuncia por violencia ante estos casos. Por último, se resaltó la importancia de incorporar estrategias de cuidados antes situaciones de violencia dentro de la propia comunidad, como redes de apoyo y soporte entre iguales.

Otro aspecto que se analizó en relación a las violencias, fue que, actualmente la red de atención y protección a nivel estatal se caracterizada por estar muy feminizada, siendo escasos los recursos de atención y cobertura para otras identidades que no fuese la mujer cis. Una trabajadora social de Madrid relató las dificultades en el acompañamiento a hombres víctimas de violencia, porque a pesar de existir programas de ‘violencia intragénero’, que es donde entrarían estos casos, las respuestas que se ofrecían no eran efectivas.

También se debatió las diferencias entre los dos tipos de violencia, sin alcanzar un acuerdo generalizado por parte de todas las personas participantes. En relación al origen de la violencia y la posibilidad de diferenciar entre violencia intragénero y de género, se observaron posturas encontradas. Se mencionó que la violencia de género se centra en mujeres que han sufrido violencia por parte de hombres cis y heterosexuales. Sin embargo, se sugirió que era importante abordar las diferentes expresiones de violencia en el contexto LGTBQ+, incorporando las múltiples identidades de género y orientaciones.

“ La violencia de género desde mi punto de vista se creó por hombres cis heterosexuales, y luego han ido enganando un poco las cosas en el momento. No ha habido una perspectiva verdaderamente de ‘qué es ser mujer, qué se entiende con toda la realidad de mujeres y en todas las diversidades de ser mujer...’ porque muchas veces, en algún momento las mujeres lesbianas bisexuales hemos estado fuera o las mujeres trans han estado fuera, las mujeres afrodescendientes también han estado fuera.”

Trabajadora Social especializada en la comunidad LGTIBQ+. Comunidad de Madrid.

En cuanto a la violencia intragénero, se enfatizó en el poder del colectivo y asociaciones para presionar a la administración pública, y trabajar de forma conjunta, con el objetivo de garantizar la atención adecuada y específica.

“ Es el momento para que, desde las entidades, asociaciones, colectivo... Empecemos a dar caña a la administración pública y estar metidos desde el principio. Qué es lo que no ha pasado con la violencia de género.”

Trabajadora Social, Comunidad de Madrid.

Se destacó la importancia de la interseccionalidad y de contemplar todos los ejes de opresión que están operando, se mencionaron algunos como: la edad, la orientación sexual, la clase social o el hecho de ser una persona racializada. Fueron descritos como ejes que se superponen y aumentan la complejidad. Además, fue señalado como factor relevante respecto a las violencias el modelo de masculinidad hegemónica, que fue relacionado de forma directa con, la violencia y el acceso a los cuerpos; excluyendo a su vez, otros modelos de masculinidad.

“ Creo que tiene que ver más con el concepto de masculinidad que tenemos y que y que bajo ese concepto de masculinidad y en un contexto de drogas, donde la sustancia que consumimos en ChemSex lo que hace es desinhibirte y de alguna forma expresar el modelo sobre más deseado y es un modelo violento, es un modelo agresivo, es un modelo en que cuanto más sexo tienes pues más hombre eres... Bajo ese modelo que es el deseable dentro de la comunidad o de la mayoría de la comunidad gay es el que se expresa en la sesión de ChemSex.”

Trabajador social y coordinador de servicio de atención a ChemSex. Ámbito Estatal.

Asimismo, se relacionó el modelo de masculinidad con los aprendizajes vividos en la infancia y la socialización de género como hombre. Las personas participantes pusieron énfasis en la necesidad de una educación sexual integral y de mayor prevención. Las participantes comentaron que en muchos casos de hombres gays, la educación sexual es totalmente insuficiente, y, los aprendizajes sobre sexualidad se producen ad hoc a medida que avanzan en sus experiencias sexuales, que en muchas ocasiones ocurren en entornos de violencia, que consecuentemente generaban la reproducción de ciertas violencias.

“ Es la educación sexual que hemos recibido, y no hemos recibido educación sexual, sino que hemos aprendido a medida que hemos ido avanzando y la falta de educación sexual pues está claro que genera este tipo de inequidades y violencias.”

Trabajador social y coordinador de servicio de atención a ChemSex, Estatal.

Desde Islas Canarias coincidieron con el resto de participantes con las afirmaciones planteadas, e hicieron hincapié, en cuanto a la dificultad para ser atendidos por

la red de violencias, en cuanto, al consumo activo y, en cuanto, al hecho de no enmarcarse en el espectro mujer-cis. Plantearon la necesidad de un trabajo conjunto con la red de adicciones para dar una respuesta adecuada y eficaz a los itinerarios de estas personas.

Un participante, psicólogo y terapeuta dedicado acompañamiento a hombres que realizan ChemSex, reportó que, en consulta, a menudo atendía a hombres que han vivido abuso sexual infantil (ASI). Explicó que observaba relación entre no poder elaborar esas historias traumáticas relacionadas con el ASI, y después, retraumatizarse al exponerse a situaciones similares. También destacó el hecho de haber sido víctima y buscar la forma de ‘solucionarlo’ ocupando el rol de agresor. Asimismo, planteó una posible herramienta para contribuir a la solución de este problema, que consistiría en educación sexual no heteronormativa, desde la infancia, para poder prevenir en cierto punto estas situaciones y poder proporcionar herramientas a las infancias y adolescencias.

“ Muchas veces también escucho historias de personas que cuando eran adolescentes en la pubertad, en ese despertar de la sexualidad, van a buscar una sexualidad desde el desconocimiento, porque lo poco que se sabe o de lo poco que se hablaba normalmente era el sexo heteronormado, y desde el no saber, desde el ‘esto está prohibido’, ir a buscarlo de manera clandestina y encontrarse con personas que luego no han cuidado, o que han abusado. Sería importante que, si se pudiésemos trabajar en ayudar a que esas personas puedan elaborar esas historias traumáticas, probablemente nos ahorraríamos mucho después. Ya que as personas vuelven a buscar escenas, vuelvan a encontrarse en situaciones en las que no son capaces de poner límites, o evitar...El paso, que es muy típico de cuando soy víctima o he sido víctima, la forma que encuentro de solucionarlo es el irme al otro polo, el de agresor.”

Psicólogo y terapeuta de personas que realizan ChemSex. Ámbito Estatal.

Por otro lado, otro psicólogo y terapeuta coincidió en la prevalencia de personas que han vivido situaciones abusivas en sus infancias, y cómo impactaba, en la reproducción del ciclo de violencia en las relaciones posteriores. Coincidieron en el hecho de que el descubrimiento de la sexualidad puede ser confuso y complejo para muchas personas que forman parte de la comunidad, más concretamente, si atendemos a estas vivencias abusivas. Se subrayó también, el papel que tenían las sustancias en la vida de algunas estas personas, donde se observaba que actuaban como agente regulador de ciertas historias traumáticas.

“ Y en muchos casos nos encontramos que perfiles que tienen consumos más problemáticos y tiene que ver precisamente con que las sustancias le está ayudando a elaborar una vivencia que todavía le siguen doliendo. Es que aquí hablamos de tantísimas intersecciones, tenemos que poner tantísimas cosas encima de la mesa y luego ver cómo afectan individualmente a cada persona... son muchos, pero muchísimo los factores.”

Psicólogo, psicoterapeuta y escritor. Ámbito Estatal.

Por último, se puntualizó la importancia de atender a otros tipos de violencia que hasta el momento habían pasado desapercibidos, como por ejemplo, el rechazo a otros cuerpos o expresiones.

“ Nos estamos olvidando de otros tipos de violencia, como puede ser el rechazo a determinados cuerpos, a determinadas expresiones. Que al final son dinámicas que tenemos muy normalizadas, sobre todo en el entorno de las aplicaciones pero que también tienen sus consecuencias sobre las personas que formamos parte de esa comunidad, entonces creo que también es un filón que habría que atender de alguna manera.”

Psicólogo y sexólogo colaborador, Andalucía.

A lo largo de todo el bloque emergió la necesidad de trabajar con las personas agresoras. Se identificó como necesario un abordaje desde la prevención, indicando que, tradicionalmente desde los modelos hegemónicos y los recursos, se realizaba acompañamiento únicamente con las víctimas.

ABORDAJE NO MIXTO EN ESPACIOS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Otro aspecto sobre el que se abordó a las personas participantes del GF fue sobre la posibilidad de incorporar a las personas que practican ChemSex en los espacios no mixtos ya existentes en los servicios de la red de RDD. La mayoría estuvo de acuerdo en la creación de espacios no mixtos para garantizar una atención integral para un fenómeno de tanta especificidad. Consideraron esencial que estos espacios estuviesen habitados por profesionales formados en competencias y contenidos. No obstante, hubo diferentes posturas en cuanto a la implementación de espacios no mixtos para personas usuarias de ChemSex dentro de los propios espacios de RDD.

“ Es la queja constante: he ido a tal recurso y no me saben entender, no conoce las particularidades de mi cultura como hombre homosexual, me siento juzgado en mis prácticas, no saben que es un cruising que es el popper... Cosas que para nosotros son súper básicas. Claro, si llegas a ese recurso y te encuentras en esa situación... Mucha confianza no te da, mucho vínculo terapéutico no desarrollas. Entendemos que los profesionales ya bastante tienen con estar formados, como para que además específicamente en las determinadas comunidades, grupos ... Eso se comprende, pero si nos ponemos a la perspectiva del usuario, evidentemente va a preferir encontrarse con un interlocutor que le entiende, que comprenda su subcultura.”

Psicólogo, psicoterapeuta y escritor. Ámbito Estatal.

De nuevo apareció la cuestión del estigma en este bloque. El coordinador de un servicio especializado en ChemSex relató que, implementaron en la entidad un servicio de ChemSex específico a causa del vacío asistencial que existía. Destacaron que esta acción les había permitido detectar trabajadores sexuales (previamente invisibilizados), que habían acudido a servicios públicos pidiendo ayuda y no habían sido atendidos de forma adecuada, o directamente, no les habían atendido.

“ Yo me he encontrado profesionales de otras entidades comunitarias LGTBI, que negaban el fenómeno específico por miedo estigmatizar a la comunidad... Bueno pues me recordaba un poco a lo que pasó con la pandemia del VIH-SIDA en los 80-90, que fue más o menos parecido. Y sí, sigue pasando. Evidentemente necesitamos espacios específicos donde los profesionales entiendan cuál es el fenómeno que entiende esos componentes culturales o sea es que es esencial y cuesta y sigue costando mucho trabajo que esto se entienda.”

Trabajador social y coordinador de un servicio para personas usuarias de ChemSex. Ámbito Estatal.

No existió un acuerdo sobre qué personas formarían estos espacios. Se discutió sobre los desafíos de crear espacios no mixtos, y, se subrayó la inquietud ante mezclar a personas usuarias (estereotipadas) de servicios de RDD, con, personas (también estereotipados) que practicaban ChemSex. Se anticipó baja adherencia relacionada con la no identificación de ambos grupos como iguales, a pesar de ser coincidentes como GBHS. Se debatió que un posible grupo que sí podría funcionar en formato no mixto sería el GBHSH con mujeres cis y trans. Estas diferencias de “comodidad” podrían relacionarse con elementos de aporofobia, alejados de posibilidades asociadas al patrón de uso de sustancias o a componentes del espectro amplio del género.

Por otro lado, se compartió como experiencia de buena práctica del formato no mixto los grupos que incluían hombres trabajadores sexuales y mujeres trans trabaja-

doras sexuales. Un participante también indicó las dificultades que se encontró su entidad en la realización de grupos con personas que practicaban ChemSex, cuando el diseño incluía la convivencia entre personas que practicaban *s/am* y personas que no. Encontraron que aparecían dificultades a la hora de facilitar los espacios de expresión emocional grupal, relacionándolo con el posible estigma asociado al uso de la vía inyectada.

ESTRATEGIAS EN ESPACIOS DE OCIO NOCTURNO

Los espacios de ocio nocturno fueron señalados como un actor clave en la ecuación del ChemSex. Aunque muchos de los encuentros tienen lugar en un contexto privado, algunos también ocurren o se inician en espacios de fiesta como saunas, clubes, fiestas, hoteles o ciertas salas. Por ello las participantes indicaron que era imprescindible tener en cuenta cómo funcionaban este tipo de espacios, y reflexionar, sobre cómo, podrían integrarse estrategias de atención para las personas que realizan prácticas de ChemSex. Emergió un malestar en relación a la dificultad para colaborar con las empresas de ocio, como saunas, bares y clubs.

Se reportó como una práctica habitual por parte de las empresas la negación del uso de sustancias en el interior de estos espacios. Se indicó que esto podía ser debido tanto al temor a que esos lugares se estigmatizaran entre la comunidad por no actuar ante el uso de sustancias, como el propio hecho de que permitir el consumo es ilegal en España, y esto, podría poner en riesgo la estabilidad del negocio.

Respecto a la colaboración con la administración pública, se señaló que existen precedentes en colaboración con las entidades para realizar intervenciones en espacios de ocio, sin embargo, durante estas intervenciones no siempre se estaba proporcionando el soporte, apoyo o medidas suficientes para poder implementarlo.

Desde las islas Canarias se reportó en cambio que les había resultado más sencillo realizar intervenciones en festivales subvencionados públicamente. Y no ocurriendo lo mismo situación con cadenas hoteleras o pequeñas empresas. En Cataluña, se señaló que el año anterior, la Administración proporcionó una formación de ChemSex, dirigida a personal sanitario y a empresas, y las cifras de inscripciones de empresas fueron alrededor de 19 personas, mientras que las de personal sanitario fueron muy elevadas. Se reflexionó que, en este sentido, a los trabajadores de las empresas es posible que no se les informe de este tipo de formaciones o actividades, ya que en muchas ocasiones ellos y ellas estarían interesados pero los y las empresarias no difunden.

3.5. REDUCCIÓN DE DAÑOS Y JÓVENES MIGRADOS SINHOGAR

AUTORA: MARINA SONADELLAS ARAGÜES

INTRODUCCIÓN

En el grupo focal sobre jóvenes migrantes en situación de sinhogarismo desarrollado en el marco del estudio de la UNAD el año pasado, se presentaron una serie de resultados que vale la pena mencionar como punto de partida para poner en contexto la presente investigación.

En primer lugar, se señaló el eje de la edad, lugar de origen y situación administrativa como elementos que configuran de una manera significativa la situación de vulnerabilidad de estos jóvenes, y que se encuentra intensificada por el uso de sustancias, la posición de género y el idioma, entre otros factores. En segundo lugar, se detectó una previsión de aumento de esta población en la red de RDD y, en ese sentido, se manifestó una preocupación en torno a la sobresaturación existente en los centros de día y, por ende, a la necesidad de más recursos para poder llevar a cabo una buena atención. Por otro lado, se identificó el sistema de protección de menores como el contacto inicial que este colectivo hace con las instituciones, remarcando la lógica punitiva en esos recursos del uso de sustancias. También se establecieron diferencias en el patrón de uso de sustancias de este colectivo y se apuntó al hecho que muchos jóvenes no comparten el lenguaje simbólico con la comunidad; en ese sentido, se destacó la falta de formación y competencias en perspectiva transcultural.

MÉTODO

Los jóvenes migrantes en situación de sinhogarismo fue una población descrita en el estudio anterior como prioritaria desde los servicios de RDD, considerando la falta de recorrido asistencial existente y los retos, y también dilemas, que planteaban por sus características y situaciones particulares.

En todos los temas que se abordaron en el GF se contempló las especificidades de cada territorio teniendo en cuenta si son territorios de llegada (puntos fronterizos), tránsito o permanencia con el objetivo de analizar la posible implicación de estas variables.

Es importante señalar que las personas que integraron el grupo focal provenían de orígenes diversos. Aunque la mayoría eran europeas, mayoritariamente de España e Italia, contamos con la participación de una persona de origen marroquí. Teniendo en cuenta que la mayoría de jóvenes son magrebíes nos pareció importante que hubiera representación en ese sentido, en aras de comprender mejor las sociedades de origen de esta población y las prácticas y los códigos culturales asociados.

En un primer contacto se explicaron los objetivos y la metodología de la investigación, se compartió el estudio del año pasado y a las personas que mostraron interés y se comprometieron a participar se les facilitó la guía temática del GF; de esta manera, pudieron ubicar los contenidos previamente diseñados. Por otro lado, en los territorios donde el equipo investigador y/o UNAD disponían de menor número de enlaces directos se exploraron los recursos existentes y se hizo un contacto formal con las mismas indicaciones.

La prioridad se centró en que fueran personas que se encontraban acompañando a jóvenes migrantes en situación de sinhogarismo desde servicios y espacios diversos como los centros de reducción de daños, los centros de día, los equipos de intervención en calle y las organizaciones de la sociedad civil (concretamente en los territorios donde prácticamente no existen recursos sociales). También se tuvo en cuenta la variedad de género, de disciplinas profesionales, y de experticias. No fue relevante como factor de exclusión el tener vinculación directa con el mundo de la reducción de daños ni un amplio recorrido profesional en dicho ámbito. También se aplicó como criterio de selección la diversidad en cuanto a la representación geográfica. Este elemento permitió contemplar la fluctuación de desplazamiento de este grupo poblacional por distintas zonas del Estado Español, incorporando la existencia y particularidad de los territorios de llegada, espera-tránsito y permanencia. La participación fue voluntaria sin percibir ningún tipo de compensación.

Del listado inicial, que integró a un total de 10 personas, 3 no pudieron finalmente participar y tampoco se les pudo realizar una entrevista por razones ajenas al estudio.

Las personas participantes en el grupo focal fueron un total de 7, de las cuales 6 fueron mujeres y 1 hombre. Los territorios representados fueron Barcelona, Donostia, Ceuta y Melilla. En la siguiente figura se describen las características de las personas participantes en el GF-Profesionales.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL COLECTIVO

En este punto las participantes estuvieron de acuerdo en describir al colectivo como jóvenes entre los 18 y los 23 años de origen magrebí, en situación de sinhogarismo y muy a menudo sin documentación regular. En el caso de País Vasco, por ser territorio limítrofe con Francia, se destacó la presencia de más personas provenientes concretamente de Argelia.

“ También llegan muchas personas en tránsito, muchas personas argelinas, por ejemplo, que quieren subir hacia Francia, muchos que vienen de Francia, y muchos otros que se quieren quedar aquí y que vienen de haber estado por muchos países de Europa.”

Educadora social. Trabajo de atención social en espacio de atención diurna para personas en situación de sinhogarismo. País Vasco.

En el caso de Ceuta y Melilla se mencionó la presencia de mayor número de menores en situación de calle, a diferencia de los demás territorios de península, señalando que podía ser debido a las condiciones en las que se encuentran los centros de menores en esas ciudades y porque se trataba de lugares de espera y tránsito donde la intención de permanencia es relativamente corta.

“ En Ceuta, que es una ciudad más de tránsito, la situación es un poco diferente en el sentido de que no hay ninguna expectativa de quedarse en Ceuta. Y por eso toda gira alrededor de hacer “risky” e irse a la península.”

Trabajadora social y voluntaria. Referente del proyecto de intervención. Ciudad autónoma de Ceuta.

“ Hay chavales que cambian mucho, entran y salen de los centros muchas veces... Voy un poco al centro para ducharme, para cambiarme de ropa, para cortarme el pelo y luego estoy una semana en la calle, en el puerto, sin salir del puerto y consumiendo mucho, comiendo poco.”

Trabajadora social y voluntaria. Referente del proyecto de intervención. Ciudad autónoma de Ceuta.

Dentro de esta misma definición general se hizo referencia, más que a perfiles, a escenarios diversos diferenciados e individualizados en los cuales se encuentra cada joven, los cuales están atravesados por multiplicidad de factores de vulnerabilidad que tienen una influencia en la adherencia o no a los servicios y recursos.

“ Son unos chicos que nosotros tenemos como muy definidos que no tienen consciencia de la situación personal, no hay por lo tanto una voluntad de cambio, de iniciar un proceso de recuperación y que rechazan la intervención. Los que no se adhieren a los circuitos y a los recursos.”

Directora de servicio. Experiencia en servicios de atención a jóvenes migrantes. Cataluña.

Por otro lado, hubo consenso en entender el contexto de estos jóvenes como cambiante, inestable, fluctuante, no estático; es decir, describiendo que se trata de personas que viven bajo lógicas de supervivencia, donde en muchos casos las necesidades básicas no están cubiertas y, especialmente, la cuestión de la vivienda no está resuelta. Este hecho los orilla a condiciones de extrema precariedad y exclusión. También se destacó como estas dinámicas de supervivencia dan lugar a que las personas funcionen desde la inmediatez, un elemento estrechamente ligado al consumo y a la construcción de relaciones sociales más utilitaristas.

“ Esto quiere decir que un día me ducho y tres no, otro día como y cinco no.”

Técnica de proyecto e integrante de la comisión de salud. Experiencia en servicios de atención a jóvenes en situación de calle. Cataluña.

Las participantes estuvieron de acuerdo en señalar la falta de red social y familiar como otro de los elementos definitorios de este grupo poblacional y como un factor de vulnerabilidad importante, de la misma forma que se apreció como relevante la fuerte estigmatización y criminalización que padece el colectivo, vinculada a la delincuencia y a la coordinada religiosa que tiene que ver con el islamismo. En un caso, sí se mencionó la diferenciación en dos grandes grupos en función del recorrido en el uso de sustancias, un hecho que va de la mano del tiempo vivido en situación de calle.

Otro de los temas que quizás no se manifestaron de manera explícita, pero que en el cual se detectó interés durante el desarrollo del GF, fue el abordaje sobre la identidad y la adolescencia a la hora de aproximarnos al colectivo.

Sobre la identidad se planteó la cuestión desde dos vertientes. Por un lado, el enfoque desde la llamada “identidad transnacional” o “identidad bicultural”, un concepto que hace referencia a las personas que viven entre dos o más modelos culturales y deben, en consecuencia, mantener un diálogo entre la sociedad de origen (allí) y la sociedad de destino o acogida (aquí). En el caso de la situación de los jóvenes migrantes dicho escenario se ve claramente reflejado y ejerce una influencia en las distintas experiencias que viven durante el viaje migratorio y una vez llegados a la sociedad de destino, así como en los significados que les otorgan a éstas.

Por otro lado, la influencia de la identidad MDLR en la construcción de la personalidad y las expectativas de estos jóvenes, incluso en el papel y el sentido que ocupa el uso de sustancias en sus vidas.

En un segundo plano, se abrió una reflexión en torno a la etapa de la adolescencia desde dos enfoques. Por una parte, el interés en conocer cómo es vivida esta etapa vital en los jóvenes en función del origen cultural y cómo eso ejerce una influencia en la construcción de expectativas, tanto las propias como las de las familias. Se sabe que en determinadas sociedades del Magreb o de África Subsahariana el tránsito de ser niño o niña a una persona adulta es sumamente corto, y en edades muy tempranas a ojos de una mirada occidental las personas asumen ya responsabilidades y compromisos importantes, especialmente en el caso de los hombres, del que se espera que provea y ayude a la familia. Este hecho genera que las perspectivas tanto de los propios jóvenes como de la familia sobre el viaje migratorio y el futuro en la sociedad de destino puedan llegar a ser ambiciosas y, en algunos casos, poco realizables, generando frustración y malestar.

Por otra parte, estas diferenciaciones culturales también deben ser tomadas en cuenta a la hora de intervenir con estos jóvenes desde los equipos de atención social. En este sentido, se pusieron de manifiesto algunos dilemas y contradicciones a la hora de acompañar a este colectivo, señalando el “peligro” de la infantilización a la adultización en todas sus dimensiones, estando ambas en poca sintonía con la realidad de estos jóvenes.

Por último, se señaló como reto también y ámbito a explorar el conocimiento y la comprensión acerca de la esfera religiosa de estos jóvenes y como una herramienta que puede ayudar a mejorar la atención y el acompañamiento a este colectivo.

“ Yo creo que para trabajar con chicos magrebíes es muy importante conocer la religión porque para ellos es muy importante. Hay que entender mucho la religión, más que la cultura.”

Auxiliar educativo. Experiencia en servicios RDD. Cataluña.

MUJERES MENORES, JÓVENES MIGRANTES Y POBLACIÓN LGTBI

En relación con el tema de las chicas y la población LGTBI es importante destacar que todas las personas participantes manifestaron haber atendido a ninguna o a muy pocas chicas desde sus servicios y organizaciones de trabajo. Se puso de manifiesto una inquietud generalizada hacia la invisibilidad de las menores, jóvenes y población LGTBI y se destacaron situaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad para ellas en relación con los chicos.

“ Hemos visto muy poquitas chicas. En los últimos tres años yo he visto pasar por este servicio creo que cinco, las cinco derivadas por el equipo de intervención en calle.”

Técnica de proyecto e integrante de la comisión de salud. Experiencia en servicios de atención a jóvenes en situación de calle. Cataluña.

“ Chicas jóvenes yo no he visto ninguna, en comparación con los jóvenes sí.”

Auxiliar educativo. Experiencia en servicios RDD. Cataluña.

En el marco de la discusión se señalaron algunas posibles casuísticas en relación con la poca presencia o poca detección de menores y jóvenes migrantes en situación de calle. La mayoría de las participantes alegaron que, por un lado, muchas de estas chicas migran a través de circuitos vinculados a redes de trata, explotación sexual y/o doméstica y, en el mejor de los casos, a través de procesos de reagrupación familiar. Por otro lado, en uno de los servicios de Cataluña sí mencionó preocupación relevante en torno a la situación de chicas jóvenes autóctonas ex tuteladas que se encuentran viviendo en calle, en consumo activo y en algunos casos embarazadas, y que suelen tener relaciones sexo afectivas con jóvenes de origen magrebí en situación de sinhogarismo.

“ Luego tenemos chicas que vienen del circuito de protección, chicas que son del territorio que han hecho un recorrido bastante malo en protección, han tenido fugas de larga duración... Y se juntan o pasan el tiempo o se echan novios de “nuestros” chicos, de chicos de origen magrebí y todo eso se junta en la calle y genera un impacto bastante bestia.”

Directora. Experiencia en servicios de atención a jóvenes migrantes. Cataluña.

También se puso de manifiesto la existencia de una mayor red de recursos de atención social para las chicas (en el marco de una estrategia de gobierno para trabajar el sinhogarismo femenino). Debido a las distintas situaciones de riesgo y múltiples violencias que enfrentan por su condición de mujeres, se señaló que suelen permanecer mucho menos tiempo en calle, tanto en península como en los territorios de llegada y tránsito.

“ Llegaron hace poco dos chicas y enseguida entraron en el CETI cuando los chicos que iban en la misma patera no, están en la calle.”

Educadora social. Miembro del equipo de intervención en terreno. Ciudad autónoma de Melilla.

Otro elemento que apareció en la discusión fue la estrecha relación que tienen las niñas, adolescentes y mujeres atendidas con la violencia, y como muchas relaciones sociales que desarrollan están atravesadas por esa violencia y por lógicas de poder muy acentuadas. También se señaló en un caso, opinión compartida por el resto del grupo, la enorme desinformación que tienen acerca de la sexualidad y las relaciones afectivas.

“**Así como a modo de anécdota hace unos meses se hicieron unos talleres con chicas y la idea era trabajar el tema de la sexualidad, las relaciones afectivas... y fue muy evidente el claro tabú que hay con esto, ¿no? El desconocimiento y que nadie nunca les ha hablado de lo qué es la afectividad, nadie nunca les ha enseñado esa parte más biológica, tienen un desconocimiento muy heavy de la menstruación, no saben, no entienden, le tienen muchas barreras culturales, mentales, de todo.**”

Técnica de proyecto e integrante de la comisión de salud. Experiencia en servicios de atención a jóvenes en situación de calle. Cataluña.

Por otro lado, y como premisa a explorar, se hizo referencia a la situación de muchas jóvenes migrantes que ejercen el trabajo sexual, y cómo en ese contexto el consumo aparece como moneda de cambio y/o como estrategia para la desinhibición y el sostenimiento de largas jornadas de trabajo. Durante todo el desarrollo del grupo focal esta fue la única alusión a mujeres y consumo.

En el caso de Ceuta y Melilla se apreció cierta opacidad en los recursos residenciales para mujeres debido a que muchos se encuentran ubicados dentro de programas que trabajan con víctimas de trata. En ese sentido, se destacó que impera la lógica de la protección y la seguridad, algo valorado como necesario en algunos casos, pero que a la vez dificulta el trabajo con estas chicas desde otros ámbitos.

“**En Ceuta no es que no haya, pero es muy complicado trabajar con ellas. Es verdad que en Ceuta hay un centro para niñas, un poco “escondido”, es más difícil llegar con la idea entendemos de proteger más a las niñas, para que no caigan en trata y demás. (...) Y en situación de calle en los dos años que hace que trabajo en Ceuta he visto dos chicas solamente.**”

Trabajadora social y voluntaria. Referente del proyecto de intervención. Ciudad autónoma de Ceuta.

Para cerrar, es importante señalar que más allá de la preocupación existente en torno a la invisibilidad de las mujeres y el colectivo LGTBIQ no hubo ninguna referencia más en el desarrollo del GF sobre este tema ni tampoco se comentaron estrategias específicas de abordaje.

CONSUMO: SUSTANCIAS UTILIZADAS Y PATRONES DETECTADOS

En relación con el uso de sustancias existió consenso entre las personas participantes acerca del consumo problemático de benzodiazepinas (Rivotril) y gabapentina (Lyrica) entre esta población, que fueron reportadas con gran preocupación como las principales sustancias.

Se mencionó de esta medicación su bajo coste económico en el mercado ilegal y su fácil accesibilidad a través de recetas médicas. Indicaron que los jóvenes Los circuitos de abastecimiento que se reportaron fueron los propios servicios de urgencia y los alrededores de las salas de consumo supervisado donde personas usuarias las facilitan.

“**Es medicación que receta la psiquiatra, que activa además dos cajas. Y ellos van con una caja por la calle, y aparte de que se la ventilan muy rápido pues se las roban, la venden... Se consiguen muy fácil, incluso me han llegado a decir que se consiguen antes que la comida. Es una pasada.**”

Educadora. Trabajo de atención social en espacio diurno para personas en situación de sinhogarismo. País Vasco.

“**Las salas de consumo son los puntos de venta de las benzos, pueden conseguir recetas y vamos a las salas de consumo que es donde podemos pillar benzos.**”

Auxiliar educativo. Experiencia en servicios RDD. Cataluña.

En ese sentido, se reclamó y se planteó la necesidad de trabajar conjuntamente con los equipos profesionales de salud mental hospitalaria y/o ambulatoria con el objetivo de regular y reducir la prescripción de este tipo de fármacos.

“**Hemos llegado incluso a pedirle a alguna doctora que deje de recetar. Es como “para ya, por favor” porque no le está sentando bien.**”

Técnica de proyecto e integrante de la comisión de salud. Experiencia en servicios de atención a jóvenes en situación de calle. Cataluña.

Por otro lado, algunas participantes indicaron que dichas medicaciones son utilizadas a menudo mezcladas con otras sustancias, especialmente el cannabis; es decir, se trata de un consumo combinado que conlleva riesgos asociados, uno de ellos precisamente la propia desinformación y desconocimiento.

“**Creo que los chicos que están en calle todo vale, si es barato y te da un colocón muy grande para adelante. Mucha mezcla y mucho desorden, y mucho desconocimiento. Muy abusivo y desinhibidor, nada recreativo.**”

Técnica de proyecto e integrante de la comisión de salud. Experiencia en servicios de atención a jóvenes en situación de calle. Cataluña.

“**Y veo chicos que están con drogas todo el día, a todas horas, con sustancias de todo tipo, mezcladas con alcohol, chavales que casi no se tienden de pie o no saben ni como se llaman... no veo cómo sería esa puerta de entrada.**”

Educadora social. Experiencia en servicios de atención a jóvenes. Cataluña.

En relación con el momento de inicio del consumo, una de las personas participantes, originaria de Marruecos y por tanto conocedora de la realidad del territorio, mencionó la existencia de Rivotril en Marruecos, pero como una medicación que no se receta y que solamente se consigue por contrabando, lo que provoca que sea una sustancia cara y de difícil acceso. De ahí la razón del tránsito casi inmediato a sustancias inhalantes, como el pegamento, en algunas ciudades marroquíes, especialmente en las fronterizas como Nador, y el consumo más problemático con las benzodiazepinas ante la facilidad de su obtención una vez en territorio español.

En el caso del alcohol su uso apareció de manera diferencial en los distintos territorios, siendo prácticamente inexistente en las ciudades de tránsito y más presente a medida que los jóvenes van avanzando en su ruta migratoria. En algún caso, especialmente en los lugares de permanencia y después de haber atravesado otras comunidades autónomas, se señaló también un uso (en apariencia bastante residual) de sustancias ilegales.

“**Nosotros hemos visto un aumento en relación con que antes veíamos benzos y alcohol y ahora vemos también cocaína y heroína, que ha aumentado entre los jóvenes, entre 18 y 21 años. (...) No sé si por el entorno, por donde te mueves, porque claro la mayoría van con gente mayor y eso los lleva a ahí.**”

Auxiliar educativo. Experiencia en servicios RDD. Cataluña.

Sobre el crack se puso de manifiesto su uso, especialmente en el caso de las grandes ciudades como Barcelona, en el marco del entorno de los “narcopisos”, espacios a los que debido a la situación de sinhogarismo algunos jóvenes acaban habitando y frecuentando, tanto para consumo como para descanso.

Por otro lado, se destacó la poca presencia del uso de inhalantes en términos generales, a excepción de Melilla donde se observaba especialmente en el período del in-

vierno. Como sustancia resaltaron su baja posición dentro de la escala de valoración de los propios jóvenes, la cual suele ser vista como una sustancia de pobres y estrechamente vinculada a la falta de recursos. En cambio, indicaron que el consumo de medicación psicotrópica y sus derivadas mezclas suele ser entendido y vivido como un consumo más cosmopolita y europeo.

A partir de lo dicho anteriormente, se planteó en el GF el interrogante sobre si el consumo se va sofisticando a medida que las personas van transitando los distintos territorios, dejando de lado obviamente a las personas que ya presentaban un consumo problemático de sustancias en el país de origen. No existió un posicionamiento claro y unánime respecto a este tema, aunque en la mayoría de los casos se ha apuntó hacia un sí, pero no de una manera lineal. Se relacionó el uso problemático al sostenimiento de los tiempos de espera y a los niveles de sufrimiento psicológico acumulado fruto del quiebre de expectativas, de exposición a distintas formas de violencia y condiciones sociales y materiales de vida.

“**La mayoría de los chicos que llegan a Barcelona ya han pasado por muchos sitios antes de llegar aquí y es más complicado todavía trabajar con estos jóvenes, porque llegan más “enganchados”, con más temas judiciales... Es más complicado.**”

Auxiliar educativo. Experiencia en servicios RDD. Cataluña.

“**Hay chicos que vienen con consumos de antes, pero los chicos recién llegados que no tienen consumos tan elevados se ve clarísimo cómo se van deteriorando en la calle porque se les hace muy duro esperar tanto tiempo.**”

Educadora social. Trabajo de atención social en espacio de atención diurna para personas en situación de sinhogarismo. País Vasco.

De esta manera, por ejemplo, en las ciudades de tránsito como son Ceuta y Melilla se constató un consumo realmente problemático cuando las personas llevan mucho tiempo en espera y se ven abocadas a situación de sinhogarismo.

“**En Ceuta hay más consumo cuando más tiempo lleva esa persona “atrapada” en Ceuta, en el sentido de la frustración que genera no poder irse a la península. Y sobre todo eso se ve cuando hay chavales que ven a otros chavales que han llegado antes que tú y se van antes. Entonces sale el ¿cuándo es mi turno? O por ejemplo tu grupo de amigos que se van, que consiguen hacer “risky” juntos y tú te quedas atrapado en Ceuta. Es algo que te lleva a consumir más.**”

Trabajadora social y voluntaria. Referente del proyecto de intervención. Ciudad autónoma de Ceuta.

En el caso específico de Ceuta se mencionó la existencia de ciertas redes que facilitan y promueven el consumo entre los jóvenes, aunque es un elemento comentado a modo de observación y que debería ser explorado con mayor profundidad.

“ **Toda la droga viene de El Príncipe y hemos visto a veces en el puerto coches que distribuyen pastillas a los jóvenes. Llegan, aparcen, les dan y se van. En el medio de la noche hacen eso.**”

Trabajadora social y voluntaria. Referente del proyecto de intervención. Ciudad autónoma de Ceuta.

En definitiva, se avaló dentro del grupo la idea del consumo como síntoma, ligado a una condición de vulnerabilidad integrada por distintas intersecciones entre ser persona que usa sustancias, ser hombre no blanco, migrante, de clase social baja y con barrera idiomática, junto con vivencias de múltiples formas de violencia durante el viaje migratorio que en muchos casos desembocaron en experiencias traumáticas. Además, el consumo se entendió enmarcado dentro de una etapa vital particular como es la adolescencia o la primera juventud, donde las personas se encuentran inmersas en un proceso de construcción identitaria y de personalidad sumamente complejo. Se definió, así, como un consumo no recreativo y como una estrategia de evasión frente a posible sintomatología postraumática y altos niveles de sufrimiento psicológico y social por las condiciones de vida.

“ **Contra más difícil se les está haciendo el camino suele aparecer más consumo. Alguno lo ha dicho, ¿no? “Es que cuando fumo los problemas se van”.**”

Educadora Social. Experiencia en servicios de atención a jóvenes. Cataluña.

Por otro lado, el uso de sustancias apareció como un elemento de ocultación a la familia, del que existe cierta vergüenza ligada a las expectativas y proyecciones de dichas familias sobre sus futuros, a la vez que puede ser vivido, como mencionaremos más adelante, como un acto impuro desde el ámbito religioso. En paralelo, y bajo una mirada muy exploratoria, se podría señalar como un elemento identitario en contextos más marginales, bajo la lógica de una apropiación del propio estigma e integrado en la estética e imagen que reproduce la identidad MDLR.

Por último, se planteó como reto dentro de este campo la incorporación de la perspectiva transcultural. En ese sentido, se podría resaltar el consenso que hubo sobre la necesidad de incorporar la perspectiva transcultural en los modelos de atención, y darle más espacio a la hora de pensar programas de formación a profesionales. Se destacó la importancia de conocer la cultura de origen de estos jóvenes para así poder entender mejor la visión que

tienen sobre la adolescencia o el ser adulto/a, sobre la idea de progreso, entre otras cuestiones, y las vivencias en torno al uso de sustancias y los significados y conflictos morales que puedan emerger.

“ **Y tenemos un caso de una persona que consume chifona y que se esconde de ese consumo, no quiere enseñar la bolsa, nunca ha hablado abiertamente del problema que tiene con el tema de la cola y sabe que está mal visto por sus compatriotas y que le señalan por eso. Y eso le pone en una escala muy baja. En cambio, otras sustancias como el hachís, que es como muy de su país de origen, me las doy de que tengo el mejor hachís de Barcelona. Está bien visto. Te cuentan que sus tíos lo fuman, no es un consumo grave.**”

Técnica e integrante de la comisión de salud Experiencia en servicios de atención a jóvenes en situación de calle. Cataluña.

“ **El alcohol pues depende, si eres un musulmán muy cuadrulado pues es pecado, es “haram”, y te voy a señalar por ello. Puede que te puedas beber una cerveza, pero si te veo borracho te vas a llevar una muy mala imagen. El consumo de alcohol está muy mal visto.**”

Técnica e integrante de la comisión de salud Experiencia en servicios de atención a jóvenes en situación de calle. Cataluña.

SALUD MENTAL: RAZONES E IMPACTOS DEL USO PROBLEMÁTICO DE FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS

Otra de las preocupaciones que se detectaron en el grupo fue la cuestión de la salud mental asociada al uso de sustancias y a las condiciones de sinhogarismo, y su impacto en el bienestar psicológico de estas personas. Se señaló de una forma generalizada el importante malestar psicológico que tiene este colectivo, afirmación observada por los equipos y recogida por las propias personas.

Las personas participantes destacaron que se encuentran dificultades a la hora de establecer diagnósticos claros y de hacer un seguimiento a ese nivel en los contextos de calle donde estas personas residen.

Las personas participantes destacaron la dificultad existente a la hora de establecer diagnósticos, los cuales devienen necesarios habitualmente a la hora de comprender determinadas conductas y niveles de sufrimiento. Aun así, también señalaron como el diagnóstico las orilla a unas exigencias sobre las cuales no siempre tienen capacidad de respuesta.

“ El hecho de que los chicos estén en situación de calle no permite que pueda haber un buen seguimiento de esto y el hecho es que no tenemos diagnósticos, no constan en ningún lugar, no tenemos como referencias de salud mental en calle y nos cuesta un montón cualquier cosa. Lo único que tenemos son recetas a discreción. (...) Estamos tratando un volcán con una regadera.”

Directora. Experiencia en servicios de atención a jóvenes en situación de calle. Cataluña.

También se señaló la falta de una intervención integral, tanto desde los servicios más generalistas como los más específicos, que incluya un enfoque más psicosocial, que aborde y atienda los factores de riesgo de estas personas, las experiencias traumáticas vividas, las diferentes intersecciones que las atraviesan y que configuran su situación de vulnerabilidad. En ese sentido, se puso de manifiesto la necesidad de una mejor coordinación entre los servicios de salud mental y los distintos recursos que abordan el uso de sustancias (reducción de daños, tratamiento...). Un abordaje más global de la patología dual, en definitiva, entendiendo que son dos campos de intervención que comparten muchas similitudes y con poco encaje hasta el momento:

“ A mí me da un poco la sensación de que nuestros chicos con un poco como “peonzas”, ¿no? Primero les dicen “ves al GSMA porque en el centro ya ibas al GSMIJ, luego vete al CAS porque tienes un problema con las drogas”. Y todo así, y es un queme. Ellos al final se cansan de eso y nosotros también.”

Técnica de proyecto e integrante de la comisión de salud. Experiencia en servicios de atención a jóvenes en situación de calle. Cataluña.

Por otro lado, también se puso de manifiesto el espacio y tiempo de ingreso en unidad psiquiátricas como el único momento en el que la persona recibe una atención en esas dos direcciones, cuando probablemente la situación social, personal y de salud ya se encuentra muy deteriorada y después de haber sido atendida en urgencias varias veces. Se recalcó así el efecto puerta giratoria que se produce en estas dos líneas de intervención y la vivencia que muchas personas tienen al respecto, así como la falta de seguimiento una vez vuelven al mismo entorno que les produce malestar.

“ Y al chico eso le supone un trauma porque en un sitio me han tratado como un loco, en otro sitio me han tratado como un “yonki” y he acabado en un sitio del que salgo muy anestesiado y del que no sé bien qué han hecho conmigo, ¿no?”

Técnica de proyecto e integrante de la comisión de salud. Experiencia en servicios de atención a jóvenes en situación de calle. Cataluña.

Por último, las participantes reportaron una falta de recursos específicos en sinhogarismo, salud mental y uso de sustancias, referenciando la mayoría existente como generalistas.

ATENCIÓN DEL COLECTIVO DESDE LOS SERVICIOS DE RDD: DILEMAS Y PROPUESTAS

En términos generales todas las personas participantes coincidieron en que los servicios de RDD podían ofrecer respuestas a las necesidades de este colectivo, pero que la apertura de los recursos existentes actualmente podría resultar contraproducente en algunos sentidos.

En primer lugar, se describió como problemática la convivencia de personas jóvenes con poco recorrido en el uso de sustancias con personas de larga trayectoria, más mayores y que utilizan vías de administración con mayores riesgos asociados. En ese marco de relación se entendió que podían generarse sinergias que afectasen de manera “negativa” a los jóvenes promoviendo el inicio a nuevas sustancias y formas de uso hasta entonces desconocidas.

“ Porque también hay riesgos para ellos. Viene igual un joven que fuma pipa una vez a la semana y le metes en Baluard. Es que no está bien para él. Viene con una pipa a la semana y acaba consumiendo cada día.”

Auxiliar educativo. Experiencia en servicios RDD. Cataluña.

Por otro lado, también se destacó la incomodidad que reportaban algunas personas usuarias más veteranas al compartir espacios con personas más jóvenes, ya fuese por vergüenza, por temor a que la situación de esas personas más jóvenes empeorara o por sentirse juzgadas.

“ Es una mezcla que no le gusta a nadie, ni a los jóvenes ni a los mayores. Los mayores los ven como unos niños y los jóvenes los ven como estos son yonquis”.

Auxiliar educativo. Experiencia en servicios RDD. Cataluña.

“ Es que los ves muy niños y no se quieren juntar con personas más mayores, tú les dices de ir a un albergue y te dicen “no, yo no quiero ir con esos yonquis mayores”, ¿no? A veces quizás no quieren relacionarse desde ahí porque les hacen de espejo.

Educadora Social. Centro de día para jóvenes migrantes en situación de calle. Cataluña.

Ante este escenario, existió acuerdo en resaltar la necesidad de creación de nuevos servicios de atención específicos para estas personas, con un abordaje integral que incluyese equipos multidisciplinares y diseñados

bajo el enfoque de la reducción de daños. La reducción de daños fue entendida desde la prevención teniendo en cuenta la enorme desinformación y desconocimiento detectados en el colectivo acerca del uso de sustancias, mezclas y efectos. Estos servicios específicos fueron pensados como lugares de baja exigencia, con horarios de apertura amplios y flexibles que permitan a los jóvenes acceder sin demasiados requisitos. También se entendió que debían incluir un acompañamiento social, psicológico y sanitario y espacios seguros y supervisados de consumo.

“**Llevamos muchos años diciendo que se necesitan espacios de baja exigencia, que ahora estamos llamando de “alta tolerancia”. (...) ... que sean puertas abiertas donde los chicos puedan llegar, que no se les pida nada a cambio, ningún tipo de vinculación, de continuidad y que puedan pues tener duchas, lavadoras, atención psicológica o cualquier cosa que sea del aquí y del ahora. Y eso no existe.”**

Directora. Experiencia en servicios de atención a jóvenes en situación de calle. Cataluña.

Dicho esto, y teniendo en cuenta el panorama actual, se compartió la sensación de “limbo asistencial” para esta población y la necesidad de dar cobertura social y sanitaria desde la red de reducción de daños. También se evidenció de manera grupal la presencia de estas personas en las inmediaciones más cercanas de los servicios de RDD, siendo una de las razones la compra y venta de benzodiazepinas que en estos lugares opera y la posibilidad de poder acceder a la obtención de recetas por parte de otras personas usuarias.

“**Empezamos a ver a chicos alrededor de las salas de reducción de daños buscando a través de las personas usuarias de estas salas las benzos. Y ahí se nos han quedado.”**

Auxiliar educativo. Experiencia en servicios RDD. Cataluña.

Quedó sin definirse de manera unánime, y existieron variedad de opiniones, respecto a si se deberían atender o no en los servicios de RRDD a estas personas mientras no se crean recursos más específicos. Una mayoría consideró que la desatención puede resultar más perjudicial, y más en contextos de calle, mientras que en otros casos se señalaron ciertos riesgos.

“**Que a lo mejor le haríamos más daño viendo cosas que todavía no ha probado y entonces... Pero sí que una perspectiva con personas que trabajan directamente con las drogas le ayudaría más que lo que le pueda decir yo.”**

Educadora Social. Experiencia en servicios de atención a jóvenes. Cataluña.

En el caso de Ceuta y Melilla especialmente, y en parte también en Donostia en relación con la falta de recursos asistenciales y habitacionales, se percibió lejana la posibilidad de crear recursos específicos para este colectivo desde la reducción de daños debido a que existe antes una enorme carencia de recursos básicos; en ese sentido, sí se estableció una prioridad en atender otras cuestiones que tienen que ver con la cobertura de necesidades esenciales.

Por otro lado, las personas que trabajaban en estas dos ciudades las describieron como fuertemente dañinas en sí mismas y compuestas por una multiplicidad de riesgos por su condición de territorios fronterizos, donde se ejercen distintas formas de violencia sobre los jóvenes migrantes en situación de sinhogarismo por esa misma razón. También se destacó la situación de aislamiento geográfico como un factor que impedía que este colectivo pueda ser atendido en circuitos de atención más especializados.

“**Para mí el daño es Ceuta, el pasar por ahí, la violencia que hay, la violencia en la frontera, la violencia en el puerto. Hay falta de servicios tan básicos que es necesario un poco todo.” (...) “El problema de la droga es un problema que va de la mano de muchos otros problemas y que no es el problema principal. No digo que no sea importante, pero veo muchas cosas en el mismo nivel.”**

Trabajadora social y voluntaria. Referente del proyecto de intervención.” Ciudad autónoma de Ceuta.

“**El principal factor de riesgo para estos chicos es estar en Melilla. No hay albergue, no hay comedor social, es decir, faltan servicios básicos en general. (...) “Y, por ejemplo, los chicos que necesitan tratamientos los derivan a Córdoba, hay un centro allí. Y ellos cuentan que la experiencia fue buena, pero claro, luego los devuelven a Melilla y siguen en las mismas situaciones.”**

Educadora social. Miembro del equipo de intervención en terreno. Ciudad autónoma de Melilla.

3.6. REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PATRÓN DE CONSUMO

AUTORA: MARTA ESCOLANO VEGA

INTRODUCCIÓN

En la Fase I del presente estudio se realizó un diagnóstico del patrón de uso de sustancias a partir de tres categorías que se utilizarán en el ulterior análisis de esta temática: las sustancias, las vías de administración y los contextos.

En lo referente a las sustancias, el diagnóstico situó las más utilizadas en la familia de los estimulantes y una generalización territorial de la disminución del uso de heroína inyectada que había propiciado el inicio de la RDD en España. En contraste con el aumento del uso de estimulantes se identificó un aumento de uso de fármacos psicotrópicos mezclados con alcohol, especialmente en mujeres tanto vinculadas a servicios de RDD y que disponían de domicilio.

Siguiendo con los contextos de uso de sustancias, se identificaron en la fase de diagnóstico un total de cinco lugares: salas de consumo supervisado, domicilio, *narcopiso*, espacio público y saunas. Además, se describieron los *narcopisos* como viviendas en régimen de ocupación, situadas en el centro de las ciudades. Espacios especialmente inseguros -sobre todo para ellas- donde se reportaron experiencias que iban desde la extorsión y la agresión verbal hasta agresiones sexuales, secuestros y homicidios. En lo referente a las salas de consumo, se señaló una desigualdad geográfica en su implementación, dando lugar a mayor uso de *narcopisos* en aquellos territorios donde no se disponía de este tipo de dispositivos.

Por último, en el diagnóstico relacionado con las vías de administración se observó un aumento de la vía inhalada en detrimento de la inyectada, exceptuando Barcelona, donde el uso de ambas vías se acercaba al o paritario. Se manifestó preocupación por la desadaptación de los programas y servicios de RDD a esta nueva realidad, cuya atención a la vía inyectada e inhalada era desigual.

Tras la observación de estos elementos destacados en el diagnóstico anterior, el desarrollo de esta temática partió de varios posicionamientos para el enfoque de los grupos focales. Las premisas tuvieron en cuenta que la población objeto del estudio se encuentra eminentemente en situación de sinhogarismo dentro de un contexto urbano.

Por ello el uso de sustancias estimulantes se abordó desde la hipótesis de su utilidad en el mantenimiento de la vigilia. Dado que es un estado que garantiza la supervivencia en un contexto de calle, donde se desatan múltiples violencias que van desde hurtos hasta agresiones

sexuales. Pero también desde su capacidad para aumentar la producción dentro de las dinámicas urbanas de ganancia y consumo.

Para ello se tuvo en cuenta las retóricas que sobredimensionan las bondades del concepto de productividad y cuyos mensajes permean en todas las personas integrantes de las sociedades postmodernas. En este contexto la aspiración se conduce hacia concentrar el máximo número de tareas para la ocupación del tiempo, mostrando capacidades para desempeñarlas todas, la utilidad personal dentro del funcionamiento colectivo y el mérito de los bienes y servicios que adquirimos.

Bajo estos discursos, la capacidad productiva parece ser el resultado del esfuerzo individual y no de la segmentación del trabajo, las condiciones de vida o las capacidades, por lo que el consumo de estimulantes encaja como herramienta facilitadora de ese esfuerzo.

En lo referente a los contextos de consumo, especialmente en los *narcopisos*, se enfocaron los grupos partiendo de la hipótesis de varios elementos comunes a las ciudades del territorio: la terciarización de la economía y la expansión de los márgenes urbanos.

Se hipotetizó que la expansión de estos márgenes ha llevado al desmantelamiento de zonas de venta y consumo que se encontraban en la periferia y, de manera paralela, parece que el atractivo turístico de las almendras centrales en las ciudades ha provocado una sustitución poblacional en los barrios derivada del incremento del precio de la vivienda.

A la luz de esta premisa, ambas realidades dejan un espacio liminal en el que las personas expulsadas de los poblados de la periferia no encuentran acogida en ciudades estéticamente preparadas para la atracción turística, a la vez que esa sustitución poblacional ha dejado viviendas vacías.

Cabe destacar que, en esta fase del estudio, si bien se identificaron diferencias en la elección de las sustancias, los contextos y las vías según el género, no se dilucidaron estos contrastes según el país de procedencia o las capacidades psicofísicas. Podría ser explicado en la preponderancia de personas occidentales dentro de los grupos, que pudo fagocitar perspectivas transculturales y los escollos de las personas con dificultades psicofísicas para participar en ellos tanto por movilidad como por accesibilidad tecnológica.

MÉTODO

Se creó un grupo focal compuesto por personas usuarias de servicios y/o programas de RDD y se complementó con elementos sobre los patrones de consumo de sustancias extraídos de un segundo grupo focal compuesto por personas profesionales.

El primer grupo focal, que a partir de ahora se denominará *GF-Primera Persona* tuvo como objetivo la prospección de la temática, los criterios de inclusión fueron: contar con 35 o más años de edad, para tratar de garantizar un bagaje amplio en el uso de sustancias o tener contacto estrecho con personas que se encontraban en ese rango de edad.

La aplicación de estos criterios posibilitó la identificación de cambios en los patrones de consumo a lo largo de los últimos años. Además, se garantizó la variedad de perfiles en función de la situación administrativa, lugar de procedencia y género con el objetivo de analizar la posible influencia de estas variables en los patrones de consumo. Para la captación de participantes del *GF-Primera Persona* el equipo investigador facilitó el contacto con personas profesionales de los recursos de atención a uso de sustancias de la ciudad de Barcelona con el fin de acceder a las personas usuarias vinculadas a los mismos.

Los criterios de inclusión para conformar el segundo grupo focal, constituido íntegramente por personas profesionales, (*GF-Profesionales*) fueron que tuvieran contacto profesional con personas que usan sustancias. Así, se procuró la participación de personas profesionales vinculadas a: servicios de reducción de riesgos, análisis de sustancias, a contextos atravesados por el uso de sustancias en todo su espectro, y, programas y/o servicios de reducción de daños (RDD).

Los criterios de selección de las participantes se centraron en garantizar la obtención de información sobre qué posibles dinámicas colectivas y estructurales podrían estar influyendo en los patrones de consumo detectados en el diagnóstico del presente estudio. Se garantizó representatividad en diversidad de: género, de territorios nacionales, de perfiles profesionales de la rama social y de salud, y de tipología de dispositivos.

El *GF-Profesionales* fue dinamizado por la investigadora experta de la temática Patrón de Consumo. Contó con la observación tanto de la profesional técnica de UNAD como de la coordinadora de la investigación. Fue telemático. La duración total fue de 2 horas.

En total participaron 14 personas. En el *GF-Primera Persona* estuvo compuesto de 7 personas usuarias y el *GF-Profesionales* por 7, 5 mujeres y 2 hombres. La edad máxima fue de 51 años y la mínima de 35, la edad media del grupo fue de 43 años. Un total de 8 personas rehusaron participar en el *GF-Primera Persona* por la dificultad que las personas de edad más avanzada presentaban en

cuanto a movilidad para desplazarse al lugar dónde se realizaba la sesión.

Respecto al *GF-Profesionales*, fueron 5 los profesionales que no accedieron a estar presentes en el estudio. Se desconocen los motivos de las negativas.

Por último, destacar que el *GF-Primera Persona* se realizó en Barcelona por las dificultades de conseguir un grupo de personas usuarias de esas características en la comunidad donde fue elaborado esta parte del informe: Madrid. La preponderancia en este territorio de los recursos orientados a la abstinencia o a la reducción de daños asociados únicamente al alcohol, conllevó que las personas usuarias de otras sustancias en activo no estuvieran vinculadas a los servicios o que en estos no tuvieran identificados sus patrones de consumo, por lo que no se pudo acceder a ellas.

Ambos GF contenían las mismas áreas temáticas de exploración: 1) características del contexto actual, 2) los cambios en los mercados de sustancias, 3) cambios en los contextos espaciales donde se utilizan sustancias y 4) características del acompañamiento según vías de administración.

RESULTADOS

LA UTILIZACIÓN DE ESTIMULANTES COMO RECURSO PARA LA SOCIALIZACIÓN EN TODO EL ESPECTRO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS.

Ambos grupos focales coincidieron en que la pandemia Covid-19 tuvo efectos en los patrones de relación de la población general y usuaria de sustancias. En el *GF-Profesionales* surgió el término “ansiedad” y “fobia social” como dos sentimientos contrapuestos que aparecían a la hora de relacionarnos, donde los espacios de relación son a la vez focos de incomodidad y desahogo. En el *GF-Primera Persona* se destacó una deferencia por las sustancias estimulantes como la metanfetamina, cuyos beneficios positivos fueron ubicados en el incremento de la productividad, la activación mental y la vigilia.

Las personas participantes relataron que estos beneficios se volcaban en el ámbito relacional, ya que la experiencia positiva que se asignó al consumo fue la capacidad de mantener conversaciones en grupo, otorgando a las sustancias una función fálica. Esto se reportó como motivo para la cohesión del grupo, se hacía evidente en expresiones que reflejaban camaradería tales como “fumar con colegas” o “rodeada de amigos”, otorgando más importancia al consumo dentro del grupo de iguales que a la propia sustancia. Es interesante destacar este aspecto porque, este grupo estaba compuesto por personas sin hogar, y alcanzar niveles de intimidad satisfactorios en las relaciones personales parecía funcionar como un elemento sanador en un contexto de calle, donde principalmente se construyen relaciones en torno a la desconfianza y la supervivencia.

Esta instrumentalización de las sustancias para desenvolverse en contextos relacionales fue mencionada por el *GF-Profesionales* como una consecuencia derivada de la pandemia Covid-19, y que afectaba a otros contextos atravesados por el consumo de sustancias. Una profesional que realizaba intervención en espacios de ocio nocturno describía así la realidad de las dinámicas de consumo.

“**Hace años la gente joven alquilaba locales (...) les ponían sofás, televisión, una PlayStation y básicamente era un lugar donde reunirse cuando hace frío (...) Pues eso ha bajado muchísimo, la gente no está alquilando locales (...) igual salen pues ya a altas horas de la noche a beber directamente y a la juerga.**”

Antropóloga. Experiencia en servicios de análisis de sustancias. País Vasco.

A pesar de que la profesional no hizo una referencia explícita a los estimulantes en la explicación sobre la desaparición de espacios de encuentro entre iguales, sí se refirió a ellos más adelante para mencionar el aumento exponencial de la presencia de catinonas sintéticas en las muestras de análisis, que había sido detectado desde los servicios de RDR. Sustancias cuyo efecto describió como “*más anfetamínico*” conservando también efectos empatógenos, reportados en la metanfetamina y la mefedrona.

En este mismo contexto ulterior a la pandemia habían observado también desde las unidades de RDR de Aragón una tendencia ascendente por parte de las personas consumidoras en la adquisición de mefedrona que relatada de la siguiente manera.

“**Hay una entrada en Aragón que hasta hace dos años no existía que es la mefedrona, y la gente que ha empezado a consumir mefedrona la ha convertido automáticamente en su droga de elección.**”

Trabajador social. Experiencia en educación y análisis de sustancias. Aragón.

Las personas participantes en el *GF-Profesionales* que trabajaban en programas de atención a salud sexual en colectivos LGTBIQ+ atribuían tanto el consumo de metanfetamina y mefedrona a la superación de barreras impuestas por la socialización masculina y a una mayor dificultad a nivel colectivo para establecer vínculos afectivos, producto de un largo recorrido de desconexión social. Este mismo elemento fue coincidente en el *GF-Primera Persona*, donde se señaló como beneficio dentro del colectivo LGTBIQ+ el uso de metanfetamina para “*abrirse*”.

La peculiaridad de las situaciones aquí expuestas es la cantidad de conversaciones, experiencias interrelacionales y estímulos que ofrecen estas formas de vinculación social, cuya fragilidad parece ser compensada por una abundancia difícil de alcanzar sin el efecto específico de este tipo de sustancias.

En lo referente a programas orientados a la RDD asociados a los estimulantes, el *GF-Primera Persona* expuso la necesidad de espacios destinados al consumo de metanfetamina y las horas posteriores al mismo, separados de otros espacios supervisados para consumos de cocaína o heroína, principalmente por los efectos particulares de esta sustancia. De estas demandas se puede deducir que las dinámicas de consumo determinan la elección del lugar para llevarlo a cabo y, a su vez, el espacio las modula. De forma que se imbrican en las características de los lugares y de las personas que los habitan.

ALTA VALORACIÓN SOCIAL DE LA PRODUCTIVIDAD

Otra asignación positiva que se hizo sobre las sustancias estimulantes fue el aumento de la productividad. Este término, reapropiado del argot económico, cobra especial sentido en personas que se encuentran en situación de calle dentro del contexto urbano actual. La premisa sobre la semántica de la productividad relatada en la introducción operaba en las personas que participaron en el *GF-Primera Persona*, las cuales asignaban a la metanfetamina y a la cocaína la característica de “*hacerles funcionar*”. Una de las participantes expresaba así esta idea:

“**Cuando fumo meta (...) me dedico a caminar, reciclar, trabajar, activo mi cuerpo, he llegado a caminar muchos kilómetros, me hace funcionar.**”

Mujer. vinculada a servicios de RDD. Cataluña.

En los discursos de las personas que consumían esta sustancia se detectó un autoconcepto más elevado, en tanto que su valor personal aumentaba en función de la cantidad de actividades que eran capaces de hacer. En contraposición, cuando se hacía mención a otras sustancias como la heroína, se observaron elementos de estigma por parte de las personas integrantes usuarias de estimulantes que otorgaban a los consumos de heroína como sustancia principal cierto infantilismo, por entenderlo como una fase que habían superado. También vincularon estos consumos con la inactividad, cuya carga moral era negativa por contraste con la activación y la productividad, especialmente en los hombres que integraban el grupo donde subyacían sentimientos de rechazo a estos estados. Uno de los integrantes, ex consumidor de heroína hacía esta declaración.

“ Yo antes estuve fumando caballo durante mucho tiempo, casi 10 años, después entré en la cárcel y dentro yo me dejé la droga, con metadona (...) no me gusta nada, yo fumaba caballo y como si estuviera muerto, si me encontraba con ella y ella estaba fumando caballo, no iba a caerme bien ¿sabes? Yo ahora tomo meta (...) me gusta con un poco de alcohol y estar hablando, cuando fumaba caballo dejaba de hablar.”

Hombre. Vinculado a servicios de RDD. Cataluña.

Desde el *GF-Profesionales* se justificó estos rechazos en los discursos que se dieron durante la década de los ochenta y noventa sobre la heroína como una sustancia asociada a la delincuencia y a la marginalidad. Estos relatos aparecían divorciados de cualquier reflexión acerca de los procesos centrífugos que expulsaron a las personas que encarnaban el imaginario de la heroína a la exclusión social y así parecían haberse interiorizado por las personas usuarias. Una de las profesionales participantes recogía la carga simbólica de esos discursos junto con la idea de productividad anteriormente expuesta.

“ Hay como una jerarquía, y esto lo digo como drogodependiente recuperada, por lo tanto, me voy a permitir el permiso, hay una jerarquía (...) que impide darte cuenta hasta en un momento dado cuán de problemas estás teniendo tú. Hay unas miradas que han tenido que ver con criminalizar una realidad que sucedía en este país como una epidemia en unos años muy concretos y desde ahí (...) hay como esta jerarquía, como mirarse por encima de los hombros. Quien está hecho polvo o hecha polvo es no sé quién. Yo no, yo que estoy aquí funcional porque trabajo 18 horas, me he metido 5 gramos, pues no tengo ningún problema.”

Coordinadora; Experta en tratamiento y perspectiva de género. Cataluña.

En ambas citas se puede observar como los conceptos “estar muerto” o “hecho o hecha polvo” se utilizan para referirse a situaciones de improductividad, dando valor o asignando menos peligro a aquellas sustancias que permiten lo contrario.

LA UTILIDAD DE LA VIGILIA

La capacidad para inducir a la vigilia que tienen los estimulantes se reportó como un aspecto útil en el contexto de calle. Una de las personas usuarias mencionó esta característica como motivo o central del consumo.

“ Me ayuda a estar alerta, lo que se conoce comúnmente como dormir con un ojo abierto (...) no me gusta el hecho de dormir entrando en un sueño profundo (...) alguien me abre la cama o se oye un ruido, lo que sea, y yo pego un salto.”

Mujer; vinculada a servicios de RDD. Cataluña.

Respecto a los ejes de opresión que suponen la situación de sinhogarismo y ser mujer, en este caso, el consumo de estimulantes parece presentarse como una ventaja a corto plazo para preservar la seguridad.

NIVELES DE PREOCUPACIÓN ASIMÉTRICOS ENTRE PROFESIONALES Y PERSONAS USUARIAS DE SUSTANCIAS RESPECTO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES.

El término benzodiazepinas apareció más de 10 veces en el *GF-Profesionales* mientras que solo se mencionó una vez en el *GF-Primera Persona*. En relación a esta cuestión destacó que en el *GF-Primera Persona*, cuando se les preguntó si consideraban que había una diferencia en las sustancias que consumían según el género, la respuesta general fue que no. Sin embargo, cuando se preguntó por las sustancias que utilizaban para contrarrestar los efectos de los estimulantes, las mujeres hicieron referencia a los medicamentos hipnosedantes mientras que los hombres no.

En contraste las personas profesionales manifestaron el aumento del consumo de estos fármacos en los últimos años como un elemento de preocupación.

“ Nos preocupa que no haya una reflexión equivalente a la que hay con otras drogas al respecto de las benzodiazepinas.”

Coordinadora. Experta en tratamiento y perspectiva de género. Cataluña.

Las reflexiones profesionales evidenciaron que los ritmos que requieren las dinámicas de producción y consumo son extenuantes y ansiógenos por antonomasia demandan activación. Uno de ellos lo aterrizó especialmente al entorno laboral.

“ Por cuestiones laborales de exigencia a nivel de horas de estar despierto, de concentración, de trabajo y rendimiento.”

Coordinador; Servicio de RDD. Cataluña.

Sin embargo, se percibió en los relatos profesionales que estas exigencias productivas no se distribuían de manera homogénea entre la población, sino que se agregaban a la acumulación de exigencias reproductivas,

relegadas por la invisibilidad de quienes las padecen: mujeres. Una de las profesionales describía así cómo se problematizaba el consumo en estos casos.

“ El aumento de alcohol y de benzodiacepinas está muy relacionado con el género (...) Lo que nos estamos encontrando actualmente es tener un grupo superamplio de mujeres en edades de 30 y algo de años y cosas así que, justo maternando, eclosionaban hasta enfermarse con cuadros de consumo patológico. Y detrás de esas hiper maternidades, de esa exigencia en cuanto al rol de género, de tener que poder con todo y de sentirse tremendamente solas (...) de ahí a un estrés tan colapsante que los lleva a todo esto.”

Coordinadora. Experta en tratamiento y perspectiva de género. Cataluña.

Así mismo, una de las participantes del *GF-Profesionales* que trabajaba en un centro de baja exigencia para mujeres sin hogar, manifestó que el elemento de mayor preocupación era el consumo de fármacos psicotrópicos por parte de estas mujeres, que los utilizaban para “relajarse”, “estar tranquilas” o “con fines autolíticos”. La asimetría entre la preocupación profesional y la importancia que dieron las usuarias puede derivarse de lo que en el grupo de profesionales se mencionó como la “*medicalización de los malestares femeninos*”. Una participante reportó que esta herramienta se les ofrece a ellas desde los espacios sanitarios para resolver malestares relacionados con el rol de género y, por tanto, hay una validación por parte de las usuarias como medio para resolverlos. Por otro lado, en el *GF-Profesionales* se resaltó el bajo precio de estos medicamentos, por lo que los recursos necesarios para conseguirlos son menores e implican menos preocupaciones añadidas.

Las propuestas dirigidas a este respecto se concentraron en utilizar de manera informada y compartida con ellas el género como categoría de análisis de estos malestares como un elemento más de la RDD. No se reportaron experiencias de RDD asociadas a las benzodiacepinas

Por otro lado, esta asimetría se daba de manera inversa en cuanto a la metadona. Las personas profesionales mencionaron esta sustancia como uno de los motivos que habían desencadenado el descenso del consumo de heroína en la población que acompañan. Este argumento subyacía también en el *GF-Primera Persona*, ya que todas las que refirieron haber consumido heroína como sustancia principal se encontraban en programas de metadona. Sin embargo, en este último grupo se pusieron en relieve los diferentes peligros asociados al consumo de esta sustancia. El siguiente fragmento de diálogo es ilustrativo de estas preocupaciones:

“ J: Yo pienso que la metadona es otra droga, es una droga para quitarte de otra droga.

A. Solo que legal, y la metadona te hace tener más mono, tienes más mono, mucho más... la metadona es de un control muy difícil...

E. Por eso se baja poco a poco... a mí también me gustaría otro tratamiento porque yo he oído que la metadona es muy mala y muy dañina, pero claro, para dejar las drogas pues a ver si hay otra vía porque no se hace otro tipo de tratamiento.”

Las personas usuarias parecían problematizar el uso de metadona como única estrategia para el tratamiento de opiáceos, reclamando de manera implícita tratamientos alternativos desde una lógica de RDD.

Esta mirada suponía un eje de discriminación para aquellas personas que utilizaban la metadona inyectada como sustancia psicoactiva inscrita en sus patrones de consumo, de las cuales había un rechazo explícito por parte de la mayoría del grupo, con recomendaciones moralistas. En el *GF-Profesionales*, sin embargo, no se manifestaron elementos preocupantes en torno a esta sustancia, aunque sí respecto a la vía por la que se administraba. La única estrategia de RDD reportada a este respecto fue la adaptación de la parafernalia higiénica incluyendo jeringuillas de mayor volumen, agujas de mayor calibre y agujas de palomilla para facilitar la inyección de esta sustancia.

Aspectos relevantes relacionados con las vías de administración.

Uno de los participantes del *GF-Profesionales* manifestó que la adaptación en la parafernalia para el consumo de metadona trajo consigo controversia dentro del equipo profesional por el calibre que debía tener la aguja. Sin embargo, la ventaja se ubicó en que el amplio recorrido en RDD con la vía inyectada permitiendo adaptar la parafernalia a esta nueva necesidad.

De manera contraria, se identificó una situación de vulnerabilidad de aquellas personas que consumen por vía inhalada, que se intensifica o mitiga según el territorio estatal que se observe.

DESIGUALDADES EN LA ADAPTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE RDD A LA VÍA INHALADA.

Las personas participantes del *GF-Profesionales* procedentes de Barcelona afirmaron disponer de programas de distribución de parafernalia y talleres de RDD respecto a la vía inhalada. Uno de los profesionales enumeraba los servicios disponibles para ello.

“**Tenemos pipas de crack y de metanfetamina y también entregamos con boquillas diferentes (...). Previamente no teníamos acceso a este material, contactamos con un proveedor del Reino Unido (...) y a partir de ahí empezamos a incluirlo (...). También hacemos algún taller de consumo inhalado, higiénico, que se les paga.**”

Coordinador. Experto en servicios de RDD. Cataluña.

En contraste con esto, una de las personas profesionales procedentes de Madrid manifestaba que las personas que atendían en su recurso eran principalmente consumidoras por vía inhalada, pero que únicamente disponían de parafernalia para consumo parenteral por lo que la intervención en materia de RDD que podían hacer en este sentido se veía limitada a charlas individuales sobre cómo reducir riesgos asociados a esta vía.

Otro de los recursos representados en el *GF-Profesionales* ubicado en Valencia relató que, en el año 2004 habían tenido que fabricar pipas comprando en ferreterías palos de cortina y cazoletas, reciclar botes de metadona y utilizar trozos de manguera a modo de boquillas porque no podían sufragar el material estéril inhalado. Actualmente utilizaban pipas domésticas fabricadas con estos materiales para su distribución y adquirían en los estancos pipas de cristal que dan como compensación a la participación en los talleres.

El elemento que resaltó de estos contrastes es que los procesos de maduración y reflexión que requieren adaptar los servicios a este cambio en las vías se encuentran paralizados o ausentes en paralelo al aumento de necesidades de las personas consumidoras, obligando a cubrir ese espacio desde la iniciativa profesional, como se puede ver en el último caso, durante casi 20 años.

El grupo de personas usuarias describió esta asimetría ubicándola en los espacios de consumo supervisado vía inhalada. Manifestaron que, en la ciudad de Barcelona, las personas en situación de calle solo disponían de un espacio alternativo a la vía pública (o *narcopisos*) para consumir por esta vía, lo que suponía la saturación de las personas que demandaban utilizarlo y una peor experiencia en el consumo.

LA VÍA ADMINISTRATIVA COMO ELEMENTO DE TENSIÓN ENTRE LAS PERSONAS USUARIAS.

La estigmatización de la vía parenteral fue descrita en el *GF-Profesionales* como un elemento que operaba en la comunidad, muy vinculado al VIH y a la marginalidad. Se detectó una transferencia de estos estereotipos al imaginario de las personas consumidoras, lo que supuso una polarización del debate según la vía utilizada.

Mientras que las personas que utilizaban ambas vías de administración se mantuvieron neutrales, las que utilizaban la inhalada asociaron el consumo de la vía inyec-

tada a la transmisión de enfermedades y a la incapacidad de las personas para asumir las responsabilidades añadidas que requería la utilización parenteral como el intercambio de parafernalia. Estos sesgos se intensificaban si, además, se utilizaba esta vía para el uso de metanfetamina o metadona -especialmente con esta última por inducir a la anteriormente denostada inactividad- y se mitigaban con las sustancias más comunes como la cocaína o la heroína. Además, situaban como elemento connotativo de la reducción de daños el pasar de la vía inyectada a la inhalada.

Las participantes que usaban la vía parenteral defendieron su capacidad de agencia en la gestión de las responsabilidades que implicaban la utilización de jeringuillas. Señalaron las acusaciones de la otra parte como ideas estereotipadas que habían rescatado de la población general y apuntaron que disponían de mayores oportunidades para utilizar parafernalia higiénica que la parte que utilizaba la vía inhalada. Lo que fue considerado por la otra parte como una desigualdad en el acceso a sus derechos.

Aspectos relevantes sobre los contextos.

En el análisis se pudieron identificar varios elementos relacionados con el contexto en el uso de las vías de administración y de las sustancias, debido a que el espacio supone un elemento constitutivo de ellos, en tanto que la participación de múltiples variables configura las relaciones con las sustancias.

A continuación, veremos algunas de las que destacaron durante la investigación.

DESMANTELAMIENTO DE POBLADOS EN LAS CIUDADES Y UTILIZACIÓN DE NARCOPIOS COMO RECURSO DE ACOGIDA.

Las participantes del *GF-Profesionales* coincidieron como en sus distintos territorios habían observado el desmantelamiento de los lugares tradicionalmente reservados para población consumidora en exclusión social, relegándoles a deambular por espacios que no conocen y donde son rechazadas. Una de las profesionales participantes relató lo que había ocurrido en su ciudad.

“**Aquí había un montón de puntos de venta fuera de la ciudad, en un entorno muy deprimido, en los poblados. Yo trabajé mucho tiempo en poblados, de repente los poblados dejaron como de interesar, se empezaron a quitar del medio, Madrid se ha ido expandiendo y lo que Yo he visto, por ejemplo, en el último gran poblado que queda, que es Cañada Real (Valdemingómez), hay mucha presencia policial, se están tirando muchos puntos de venta (...) Si no está fuera de la ciudad, lo que hace es instalarse en la ciudad.**”

Educadora social. Vinculada a la red de personas sin hogar. Comunidad de Madrid.

Esto fue relacionado con el rechazo de la comunidad donde se instalan las personas desplazadas. Se reportó que la gestión urbana de los conflictos desde el enfoque securitario obliga a que estas personas elijan espacios privados para consumir, lo que hizo aparecer los *narcopisos* como contexto de consumo en la fase de diagnóstico del presente estudio.

Todas las personas del *GF-Primera Persona* aseguran evitar acudir a estos lugares en la medida de lo posible y, muy especialmente, las mujeres, que refirieron agresiones sexuales, un consumo mayor al deseado por las dificultades que acarrea abandonar el espacio con la sustancia y la omisión de ayuda en caso de sobredosis. En su lugar, determinaban como primera elección las salas de consumo supervisado, relacionándolo con motivos de seguridad que ofrecen. Así mismo, un participante del *GF-Profesionales* que coordinaba una de estas salas de consumo, coincidía en que era el espacio predilecto por las personas usuarias debido a los elementos de seguridad y ausencia de juicio que en ella prevalecían.

AUSENCIA DE ALTERNATIVAS A LA VÍA PÚBLICA O NARCOPIOS PARA PERSONAS CONSUMIDORAS NO RESIDENTES EN BARCELONA

En el *GF-Profesionales* se destacó que vivir en Barcelona suponía ocupar una posición de privilegio en términos de accesibilidad a programas y servicios de RDD frente a vivir en Valencia, Madrid o Zaragoza. Indicando que, de esta manera, espacios urbanos con dinámicas inmobiliarias y enfoques securitarios idénticos o parecidos, no disponían de las mismas respuestas para esta población.

Esta situación de desventaja afecta a las mujeres de forma diferencial, en tanto que no son entidades ajenas a sus emociones y socialización, subyace un aprendizaje de que el espacio público no les corresponde y son peor miradas si en él desarrollan comportamientos disruptivos. De esta manera se detectó en el *GF-Profesionales* que, en ausencia de espacios reglados para consumir y trabajar estos aprendizajes, la violencia dentro de los pisos de consumo suponía un precio justo a pagar por evitar el rechazo de la comunidad o sanciones policiales y retiradas de sustancia. Algunas de estas ideas se identifican en el siguiente diálogo.

“ **A: que está tan instalada la violencia hacia las mujeres que de alguna manera no pasa por el encuadre de un piso de venta y consumo sino que de alguna manera el riesgo está en todos los sitios en donde se muevan [...] o incluso teniendo que buscar un compañero de protección.**

I: Claro que en un narcopiso la mayoría han tenido problemas, pero anteponen esa necesidad. Es que es ahí [...] lo voy a poder consumir y no me van a poner una multa o no me lo van a quitar.

M: Si tenemos poca educación para poder discriminar bien la cantidad de violencias a las que somos expuestas constantemente en el día a día [...] cuando tú estás en ese contexto es que ni por dos segundos se te ocurre que no te lo merecías.”

Ambos grupos focales estuvieron de acuerdo a su vez en que, a pesar de que los pisos de consumo eran entornos donde se producían violencias, no distaban mucho de las violencias que sufrían en el espacio público o en entornos institucionales. Una de las participantes en el grupo de personas usuarias equiparaba así los narcopisos a otros entornos:

“ **Yo ya no voy a casas, pero de hecho no voy a casas y no voy a otros sitios... no quita el hecho... de hecho también pasa fuera, o en un bar o [...] En el espacio público.”**

Mujer, vinculada a servicios de RDD. Cataluña

ASPECTOS EMERGENTES EN LOS GRUPOS FOCALES

Las atribuciones causales que se le otorgaban a los elementos expuestos en los debates de ambos grupos focales se ubicaban tan en lo estructural que subyacía una resignación a la propuesta de soluciones. Si bien el *GF-Primera Persona* pareció ser más idealista con la implementación de nuevos recursos, el *GF-Profesionales* no mostraba estas mismas tribulaciones.

En este último grupo hubo elementos que se señalaron como importantes: la mirada clasista sobre las sustancias, que hacía que solo se visibilizase una forma de daño, de venta y de consumo que impedía ver las dinámicas reales, una cultura materializada en el prohibicionismo y un enfoque androcéntrico mayoritario. Sin embargo, las dificultades aterrizadas al día a día profesional parecían encontrar su causa en un elemento que estaba implícito, pero no se verbalizó: el rechazo de las administraciones a reconocer la presencia del consumo de sustancias en las ciudades, que se materializa en atender los consumos de forma desigual, no revisar las dotaciones de los recursos y atender bajo la lógica de la emergencia.

Sin embargo, la dificultad parecía situarse en que asumir esto desde las administraciones de las grandes ciudades suponía abstraerse de la carrera cosmopolita para atraer inversión internacional y reservar espacios y esfuerzos para diseñar respuestas a esta población. Esto deja una línea de investigación por explorar sobre si realmente apostar por estas vías va en detrimento del desarrollo urbano o, de lo contrario, lo favorece.

3.7. REDUCCIÓN DE DAÑOS Y COMUNIDAD

AUTORA: PAULA SORIA CARRASCO

INTRODUCCIÓN

La intervención comunitaria se fundamenta en el concepto de salud como “estado de bienestar psíquico, físico, y también social, estableciéndose, por tanto, como una pieza más del engranaje de la reducción de daños”. Históricamente, esta se ha fundamentado en la realización de intervenciones en medio abierto, incluyendo el programa de intercambio de jeringuillas (PIJ), el fomento de la inclusión y la participación de las personas que utilizan sustancias a nivel comunitario y el contacto con actores y agentes comunitarios, con el objetivo de reducir o eliminar el impacto del uso de sustancias en el entorno comunitario. En la Fase I del presente estudio se realizó un diagnóstico del estado de la reducción de daños en España con el objetivo de describir cuáles eran las necesidades actuales de estos servicios y programas. En las conclusiones de dicho estudio, se mencionaron algunos aspectos en los que el enfoque comunitario tiene una relevante importancia, entre estos destacan: la grave desigualdad en la distribución de recursos entre territorios urbanos y rurales, las comunidades enfrentadas con los servicios de RDD, profesionales y personas usuarias, la necesidad de reducir el asistencialismo y promover redes de apoyo y cuidado comunitario y la profesionalización y medicalización de los servicios lo cual supone una barrera de acceso para poblaciones no marginales, por lo que deben apoyarse iniciativas de base comunitaria.

MÉTODO

Con el objetivo de conocer la situación de la reducción de daños (RDD) en el ámbito comunitario en España, se han llevado a cabo dos técnicas de recogida de información: el grupo focal y la entrevista semiestructurada, ambas enmarcadas en la metodología cualitativa, dada la necesidad de la utilización de técnicas de recogida de información abiertas, flexibles e interactivas, con el objetivo de captar la realidad desde diferentes perspectivas y enfoques. Por un lado, los criterios de inclusión fueron: evidencia de trayectoria profesional en recursos que atienden a personas que usan o han usado sustancias, garantizar mayor representatividad de mujeres expertas que de hombres, asegurar representatividad de los diferentes territorios estatales, tanto de grandes ciudades como de municipios menores, fomentar la diversidad de categorías profesionales de las participantes y de diversidad de tipologías de dispositivos e incluir la par-

ticipación de agentes comunitarios clave en la RDD. Y, por lo que hace a los criterios de exclusión, estos fueron: barrera idiomática. Se procuró la diversidad de género y raza entre las personas participantes. Para la captación de las participantes, por un lado, se realizó una búsqueda de aquellas entidades que atendían a personas que usan sustancias psicoactivas en el territorio español, mediante la lectura de los Planes Regionales de Adicciones de cada comunidad autónoma. Y, por otro lado, se ha analizado cuáles son los agentes clave que influyen en el abordaje comunitario de la RDD, tales como agentes políticos, familiares y vecinales. Una vez realizada esta búsqueda y análisis, se conectó con aquellas personas que, según los criterios de inclusión, ya mencionados anteriormente, podían aportar diferentes experiencias, puntos de vista y perspectivas de la temática. Cabe destacar que se contactó con todas ellas por email, donde se les presentaba la investigación y los objetivos y se les invitaba a participar. En total se contactó con 15 personas, de las cuales 5 no participaron, más de la mitad debido a dificultades médicas del momento y 2 de ellas a causa de la incompatibilidad horaria. Entre las personas que rehusaron participar se encontraban: un antropólogo que forma parte de una red de personas usuarias de sustancias en Cataluña, una educadora social de una asociación formada por personas voluntarias que atienden a personas usuarias de sustancias en Andalucía y una médica jefa del Departamento de Promoción de la Salud de un organismo público catalán. La duración del grupo focal fue de dos horas y se realizó de forma telemática y, por lo que hace a la entrevista semiestructurada, su duración fue de media hora y también se realizó telemáticamente. Todas las participantes aceptaron el consentimiento informado y la grabación de imagen y sonido, asimismo la participación no fue remunerada en ningún caso. Por último, la razón por la que se realizó una entrevista semiestructurada se debió a que una de las participantes de dicho grupo tuvo dificultades técnicas para conectarse y participar con fluidez y, por este motivo, se decidió que dejara de participar en el grupo focal para realizar posteriormente una entrevista semiestructurada en la que poder comprender mejor sus opiniones, reflexiones y experiencias. En relación con las particularidades de la muestra del grupo focal, de las 9 personas participantes, 5 fueron mujeres y 4 hombres y los territorios representados fueron: País Vasco, Cataluña, Comunidad de Madrid, Galicia, Valencia, Castilla La Mancha e Islas Canarias. Asimismo, en la muestra hay representación tanto de poblaciones urbanas como de poblaciones rurales.

(3) RIOD. (2018). *La Reducción de daños en la intervención con drogas: concepto y buenas prácticas*. Recuperado de https://www.cuentocontigo-cuentaconmigo.riod.org/materiales/guia_rd_riod.pdf

Los servicios y/o programas que fueron representados a través de las participantes del grupo focal fueron: equipo de intervención comunitaria, unidad móvil de dispensación de MTD, servicio residencial de RDD, Housing First, unidad móvil de RDD, atención domiciliaria, unidad de cribado móvil y centro de día de RDD. Cabe destacar que algunas personas reportaban experiencia laboral en varios territorios estatales y también en más de un servicio de RDD.

Otra de las características de la muestra del grupo focal fue la diversidad de categorías profesionales de las participantes, la única que es ejercida por más de una participante es la educación social y las demás solo son representadas por una participante, siendo el caso del trabajo social, la psicología, la psiquiatría y la enfermería. Además, tres de las personas participantes realizan tareas de coordinación en los dispositivos de RDD en los que trabajan. Por otro lado, también se ha contado con la participación de una mujer no profesionalizada que forma parte de una asociación de familias afectadas por el uso de sustancias de un o una familiar y con un educador social militante de un partido político que participó como asesor del ayuntamiento en materia de salud y drogodependencias, y que, además, ha participado como vecino en una asociación vecinal creada para la mejora de la convivencia y el bienestar en el barrio del Raval (Barcelona).

Con respecto a la entrevista semiestructurada, la muestra es una mujer antropóloga con experiencia en recursos de análisis de sustancias en Andalucía y que en la actualidad trabaja en una asociación que también realiza análisis de sustancias en País Vasco, en la que forma parte del área de género e interseccionalidad.

RESULTADOS

MODELO Y FUNCIONES DEL ABORDAJE COMUNITARIO

Referente a las cuestiones metodológicas del trabajo comunitario, la mayoría de las participantes afirmaron la necesidad de contar con un equipo interdisciplinar para poder dar respuesta a las necesidades de las personas que usan sustancias y del resto de la comunidad desde distintas disciplinas y perspectivas. Entre las disciplinas mencionadas por las participantes destacaron: la medicina, la enfermería, la mediación, la orientación familiar, la terapia ocupacional, el trabajo social y la educación social.

Algunas profesionales subrayaron como función principal del abordaje comunitario en RDD la facilitación al acceso a los derechos básicos en igualdad de condiciones a las personas usuarias de sustancias respecto a la población general, y, la necesidad de poner el foco en el fomento de la creación de redes de apoyo entre ellas, evi-

tando así la profesionalización del cuidado como única opción. En cambio, una profesional, con larga trayectoria en coordinación de recursos de RDD en la Comunidad Valenciana, remarcaba la importancia de establecer vínculos significativos entre las profesionales y las personas que usan sustancias, debido a la falta de red que les caracteriza y a la necesidad de poder representar un sostén real para ellas.

“ **Generar comunidades de apoyo, o sea, ser de alguna manera la comunidad de apoyo de aquellas personas que tienen menos apoyos. Y eso implica un paso más, digamos, que dar un servicio, tiene un grado más de compromiso profesional e igual personal también. Es decir, tener una mirada comunitaria, al final quiere decir que todos somos parte de una comunidad y que ese apoyo está en diferentes situaciones, que igual todas no estaban en nuestra carta de servicios.**”

Coordinadora y trabajadora social. Experiencia en Centros de día RDD, Housing First y Centros residenciales RDD. Comunidad Valenciana.

La inclusión social fue otra de las funciones que la mayoría de las participantes destacaron como prioritaria en relación con el abordaje comunitario. Una profesional indicó la importancia de que la propia comunidad actúe como agente facilitador de dicha inclusión, ya que esta no depende exclusivamente de las personas usuarias de sustancias, sino que es la comunidad quien produce los procesos de inclusión y exclusión. Una participante lo describía de la siguiente manera.

“ **No podemos solamente poner la inclusión en la mochila de la persona excluida, sino responsabilizarnos comunitariamente de la inclusión social de todos los ciudadanos.**”

Coordinadora y trabajadora social. Experiencia en Centros de día RDD, Housing First y Centros residenciales RDD. Comunidad Valenciana.

Todas las participantes estuvieron de acuerdo en que los dispositivos de RDD y, más concretamente, las acciones llevadas a cabo en el ámbito comunitario, tienen un objetivo de control social y normativo impuesto por las administraciones. Asimismo, uno de los participantes, que había formado parte del equipo de gobierno del distrito y de las movilizaciones vecinales de Cataluña, destacaba que las causas por las que los dispositivos de RDD se hubiesen convertido en dispositivos de exclusión social eran: la falta de actualización y evolución de los programas y las políticas públicas actuales.

“Hace 30 años, los dispositivos de reducción de daños, tal como están hoy diseñados, tuvieron un sentido. Hoy en día, que sigan en el mismo punto, los convierten en dispositivos de exclusión social y control social que lo que hacen continuamente es contener el estallido social. Sinceramente, habiendo estado en política, lo he visto perfectamente, como no pones los recursos que hay que poner para poder tratar verdaderamente el problema, sino que lo haces únicamente para contener la conflictividad social.”

Educador Social. Experiencia como asesor en materia de drogodependencias y salud del ayuntamiento y participante de movimientos asociativos vecinales. Cataluña.

Por otro lado, algunas participantes también destacaron que los recursos de RDD acababan perpetuando la exclusión social de las personas a causa de acciones meramente asistencialistas que, lejos de influir en las realidades de las personas que utilizan sustancias y acompañarlas, acababan teniendo una función más enfocada a ocultar estas realidades, maquillarlas e intentar contenerlas para que tengan el menor impacto en la sociedad. Una profesional, enfermera de un dispositivo móvil ubicado en un poblado en la Comunidad de Madrid, lo exponía de la siguiente forma.

“Profesionalmente y personalmente, me genera controversia este tema porque al final trabajo en un dispositivo que perpetúa la exclusión de las personas consumidoras que están totalmente excluidas y apartadas de la ciudad de Madrid, a pesar de estar a muy pocos kilómetros del centro. Entonces, en este sentido, también eso genera conflicto, porque al final no se trabaja una inclusión de estas personas y vamos meramente a las enfermedades que interesan a nivel de salud pública, que es lo que interesa a nivel económico también. Entonces, ¿dónde queda esa parte social de acompañamiento? Creo que es lo primordial en la reducción de daños.”

Enfermera. Experiencia en dispositivos de RDD en Cataluña y la Comunidad Madrid.

Respecto a las funciones específicas de los equipos de intervención comunitaria, las participantes destacaron: la mediación en los conflictos y tensiones que se generan con el resto de la comunidad, y, el acercamiento a aquellas personas que no están vinculadas a los recursos de RDD para ofrecerles información sobre estos y fomentar la vinculación.

Por otro lado, una de las participantes, que intervenía con poblaciones rurales en Galicia en un dispositivo móvil de RDD, destacó que habían identificado dificultades para acceder a las mujeres. Algunas de las barreras de acceso señaladas por ella fueron: la masculinización de

los espacios, la falta de espacios no mixtos, las múltiples situaciones de violencia de género que habían vivido y vivían las mujeres y las relaciones sexoafectivas de dependencia con otros hombres que acudían al dispositivo. Para intentar combatir estas limitaciones, implementaron acciones de discriminación positiva, tales como la obertura del servicio un día exclusivamente para las mujeres y la creación de actividades no mixtas.

“Son espacios muy masculinizados y el propio espacio como tal, el propio centro, tampoco facilita mucho la participación de las mujeres. Entonces tomamos algunas medidas para feminizar el recurso, que es abrir un solo día para las mujeres, actividades solamente para mujeres, porque también observamos que muchas veces vienen acompañadas de parejas, que no les permiten participar, algo que también vemos mucho en las salidas de calle, que si hay una mujer es más difícil acceder a ella. Suelo decir un dato que es como muy significativo, que es que el 100% de las mujeres que son atendidas en el centro de reducción de daños sufren o han sufrido violencia de género por una o más parejas que han tenido.”

Coordinadora y educadora social. Experiencia en servicios de RDD. Galicia

Otra participante, antropóloga con experiencia en recursos de análisis de sustancias en Andalucía y País Vasco, destacaba que para realizar el trabajo en medio abierto habían puesto el foco en adecuar el lenguaje a la persona usuaria de sustancias atendida. A la vez que también habían decidido utilizar una indumentaria específica de carácter más festivo, concretamente utilizaban una peluca y una bata, que hacía que las personas se acercaran y las distinguieran más fácilmente y no las confundieran con agentes policiales.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Todas las participantes coincidían en el hecho de que uno de los fundamentos del abordaje comunitario en RDD era fomentar la participación comunitaria de las personas usuarias de sustancias, aunque también destacaron la necesidad de promover estrategias que generasen puntos de encuentro, alianzas y sinergias con los distintos agentes comunitarios del territorio donde se encuentran los dispositivos de RDD.

Únicamente uno de los participantes, educador social en un servicio de mediación comunitaria en Madrid, con el objetivo de facilitar la conexión entre los servicios de RDD y el resto de la comunidad, destacó la importancia de hacer difusión de los servicios que la entidad desarrollaba para que, tanto otros dispositivos que trabajaban en el sector como otros recursos comunitarios y adminis-

traciones, conociesen de primera mano las acciones que se llevaban a cabo y, en el caso de que fuese necesario, pudiesen colaborar, coordinarse o vincular a alguna persona.

Al preguntar a las participantes si consideraban que los servicios en los que trabajaban conseguían fomentar un sentimiento de pertenencia al territorio en las personas usuarias de sustancias, la mayoría destacó las dificultades que esto supone y solo uno de los participantes afirmó que creía que sí que lo conseguían. En el siguiente fragmento se observa como una profesional, con larga experiencia en coordinación de recursos de RDD en Valencia, señalaba como obstáculos para la existencia del sentimiento de pertenencia que el territorio fuese una gran ciudad y la larga trayectoria en el uso de sustancias.

“ El sentimiento de pertenencia creo que ya es complejo, sin el consumo, muchas veces, sobre todo en grandes ciudades, cuando hay una historia de consumo larga, llegar a tener sentimiento de pertenencia en la comunidad cuesta más.”

Coordinadora y trabajadora social. Experiencia en Centros de día RDD, Housing First y Centros residenciales RDD. Comunidad Valenciana.

Todas las participantes destacaron los inconvenientes que implicaba derivar y/o vincular a las personas usuarias de sustancias a entidades, servicios o asociaciones que únicamente atendían a este colectivo, ya que, según el análisis del conjunto de discursos, esto fomentaba la creación de guetos y, consecuentemente, impedía la creación de nuevos vínculos alejados de espacios donde prima el uso de sustancias y la exclusión social. Uno de los participantes, psiquiatra con experiencia en atención domiciliaria en las islas Canarias, relataba esta cuestión con las siguientes palabras.

“ Hay ciertas barreras que quizás las ponemos nosotros también, ya que muchas veces lo que se propone a las personas que atendemos son recursos o entretenimiento relacionados siempre con pacientes, con otras personas que tienen enfermedad mental. Y muchas veces lo que hacemos quizás con buenos propósitos es al final fomentar también una creación de guetos.”

Médico Psiquiatra. Experiencia en salud mental y atención domiciliaria. Islas Canarias.

Las participantes expusieron diferentes experiencias en torno a vincular a personas usuarias de sustancias, a entidades o servicios que están dirigidos a la comunidad en general. En primer lugar, una de las participantes resaltó la importancia de motivar a las personas a explorar cuáles son sus gustos e intereses, aspectos aparente-

mente sencillos que, debido al impacto de larga trayectorias de uso de sustancias, la condición de sinhogarismo y la consecuente vivencia de exclusión social pueden dificultar su identificación. Este elemento fue señalado como fundamental, puesto que, a raíz de saber dónde estaba la motivación de la persona, se podían barajar una serie de entidades u otras.

En segundo lugar, la mayoría de participantes del GF destacaron la necesidad de participar en actividades que se desarrollasen en espacios comunitarios, como era el caso de los centros cívicos, y en actividades al aire libre en contacto con la naturaleza. Uno de los participantes, que había formado parte del equipo de gobierno del distrito y de las movilizaciones vecinales, destacó la complejidad que esto suponía debido al estigma que sufren las personas usuarias de sustancias y a la falta de adecuación de los espacios, aunque también enfatizaba la necesidad de que suceda, ya que posibilitaría el tejido de alianzas reales con la comunidad.

“ Si queremos poder establecer lazos con la comunidad, y también que una persona pueda participar en espacios de sociabilidad normales y no hechos adrede, pues hay que poder ir trabajando e inventarse las fórmulas para que eso pueda llegar a acabar sucediendo.”

Educador Social. Experiencia como asesor en materia de drogodependencias y salud del ayuntamiento y participante de movimientos asociativos vecinales. Cataluña.

Algunas participantes también destacaron que la baja autoestima, asociada a las situaciones de discriminación sufridas, entre otras causas, dificultaban, en algunas ocasiones, que las personas usuarias de sustancias participasen en espacios comunitarios. En cambio, otras participantes señalaron como obstáculo para la vinculación a recursos de la comunidad la falta de capacitación de estos para atender a personas usuarias de sustancias.

“ Somos partidarios de participar con normalidad en todo aquello de lo que disponemos en el territorio y viene la otra parte, ¿está preparado el territorio? Pues es que tiene que estar preparado. Es que cuando la persona se monta en el autobús no preparamos el autobús para que se monte. Sin embargo, hay determinados espacios que parece que hay que prepararlos para que no estigmaticen a las personas.”

Coordinadora y trabajadora social. Experiencia en Centros de día RDD, Housing First y Centros residenciales RDD. Comunidad de Valencia

Otro aspecto en el que las participantes estuvieron de acuerdo fue en la necesidad de incidir en las políticas públicas y, para ello, señalaron la importancia de participar en las mesas comunitarias que se llevan a cabo en los

territorios, con el objetivo de utilizar esos espacios como lugares de denuncia en los que poder compartir, tanto las vulneraciones de derechos, como necesidades detectadas desde los servicios de RDD que requieren ser cubiertas. Una de las participantes enfatizó en la necesidad de que los dispositivos de RDD sean un grupo de presión para las administraciones.

“ Es importante que a través de nuestras redes donde participamos, tanto entidades como administraciones, estemos presentes, porque al final hay un problema que excede nuestra motivación, nuestra capacidad técnica y son las políticas sociales y sanitarias y la inversión. Y cuando hablamos de exclusión es un mundo muy alejado de aquellos que toman las decisiones, por lo tanto, hay que acercárselo. Y ahí es fundamental que participemos en las redes de entidades, de incidencia política, para poder, porque está claro que los grupos de presión, aquellos grupos que han conseguido ser un grupo de presión, son los que luego al final consiguen que en las políticas sociales se les tenga en cuenta.”

Coordinadora y trabajadora social. Experiencia en Centros de día RDD, Housing First y Centros residenciales RDD en Valencia.

La actual instrumentalización e institucionalización de los movimientos sociales y asociativos por parte de la administración y, a la vez, de las entidades, fue una cuestión comentada por una de las participantes, la cual consideraba que este hecho dificultaba de forma sustancial que la comunidad ejerciera un rol activo en la intervención comunitaria y perpetuaba que únicamente fuera beneficiaria de los dispositivos de RDD.

AGENTES COMUNITARIOS

Los agentes comunitarios que fueron más mencionados por las participantes fueron las familias y las vecinas. Y, por el contrario, los señalados únicamente por una participante fueron las amistades, la pareja, los cuerpos policiales y la administración. Por lo tanto, ninguna de las participantes mencionó como agentes comunitarios significativos a: traficantes, comercios del territorio, otros dispositivos de RDD, centros culturales y comunitarios, agentes políticos e instituciones públicas.

Referente a las vecinas, varias profesionales destacaron la importancia de contar con ellas para hacer a la comunidad partícipe de la solución de sus problemas y, además, subrayaron la necesidad de dar respuesta a sus demandas, siempre y cuando sean legítimas, para poder establecer sinergias y relaciones de apoyo. Uno de los participantes, destacaba la complejidad de estas coordinaciones con las entidades vecinales, al mismo tiempo que, resaltaba de nuevo la necesidad de la existencia de estas.

“ No se puede verdaderamente desarrollar un trabajo comunitario sin contar con las entidades vecinales. [...] Hay que pensar que las entidades sociales tienen también que ver, igual que las vecinales, en cómo establecer espacios de diálogo y de trabajo conjunto. Y esto a veces es complejo porque los horarios y los tiempos de una persona profesional son muy diferentes de los de un vecino [...] La pregunta es cómo generamos espacios comunitarios donde puedan albergar las dos partes.”

Educador social. Experiencia como asesor en materia de drogodependencias y salud del ayuntamiento y participante de movimientos asociativos vecinales. Cataluña.

Con respecto a las familias, algunas profesionales, específicamente las de Cataluña, Valencia y Galicia, no las mencionaron como agentes imprescindibles en el trabajo comunitario en RDD. Por otro lado, otras profesionales identificaron la necesidad de incorporar una mirada sistémica al abordaje comunitario y, por ende, que las familias formasen parte de los procesos, desculpabilizándolas, pero a la vez responsabilizándolas de su papel para activar cambios en las personas usuarias de sustancias y romper tabúes y estereotipos que acaban influenciando en su autoestima y autopercepción. Además, uno de los profesionales, psicólogo en País Vasco, señaló como buena práctica el hecho de poder fomentar espacios de encuentro entre las familias y las personas usuarias en espacios comunitarios del territorio, como es el caso de los centros cívicos, para poder también incidir en la inclusión social de las personas, a la vez que, en la vinculación y acceso a servicios normalizados.

Por último, una de las participantes, que formaba parte de una asociación de familias afectadas por el uso de sustancias de un o una familiar, explicó cuál era su visión al respecto en primera persona y subrayó la necesidad de la creación de espacios de ayuda mutua entre familiares.

“ Por cada adicto, siempre habrá tres o cuatro familiares afectados y a veces la familia se ve relegada, a ser el sufridor en la sombra. En los grupos de autoayuda recuperamos nuestro sentido de dignidad, y valía, liberándonos de gran cantidad de sentimientos negativos, y es de gran ayuda para todos aquellos que sufren por la adicción a sustancias de un ser querido.”

Mujer. Vinculada a una asociación de familias afectadas por el uso de sustancias de un o una familiar en Castilla La Mancha

ESTIGMA Y SENSIBILIZACIÓN

Todas las participantes expusieron experiencias acerca de la discriminación y el estigma que sufren las personas por la condición de utilizar sustancias, sumado a la confluencia de otros ejes de opresión, por lo que fue un elemento de gran preocupación entre ellas y, a la vez,

generó un espacio para colectivizar herramientas y estrategias de denuncia y movilización.

Los dispositivos de RDD fueron destacados por algunas participantes como los lugares donde las personas usuarias de sustancias se sienten menos discriminadas. Asimismo, una de las participantes, antropóloga con experiencia en recursos de análisis de sustancias en Andalucía y País Vasco, reportó como buena práctica la aproximación a usuarias de sustancias a través de personas que también lo son o han sido usuarias de sustancias, apostando por la inclusión de peers en los equipos y, por lo tanto, fomentando la creación de vínculos horizontales.

“**Somos una asociación de consumidores y exconsumidores y eso es algo que dejamos claro, entonces ese prejuicio que una persona puede sentir por ser consumidora, en nosotros se diluye y se genera de repente un vínculo, que igual con otros agentes o la familia no se tiene.**”

Antropóloga. Experiencia en servicios de análisis de sustancias, género e interseccionalidad en País Vasco y Andalucía.

Por otro lado, los lugares más señalados por las participantes en los que se juzga, se rechazan, se estigmatiza y, por ende, se vulneran más los derechos de las personas que utilizan sustancias, son los servicios básicos de la red pública de salud. Algunas de las participantes afirmaron que estas vulneraciones de derechos eran reportadas por las propias personas usuarias y, de otras, habían sido ellas mismas testimonios al acompañar a las personas a consulta.

Por lo que refiere a las estrategias utilizadas delante de estas vulneraciones de derechos, todas las participantes estuvieron de acuerdo en la necesidad de denunciar estas acciones, interponiendo quejas formales y recogiendo toda la información respecto a la situación de discriminación vivida con el objetivo de recopilar, identificar y denunciar los lugares donde ocurren con mayor frecuencia. Una profesional subrayó la importancia de no normalizar este tipo de situaciones, siendo esenciales para la exigencia de una atención digna e igualitaria. Al mismo tiempo, también señaló a la pobreza y a la exclusión social, como ejes estructurales de opresión, que determinan de forma sustancial estas discriminaciones.

“**Tenemos que acostumbrarnos a que cuando se vulneren derechos de ciudadanos, por el simple hecho de ser un consumidor de drogas, hay que poner quejas, porque hay cosas muy sangrantes que yo creo que nos hemos acostumbrado a que pasen, se toleran. [...] Está como muy naturalizado que a alguien se le pueda echar de un recurso sin un motivo demasiado sólido, como también castigar o sancionar... Seguramente en esos centros y espacios comunitarios habrá mucha gente que consuma drogas. El**

problema, no solo sobre el consumo de drogas, es el consumo de drogas cuando se le suma un componente de pobreza o de exclusión social.”

Coordinadora y trabajadora social. Experiencia en Centros de día RDD, Housing First y Centros residenciales RDD. Comunidad Valenciana.

El análisis de discurso sitúa que algunas participantes consideraron que las personas usuarias de sustancias detectaban estas situaciones de discriminación y vulneración de derechos, mientras que otras enfatizaban que el propio autoestigma operaba como barrera para su identificación. Por lo tanto, consideraron que era necesario, por un lado, concienciar a las personas usuarias acerca de cuáles son sus derechos y, por otro lado, informarles de qué medidas legales pueden tomar cuando ven vulnerados estos. Además, algunas participantes también enfatizaron la necesidad de acompañar a las personas usuarias en las gestiones pertinentes de denuncia de las vulneraciones para garantizar que se respeten sus derechos. Una de las profesionales, educadora social con experiencia en equipos de intervención comunitaria en Barcelona, relata esta cuestión con las siguientes palabras.

“**A mí me da la sensación de que los usuarios son conscientes de estas vulneraciones de derechos. Solo hay alguno que normaliza más por autofustigamiento y por propia personalidad, diciendo cosas como: no me merezco nada más que esto”.**

Educadora Social. Experiencia en Equipos de Intervención Comunitaria y Centros de día RDD. Cataluña.

La comunidad vecinal fue señalada como un agente comunitario que presentaba un papel crucial en la facilitación u obstaculización de la convivencia en los territorios donde se encuentran los dispositivos de RDD. Por un lado, uno de los participantes, que había formado parte del equipo de gobierno del distrito y de movilizaciones vecinales, consideró que muchas veces había un gran número de vecinos que entendían la utilidad de los servicios de RDD y no estigmatizaban a las personas que usan sustancias; sin embargo, afirmó que los discursos de odio y discriminación, aunque suelen ser menos, acaban teniendo más peso. Por otro lado, la mayoría de profesionales, excepto aquellas que intervenían en País Vasco, estuvieron de acuerdo en que normalmente los vecinos y vecinas estigmatizaban a las personas usuarias de sustancias e incluso, tal y como señalaba una participante, se mostraban reacias a la existencia de dispositivos de RDD. Indicaron que este posicionamiento se sostenía en la tradicional argumentación de que la implementación de un servicio de RDD conlleva que esa zona se convierta en conflictiva y peligrosa, obviando la utilidad y efectividad de estos tanto para las personas usuarias de sustancias como para el resto de la comunidad.

“ Sigue siendo un drama para muchos vecinos el hecho de tenernos aquí en medio, lo típico de que se considera que por, la existencia del centro, está todo el consumo, el narcotráfico y demás. [...] Para todos los vecinos que se manifiestan en contra de la sala, a veces me gustaría poder cerrar el recurso de verdad una semana entera [...] a ver qué pasa, a ver si tan mal le vamos a la comunidad, pero bueno, hay algunos que no lo ven, y siguen siendo bastante reacios.”

Educadora Social. Experiencia en Equipos de Intervención Comunitaria y Centros de día RDD. Cataluña.

Únicamente una de las participantes, mujer no profesionalizada que forma parte de una asociación de familias afectadas por el uso de sustancias de Castilla La Mancha, afirmó que las familias también sufrían el estigma asociado al uso de sustancias, algo que les comportaba malestar y les generaba sentimientos como la culpa, la vergüenza, la frustración, la impotencia y el rechazo. Para hacer frente a esto, la participante subrayó la importancia de los grupos de autoayuda de familiares, en los que se facilitaba la liberación de estas emociones negativas y se generaban espacios de cuidados no profesionalizados basados en la comprensión y el respeto.

La estrategia más comentada por todas las participantes para hacer frente a esta discriminación y estigma fue la educación y la sensibilización. Los espacios mencionados por las participantes donde consideraban que era de mayor prioridad que se implementasen estas acciones fueron: los centros educativos y formativos, los servicios sanitarios, las futuras profesionales del ámbito sanitario y social, los centros culturales y comunitarios y las familias. Además, la mayoría de las profesionales subrayó la necesidad de empezar este trabajo de sensibilización por las propias profesionales que atendían en los dispositivos de RDD, las cuales también, según referían, presentaban actitudes discriminatorias y estigmatizantes. Una de las participantes, enfermera de un dispositivo móvil de la Comunidad de Madrid, destacaba la responsabilidad que recae sobre las profesionales y, por ende, la importancia de que estas presenten las capacidades de acompañar desde el respeto y el no juicio.

“ En Madrid es super notorio que, al final, desde los años 90, gobierne quien gobierne llevamos un retraso en políticas sociales, si nos comparamos siendo una gran ciudad. Entonces, al final, creo que quizá la estrategia más importante ahora mismo sería sensibilizar más a los profesionales, porque en el momento en el que estamos recae más en nuestra responsabilidad que a nivel político que no se está haciendo nada.”

Enfermera. Experiencia en dispositivos de RDD en Cataluña y Comunidad de Madrid.

Una de las cuestiones que apareció de forma espontánea en el desarrollo del grupo focal fue cómo había influenciado el reciente auge de discursos propios de la extrema derecha en el abordaje comunitario de la RDD. Las participantes que trabajaban en País Vasco refirieron no haber notado cambios. En cambio, algunas participantes, principalmente de Cataluña y la Comunidad Valenciana, reportaron haber detectado un crecimiento de estos discursos de odio hacia las personas usuarias de sustancias, categorizándolo como peligroso. Algunas participantes también expresaron haber detectado cambios a nivel institucional, entre ellos aumento de la presión policial alrededor de los servicios de RDD.

“ Pasar de un gobierno progresista de coalición a nivel municipal y también autonómico a un gobierno en el que participa con consejerías y con concejalías de Vox, pues sí que se ha notado. Si siempre hemos recibido cierta presión policial inadecuada y que ha habido que poner mucha barrera a que no se excedieran de lo que la ley les permite, esto lo teníamos un poco más controlado en los últimos años y ahora ha habido como un cambio y eso lo hemos notado.”

Coordinadora y trabajadora social. Experiencia en Centros de día RDD, Housing First y Centros residenciales RDD. Comunidad Valenciana.

OBSTÁCULOS Y PROPUESTAS DE MEJORA

Todas las participantes señalaron diversos aspectos, en los que confluyen múltiples procesos políticos, sociales y comunitarios, que simbolizaban obstáculos en el desarrollo de sus funciones comunitarias en los dispositivos de RDD. A la vez que también identificaron aquellas herramientas, acciones o programas que serían adecuados para revertir esos aspectos.

La desigual distribución territorial de los servicios de RDD fue señalada por las profesionales como posible motivo asociado a la migración de las personas usuarias de sustancias desde entornos rurales hacia las ciudades que sí cuentan con dispositivos de RDD. Este movimiento podría estar provocando una sobrecapacidad de personas usuarias en estos servicios. Asimismo, algunas participantes también indicaron que el hecho de que no haya dispositivos de RDD con menor capacidad distribuidos por diferentes municipios y que, en contraposición, existan, en la mayoría de ocasiones, grandes dispositivos situados en las zonas más marginalizadas de las ciudades, provocaba que un mayor número de personas se trasladasen a esas zonas, algo que acaba comportando tensiones con el resto de la comunidad, especialmente con las vecinas y mayor dificultad para la inclusión de estas personas en la comunidad. Un profesional lo describía de la siguiente manera.

“ A la hora de integrar el número es importante. Sería mucho mejor tener 15 centros pequeñitos que no tener uno enorme. Yo creo que, en este sentido, incluir a 30 personas a la vez será mucho más difícil que poder incluir a tres.”

Psicólogo y coordinador. Experiencia en Centros de día RDD, Centros de Tratamientos y prisiones. País Vasco.

La mayoría de participantes también identificó que otro de los obstáculos para la inclusión comunitaria de las personas usuarias de sustancias era su situación de sinhogarismo, dada la gran exclusión residencial a la que se enfrentan por el simple hecho de ser usuarias de sustancias. En consecuencia, las participantes destacaron que los espacios residenciales adecuados, especialmente el Housing First, suponen una mejora sustancial de la calidad de vida de estas personas, a la vez que facilitan que se reduzca el número de personas en situación de calle, y por ende, la acumulación alrededor de los dispositivos de RDD. Una de las participantes relataba las ventajas de los programas de Housing First.

“ Las posibilidades que abre, que una persona deje de estar en situación de calle, tenga un espacio digno de vivir, no digo que los centros no sean dignos, pero no tiene nada que ver estar conviviendo en un centro con no sé cuántas personas, que estar conviviendo con uno o dos compañeros en un piso. [...] Por lo que, creo que es una clave para la inclusión comunitaria tener espacios pequeños y normalizados dentro de la ciudad.”

Coordinadora y trabajadora social. Experiencia en Centros de día RDD, Housing First y Centros residenciales RDD. Comunidad Valenciana.

El obstáculo mayormente reportado entre las participantes fue la falta de independencia económica de los dispositivos y, por consiguiente, la dependencia a las administraciones públicas, que, según las participantes, implicaba la necesidad de seguir unas directrices que normalmente no parten de las necesidades de las personas usuarias de sustancias, sino de los intereses políticos del momento, como es el caso, anteriormente comentado, de las funciones de control social y normativo. Por ello, la mayoría de profesionales identificó grandes dificultades estructurales, causadas por la falta de recursos económicos, profesionales y materiales, que dificultaban la intervención, provocando que las profesionales realicen funciones que no les pertocan, que haya largas listas de espera en recursos especializados (como es el caso de salud mental), que se cronificasen las situaciones por dificultades para realizar actuaciones preventivas, que no se escuchasen las demandas y necesidades expresadas por las profesionales y que cada vez primasen más las intervenciones asistencialistas por encima de aquellas que tienen por objetivo tener una incidencia a medio/largo plazo.

“ Para los financiadores, la inclusión social por lo general tiene menos peso que no haya líos, que no haya problemas y que los ciudadanos que votan estén contentos, por lo tanto, nos ven como un mecanismo de control social y lo somos. A partir de ahí, cada centro y cada profesional, pueden ver cómo utilizar el sistema que tenemos, que es el que es, en favor de las personas que están en situaciones de más vulnerabilidad. Creo que eso también es una baza que tenemos que aprender a jugar, que es una lucha del día a día, pero que creo que es interesante que no caigamos tan poco en el pesimismo, que realmente tenemos pocos medios, pero los que tenemos pueden ser muy potentes y hay que intentar que lo sean, porque es lo que hay.”

Coordinadora y educadora social. Experiencia en Unidad Móvil RDD y en Centro de día RDD. Galicia.

Una de las participantes, antropóloga con experiencia en dispositivos de análisis de sustancias en Andalucía y País Vasco, identificaba que ciertos colectivos presentaban un mayor número de barreras de acceso para vincularse a los servicios de análisis de sustancias debido a los ejes de opresión que les atraviesan y a la falta de adecuación de los espacios, entre estos se encontraban: las personas con diversidad funcional, física y/o psicológica, las personas racializadas, las personas pertenecientes al colectivo LGTBIQA+ y las personas mayores de 50 años. Asimismo, ella también identificaba las leyes prohibicionista en materia de sustancias como otro de las causantes de estos obstáculos.

“ Y opino que a la gente que no le interfiere el consumo o cree que no le interfiere, porque las drogas lícitas también son drogas, cuesta mucho salir de esa perspectiva. Y al final, la mayor persecución son las políticas actuales que hay en base a las drogas. Entonces, mientras eso tampoco se vaya modificando, va a ser difícil también llegar a otros sectores de la población.”

Antropóloga. Experiencia en servicios de análisis de sustancias, género e interseccionalidad. País Vasco y Andalucía.

Varias participantes destacaron la elevada carga asistencial existente en los dispositivos de RDD derivada de un sistema capitalista e individualista que prioriza las intervenciones individuales y asistencialistas por encima del trabajo comunitario y grupal, dificultando que el impacto de las acciones tenga repercusiones a medio y largo plazo tanto para las personas usuarias como para el resto de la comunidad. Asimismo, una de las participantes, también identificó como dificultad para poder realizar un abordaje comunitario adecuado el gran número de intervenciones urgentes que se realizan.

“ Contabilizar cuántos bocadillos damos no tiene nada que ver con hacer una intervención que tenga una incidencia a medio largo plazo. Pero esa parte también cuesta hacerla entender y hay que introducirla en las políticas sociales, hay que seguir trabajando para eso, porque si no, entramos en una debacle de número que no tienen detrás nada, más que número. Además, creo que muchas veces en el ámbito que trabajamos, la reducción de daños en concreto, hemos estado siempre muy focalizados en el trabajo directo [...] y creo que lo estamos remediando en los últimos años, pero creo que es algo que no tenemos que olvidar nunca por la urgencia, hemos estado mucho en la urgencia y es muy importante que haya una doble vía, de trabajar con la realidad social, pero de estar presente en los espacios de incidencia política.”

Coordinadora y trabajadora social. Experiencia en Centros de día RDD, Housing First y Centros residenciales RDD. Comunidad Valenciana.

Las limitaciones y obstáculos para aplicar la perspectiva de género en los servicios de RDD únicamente fueron mencionados por una de las participantes, la cual consideraba fundamental preguntar a las propias mujeres usuarias cómo influye el género en el uso de sustancias, qué estereotipos están asociados y cómo ellas han interiorizado o no estos, con el objetivo de comprender mejor de qué forma los servicios deben adoptar distintas medidas encaminadas a reducir el androcentrismo.

“ Nuestro trabajo en perspectiva de género aún está bastante limitado y estamos en el progreso de cada vez ir incluyendo más, como que nos atravesase más el género, no solo a las trabajadoras, porque al final lo que va interno se proyecta en el externo, pero también en el propio trabajo de la asociación. Por ahora, cuando nos encontramos en la furgoneta con un par de mujeres que han venido a analizar, intentamos incidir en otros aspectos para ver cuál es su cosmovisión del porqué del consumo y como ellas lo integran o lo interiorizan.”

Antropóloga. Experiencia en servicios de análisis de sustancias, género e interseccionalidad en País Vasco y Andalucía.

Por último, hubo algunos aspectos que fueron comentados por las participantes, pero no se llegó a profundizar en ellos, pese a la gran importancia que presentaban. En primer lugar, aunque las participantes estaban de acuerdo con la necesidad de que la comunidad no sea únicamente el contexto de la intervención, sino que adquiera un rol protagonista, considerándose el actor central de la intervención, ninguna de ellas concretó que acciones se podrían llevar a cabo para iniciar este cambio de modelo y, además, la mayoría situaba este modelo como algo utópico debido a las limitaciones estructurales y a las presiones asistenciales. Y, en segundo lugar, ninguna de las participantes mencionó cómo influenciaban ejes de opresión tales como la clase social, la situación administrativa y la salud mental en las intervenciones comunitarias realizadas y en las posibilidades para adaptarse, integrarse y/o formar parte de la comunidad.

3.8. REDUCCIÓN DE DAÑOS Y SINHOGARISMO

AUTORA: JOSEP LLUÍS SALVADÓ SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN

La reducción de daños es un abordaje que interrelaciona en la actualidad directamente con una gran parte de la población que se encuentra en situación de calle o que no dispone de un techo estable. En el estudio inicial de Reducción de daños en el siglo XXI, fase diagnóstica de la UNAD, se pudo ver que hay un gran incremento de las personas que usan sustancias en situación de sinhogarismo, a la vez esta realidad convida con que la exclusión de las personas usuarias de sustancias en la red de sinhogarismo y acompañamiento social. Además, se evidenció que las mujeres usuarias de sustancias en activo sinhogar y víctimas de violencia de género quedaban en una situación de completa desprotección al ser excluidas de los servicios de la red de protección a víctimas de violencia de género.

Por estos factores citados anteriormente se vio la necesidad de investigar de manera más profunda al perfil de personas en situación de sinhogarismo, el acompañamiento que se ofrece y que la identificación de elementos de mejora.

Con el objetivo de extraer la información posible se exploraron estos temas que afectan directamente o indirectamente al sinhogarismo.

Fue fundamental la participación de profesionales de comunidades autónomas que sabemos que trabajan con este perfil de población, al igual que otras (pocas) comunidades autónomas que no disponen de recursos. Respecto a las que no disponen de recursos, el foco investigador se colocó en cómo afrontan sus jornadas laborales con personas sin hogar con limitaciones estructurales e institucionales.

MÉTODO

Es importante destacar que en el estudio utiliza la terminología de Centros de Primera Acogida para aquellos dispositivos que se conocen popularmente como albergues.

Los criterios de selección de participantes del presente Grupo Focal (GF) contemplaron que la persona fuese profesional del campo de la RDD y con experiencia laboral superior a 3 años en acompañamiento a personas usuarias de sustancias legales y/o ilegales en situación de sinhogarismo en el territorio estatal. Se procuró que las participantes además presentasen experticia en otros campos que interseccionan con este fenómeno tales como salud mental, salud orgánica y/o migración.

Se garantizó representatividad en diversidad de: género, de territorios nacionales, de perfiles profesionales de la rama social y de salud, y de tipología de dispositivos de reducción de daños que acompañan a personas en situación de sinhogar.

La elaboración de la guía temática del GF se realizó a partir de los resultados de diagnósticos de la primera parte de la presente investigación y los resultados obtenidos en el cuestionario individual. Fue revisada tanto por la investigadora coordinadora del estudio como por la experta en materia de género.

El GF fue dinamizado por el investigador experto en sinhogarismo. Contó con la observación tanto de la profesional técnica de UNAD como de la coordinadora de la investigación. Fue telemático. La duración total fue de 2 horas.

En total participaron 9 personas profesionales expertas en población de sinhogarismo y adicciones con experiencia en sectores como salud mental, patologías orgánicas, migración, etc. Del listado inicial de 11 participantes, una profesional del País Vasco desestimó la participación sin aportar motivos y una profesional de larga trayectoria en un servicio de atención a personas en situación de exclusión social de la ciudad de Barcelona, rechazó la participación por motivos laborales.

Se pudo disfrutar de la participación de profesionales de diferentes territorios como (Madrid, Islas baleares, País Vasco (Vizcaya), Cataluña (Barcelona), Andalucía (Sevilla), Valencia. Durante el reclutamiento se pudo evidenciar que en algunas comunidades autónomas no existen programas que atiendan a la población diana (personas sin hogar con una mirada de reducción de daños) siendo una dificultad garantizar la representación territorial.

De las 9 participantes era importante incluir todo tipo de perspectiva, por ello la gran importancia de conseguir una equidad en tanto al género. Se hizo visible la propia feminización de este sector profesional situando la participación en 3 hombres y 6 mujeres.

RESULTADOS

MODELO DE ATENCIÓN AL SINHOGARISMO Y PERSONAS QUE UTILIZAN SUSTANCIAS

En la primera pregunta inicial sobre si existía una buena atención en reducción de daños a las personas sin hogar en consumo activo, todas las participantes coincidieron que no existía una voluntad política real orientada

a la paliación o erradicación del sinhogarismo de las personas usuarias de sustancias en su territorio. Se ejemplificó referenciando que los centros de primera acogida o centros residenciales que daban cobertura a la población que vive en calle no aceptaban a personas usuarias de sustancias. Todas las participantes reportaron como principal barrera de acceso a estos dispositivos la propia condición de adicción, señalándola como una grave vulneración de derechos básicos y discriminación hacia las personas que utilizan sustancias sinhogar. Una participante señaló que los recursos disponibles para personas sinhogar eran insuficientes, observando que uno de los cribados que se aplican para el acceso era rechazar a las personas que utilizan sustancias.

“**Las políticas existentes hablan que los recursos para personas sin hogar son suficientes, pero luego ves a la gente consumiendo en la calle y los alberges saturadísimos.**”

Técnica de integración social Entidad de salud mental. Andalucía.

Las personas profesionales que trabajaban en la ciudad de Barcelona expresaron que las personas en situación de calle eran rechazadas específicamente en los centros de acogida de primer nivel o centros residenciales cuando presentaba un uso activo a sustancias ilegales. Pero sí que coincidían con otras participantes de diferentes comunidades autónomas (Cataluña, Andalucía, País vasco, Comunidad de Madrid e Islas baleares) que detectaban grados en la exclusión según la principal sustancia que utilizaba la persona, indicando que el alcohol presentaba mayor aceptabilidad respecto a las sustancias ilegales. Indicaron que se detectaba una lógica del merecimiento donde el uso de sustancias ilegales ocupa el último escalón del sinhogarismo. Una participante ejemplificó esta situación señalando que, en la ciudad de Bilbao, existía un recurso que dispone de una sala en su recinto para el uso de consumo de alcohol, pero en ningún caso de sustancias ilegales

“**No hay políticas que favorezcan, todo lo contrario las políticas existentes dificultan siempre, además promoviendo estigmatización. La reducción de daños es como algo muy inexistente.**”

Técnica de integración social; Entidad de salud mental. Andalucía.

Otra barrera de acceso que fue reportada de las personas usuarias a la red de sinhogarismo se enmarcó en la burocratización de la accesibilidad a este tipo de servicios básicos. Independientemente del territorio representado, todas las personas participantes expresaron malestar e impotencia ante la coincidencia que las personas que se encuentran en situación de sinhogar y necesitan acceder a un techo se ven obligadas a disponer de un trabajador social, que será quien ejecute esa derivación.

Esta condición fue situada como de alta exigencia para la población del estudio, indicando que para las personas que viven en la calle resulta ser verdaderamente difícil vincularse con la figura de trabajador social como agente derivador. Añadieron además que esta barrera veía agravada con la propia sobresaturación de la red básica de servicios

Otro ejemplo de burocratización reportado por las participantes fue la implementación en algunas grandes ciudades (Barcelona, Sevilla, Madrid y Bilbao) de lo que se denomina *Comisión de Sinhogarismo*, órgano destinado a cribar las candidaturas y regular el acceso de las personas sinhogar a dispositivos de primera acogida. Su funcionamiento fue descrito como un proceso que se inicia cuando la persona sinhogar expresa a un/a trabajador/a social que necesita un techo. Una vez recibida esta demanda, que en la mayoría de los casos debe ser expresada de forma explícita, la persona profesional realiza la recogida de datos individual (sociodemográficos, salud, familia, tiempo de sinhogarismo, vinculación con otras redes) y emite un informe social que será entregado a la comisión en cuestión. La comisión a partir de este informe de grado de vulnerabilidad, como si la condición de sinhogar no fuese suficiente motivo para solicitar acceso a un centro de primera acogida, y sin conocer directamente a la persona derivada, se reúne y asigna un recurso que aparentemente es el que presenta mejores características de adecuación para la persona sinhogar. Los encuentros de esta comisión se realizan periódicamente, y están compuestos mayoritariamente por profesionales de la red de sinhogarismo, siendo nula la presencia de profesionales de la red de RDD y adicciones.

Es importante valorar que en este apartado se generalizó la vulnerabilidad de las personas que usan de drogas y se encuentran en situación de sinhogar, pero no se hizo alusión a los diferentes riesgos que padecen las mujeres CIS y Trans. En el GF no se profundizó sobre la importancia del acceso prioritario de las mujeres para acceder a centros de primera acogida tema que hubiera sido interesante de analizar.

Las participantes indicaron que es habitual que este funcionamiento ocasione que la persona sea derivada a dispositivos que no se adecuan a sus necesidades y posibilidades reales, abocando a la persona al fracaso del proceso, señalándole de forma implícita como responsable de su incapacidad de adaptación y optimización del recurso asignado y provocando inevitable regreso a la calle.

Todas las participantes señalaron de forma preocupante que, además, esta Comisión no acepta a las personas que utilizan sustancias ilegales. Una profesional participante que realizaba funciones de trabajadora social en un centro de RDD en Barcelona señaló, en tono de queja y frustración, que en varias ocasiones esta comisión había hecho caso omiso a sus informes y valoraciones,

afirmando de forma contundente que no existía una red de coordinación entre la red de sinhogarismo y las profesionales que realizan atención directa a las personas en situación de calle y con adicciones.

“Cada vez hay menos recursos para estas personas, por lo que son cada vez más estrictos.”

Trabajadora social con experiencia en centro de reducción de daños. Cataluña.

En relación al acompañamiento de las personas sinhogar que viven en la calle se observaron diferencias según el territorio estatal. Personas profesionales de Barcelona reportaron que en esta ciudad disponían de equipos comunitarios multidisciplinares específicos de RDD cuyas funciones eran detectar y realizar acompañamiento psicosocial diario desde la propia vía pública a la población sinhogar que utiliza sustancias legales y/o ilegales.

También indicaron que esta ciudad disponía de un equipo comunitario que realiza acompañamiento específico en salud mental y sinhogarismo, constituido por una profesional psiquiatra y una enfermera. Las participantes que no eran de Barcelona valoraron muy positivamente este proyecto. Señalando y basando su necesidad de incorporación en atribuir a este grupo poblacional el de mayor vulnerabilidad.

Las participantes de Barcelona que conocían dicho proyecto explicaron que muchas veces este equipo comunitario había atendido a personas que padecían trastornos mentales severos, y que gracias a su acompañamiento algunas de ellas habían podido ser derivadas e ingresadas en unidades específicas. Reportaron este recorrido como una buena práctica para mejorar el estado de salud de la persona y la adherencia al tratamiento farmacológico. Ensalzaron que incluso en situaciones donde los hospitales no disponían de recursos suficientes para el ingreso, habían diagnosticado a la persona, elemento esencial para poder dar continuidad al plan terapéutico de forma ambulatoria desde los centros de RDD.

Otras ciudades como Menorca, Valencia, Sevilla, relataban que no disponían de equipos de calle, por lo que se producía una mayor visibilización de la de esta población. Coincidieron que en sus territorios era habitual la presencia de pequeñas chabolas que quedaban totalmente desatendidas por parte de la administración. La participante de Madrid indicó que esta ciudad disponía únicamente de dos equipos de calle destinados a la atención del sinhogarismo, algo que llamó la atención del resto de participantes dado que se trata de una ciudad con mucha población y recursos.

Las participantes de Barcelona y Bilbao reportaron la existencia de salas de consumo supervisado, relacionado estos dispositivos como servicios de atención a las personas en calle usuarias de sustancias. Las participan-

tes del resto de territorios (Sevilla, Madrid, Valencia, Islas Baleares) reportaron su inexistencia y situando como un elemento de necesidad urgente la implementación de estas en sus localidades.

La persona participante de Madrid matizó que en la actualidad la ciudad disponía de dispositivos residenciales de atención al sinhogarismo que integraban una sala de reducción de daños en la cual se permitía el consumo de alcohol, pero en ningún caso el uso de otras sustancias ilegales. La participante valoró que desde la incorporación de esta prestación estos centros residenciales han dado un salto cualitativo en cuanto a implementación de programas de RDD en la ciudad. Tal y como se muestra en la siguiente cita la persona participante realizó una valoración en relación a la reducción de mortalidad de esta población relacionándolo con el uso de estos espacios de consumo de alcohol

“Hablé con una trabajadora de San Isidro y me dijo que desde que tenía la sala de reducción de daños directamente estaba salvando vidas.”

Responsable de Programa de atención a personas sin hogar. Comunidad de Madrid.

La mayoría de participantes de este GF reportaron que los recursos en los que trabajaban sí que permitían el acceso de la persona si se encontraban bajo los efectos de cualquier tipo de sustancias. Todas las personas participantes describieron ejemplos de modelo escalera como sistema hegemónico de atención al sinhogarismo en sus territorios, donde la persona debe ser merecedora del derecho básico de disponer techo. Las personas participantes coincidieron que la situación de las personas usuarias de sustancias que viven en la calle era de alta vulnerabilidad, indicando que no solo se presentaban dificultades individuales sino también estructurales. Señalaron su preocupación sobre la alta exigencia que supone la abstinencia como condición de acceso y permanencia para este colectivo. A pesar que las participantes eran conocedoras de las alternativas al modelo escalera, indicaban que parecía una imposición del propio sistema seguir reproduciendo este modelo, señalando incluso la incorporación de elementos de mayor sofisticación, tales como, las anteriormente citadas comisiones o la exigencia de compromiso y cumplimiento de un plan de trabajo previo. Un profesional de Madrid indicaba en relación a estos planes de trabajo individuales previos, todavía estando la persona en situación de calle, que se orientaban precisamente a que abandone el uso de sustancias, alejándose completamente de miradas donde el uso de sustancias se sitúa como estrategia de afrontamiento a la propia condición de vivir en la calle y/o a la posible/s experiencia/s potencialmente traumáticas asociadas.

“ **Lo primero que vamos a trabajar contigo es que dejes de consumir.**”

Responsable. Programa de atención a personas sin hogar. Comunidad de Madrid.

Algunas de las participantes de otras ciudades como Sevilla, Madrid, Valencia, Menorca, Barcelona y Bilbao comentaron la preocupación ante la falta de medidas preventivas del sinhogarismo en personas que utilizan sustancias, y, la consecuente frustración profesional operando bajo la lógica de gestión del problema una vez ya este se había generado.

“ **Nuestros programas son para paliar el problema que hay no para prevenirlo.**”

Responsable asociación que acompañan a personas en exclusión social. País Vasco.

Otro aspecto que fue señalado como potenciador de la vulnerabilidad de las personas sinhogar usuarias de sustancias, fue cuando a esta realidad se añadía no disponer de documentación identificativa. Este perfil de personas fue señalado como el más perjudicado por parte del sistema de atención a personas en situación de exclusión social, ya que para poder acceder a él era necesario disponer de documentación y después de ello empadronarte. Esta situación descrita era puerta giratoria de negativas para poder acceder a los servicios de la red sinhogarismo de mayor autonomía. Expresaron que estas personas a la práctica únicamente eran atendidas en las urgencias hospitalarias y con planes de trabajo a corto plazo, ya que la temporalidad de los recursos y a los que pueden acceder eran de corta estada. Además, en el caso que la persona no dispusiese de un documento reglado nunca podría recibir ningún tipo de acompañamiento de medio o largo recorrido.

LA UBICACIÓN DE LOS SERVICIOS

Las participantes comentaron que inicialmente todos los centros residenciales y/o centros de primera cogida se ubicaban en los barrios más desfavorecidos de las ciudades, pero que progresivamente, se fueron trasladando a zonas residenciales de clase más altas, como era el caso de Barcelona, donde explicaron que existe un centro de primera acogida en el barrio de poder adquisitivo más alto. En cambio, los centros de día de reducción de daños (con o sin sala de consumo) mayoritariamente se localizaban dónde están los puntos de venta y de consumo.

Las participantes reportaron que los dispositivos de primera acogida a personas sinhogar, al igual que los

centros de día de reducción de daños, no quedaban exentos del fenómeno NIMB habitual de los servicios de la red de RDD. Mayoritariamente no presentaban aceptabilidad en el entorno comunitario, ejemplificando que en muchas ocasiones habían sido testimonios de protestas proclamando su cierre. Además, indicaron que estos servicios en el momento de su apertura seguían provocando un gran rechazo por parte de la comunidad vecinal inmediata, debido a que se les atribuía elementos relacionado con la delincuencia, la criminalidad y la inseguridad. Las participantes coincidieron que en general las personas jóvenes presentaban comportamientos y actitudes más integradoras que las personas de mayor edad.

El grupo propuso como estrategia para paliar estos impactos negativos aumentar la participación e implicación de la comunidad, realizando: puertas abiertas de los centros y espacios y actividades compartidas con comunidad y vecinas. Aun así señalaron que indudablemente la actividad que mayor impacto implicaba en la relación con la comunidad era el consumo de las personas en las inmediaciones de los servicios.

SINHOGARISMO, GÉNERO Y REDUCCIÓN DE DAÑOS

Todas las compañeras del GF de los territorios representados en Cataluña, Andalucía, País Vasco, Comunidad valenciana, Comunidad de Madrid e islas Baleares mostraron preocupación por la realidad de las mujeres y/o población LGTBIQ+ usuaria de sustancias que se encuentra en situación de calle debido a que la gran mayoría de espacios de RDD se encuentran hipermasculinizados, generándose un contexto donde las mujeres no se sentían seguras, y que reproducía el propio ambiente de inseguridad y desigualdad de la calle.

“ **Las entidades cada vez tienen más perspectiva de género, pero los espacios son masculinizados.**”

Responsable asociación que acompañan a personas en exclusión social. País Vasco.

A nivel estatal, las participantes únicamente reportaron la existencia de dos servicios residenciales que atendían a mujeres en situación de calle y uso activo de sustancias. Uno estaba ubicado en la ciudad Madrid y el otro en la ciudad de Barcelona. De estos dos dispositivos, únicamente el catalán reportó presentar experiencias específicas de atención y acompañamiento. Tal y como se observa en la siguiente cita un profesional participante de Madrid indicaba con preocupación la absoluta invisibilidad que sufría el colectivo LGTBIQ+ que se encontraba en situación de sinhogar.

“ Ni siquiera para las organizaciones que defienden los derechos del colectivo LGBTQ+ no saben que hay personas sin hogar y que precisamente hay personas a esa situación de calle precisamente por esa condición.”

Responsable programa de atención a personas sin hogar. Comunidad de Madrid.

Otro aspecto de gravedad que destacaron todas las participantes con sentimiento de enfado fue la ausencia de servicios que ofreciesen protección de urgencia o de media estancia a las mujeres en uso activo de sustancias que habían sido víctimas de algún tipo de agresión grave, tanto física como sexual reciente. La condición para poder garantizar su seguridad estaba supeditada a la abstinencia previa o aceptar el compromiso a ingresar y sostener un programa terapéutico orientado a la abstinencia. Las participantes reportaron que la justificación que recibían por parte de los servicios de protección a las víctimas de violencia machista era que estos espacios eran *libres de drogas*. Debido que no existía una línea definida de atención a este grupo de mujeres en concreto, las participantes señalaron que en muchas ocasiones es la propia red de RDD y/o sinhogarismo donde acaba recayendo el propósito de protegerlas.

Las participantes de Sevilla y Cataluña comentaron que las profesionales de los servicios que atienden a personas en consumo activo cada vez están más formadas en perspectiva de género, pero en ningún caso hablaron que tipo de formación específica tienen de sobre esa temática, sino que lo unificaron con ese título. Hubiera sido interesante saber que formaciones han recibido respecto al género en los diferentes dispositivos.

ESTADO DE SALUD ORGÁNICA Y MENTAL

La participación de un médico internista y de una médica psiquiatra en el GF propició profundizar sobre el estado de salud de las personas usuarias de sustancias en situación de sinhogar.

En relación a la salud mental, la profesional especialista refirió que se trataba de un grupo población atravesado por múltiples intersecciones: uso de sustancias, experiencias traumáticas, soledad, aislamiento social, exclusión... Estas condiciones dificultaban un control regular de su estado de salud mental, precipitándose la desestabilización clínica. Indicó que las características que presentaban estas personas habitualmente requerían de ingresos en unidades de agudos o de media estancia si se pretendía estabilizar la clínica.

Lamentablemente las participantes reportaban que la realidad en la que se encontraban en su práctica diaria era que habitualmente las personas usuarias de sustan-

cias al acceder a los servicios de urgencias psiquiátricas hospitalarias eran altas tempranamente, orientándose como sintomatologías inducidas por el uso de sustancias y quedando excluidas de la posibilidad de ingreso. Reportaron que en las escasas ocasiones que se producía el ingreso, estos eran de corta duración. Para aquellas personas usuarias que finalmente se le había valorado el ingreso de larga estancia se había exigido un plan de alta, del que se esperaba un ingreso en desintoxicación o derivación a recurso de techo.

Ambas condiciones solían presentarse de alta exigencia para esta población cuyos objetivos terapéuticos se orientaban a una disminución del consumo. Desde algunas comunidades autónomas como Cataluña, Andalucía, País Vasco, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana e Islas baleares incluso se reportó que el hecho de no disponer de documentación había sido un factor excluyente para ingresar en servicios residenciales de larga estancia de salud mental.

En el GF no se exploró la prevalencia de ciertos diagnósticos clásicamente atribuidos en función del género. Este análisis hubiera sido importante de hacer para detectar ciertas psicopatologías que de forma habitual se asignan con mayor frecuencia a la masculinidad y femineidad heteronormativa, ya que esta tendencia puede llegar a llevar a falsos o erróneos diagnósticos.

Respecto al estado de salud orgánica que presenta la población sin hogar y con consumo de sustancias psicoactivas una médica reflejó lo siguiente.

“ La situación de salud en personas que están en la calle sin consumir ya es mala, si a esto le sumas sustancias y las vías de consumo, que tienen una afectación negativa, su situación orgánica es mucho peor.”

Médica. Centro de reducción de daños. Cataluña.

Esta participante resaltó con insistencia la importancia de situar al paciente en el centro de la atención, descentralizando la mirada constantemente en el uso de sustancias, entendiendo que este forma parte de su vida y, que posiblemente, esta persona no quiera abandonarlo. Hizo hincapié en que la respuesta que no debería seguir siendo inducir a la persona a pasar a terapias represivas, a pesar de ser el escenario más habitual.

Ambas participantes médicas coincidieron con la valoración de la médica psiquiatra en cuanto a la necesidad de estar el máximo de tiempo hospitalizadas para la estabilización y recuperación de las posibles patologías, tanto psíquicas como orgánicas, si se pretendía una mejora real del estado de salud. Ellas mismas reportaron que en los hospitales estas personas son discriminadas e infra tratadas por las supuestas dificultades de manejo de estos pacientes que le suponen a los equipos profe-

sionales. Como propuesta de mejora se señaló la necesidad de ampliación de la atención médica comunitaria. Las opciones de flexibilidad que ofrecía este abordaje fueron señaladas como adecuadas por parte de las participantes. Esto fue ejemplificado con la siguiente cita.

“ Este tipo intervención se realiza en el ámbito de seguridad de la persona, donde la persona se siente cómoda, fumando o incluso consumiendo. Algo que en el hospital ni se contempla.”

Médica Internista. Cataluña.

Un aspecto que sí fue resaltado por todas las participantes fue el difícil acceso al tratamiento farmacológico en el que se encuentra este colectivo. En la mayoría de los casos no se disponían de medios económicos suficientes para poder asumir el coste de la pauta farmacológica. Participantes de la ciudad de Barcelona relataban que servicios que pertenecían a la administración pública y algunos del tercer sector se hacían cargo puntualmente del coste de estos medicamentos de las personas que residen en vía pública. A pesar que los recursos eran insuficientes y el acceso también se encontraba burocratizado, no ofreciendo respuestas efectivas en situaciones de urgencia.

“ La salud de las personas se va deteriorando cada vez más ya no porque no quieran tomar la medicación o la calle no sea el sitio más idóneo para seguir un tratamiento si no porque no tienen acceso a ese tratamiento.”

Responsable asociación que acompañan a personas en exclusión social. Eusakdi.

LA RED BÁSICA DE SERVICIOS

Durante el GF se relataron diferentes situaciones de grave discriminación que habían sufrido las personas sin hogar que presentaban un uso problemático de sustancias cuando entraban en contacto con la red básica de servicios. Se detectó mayor número de ejemplos y de mayor vulneración de derechos en la red básica de atención de salud y salud mental. Las participantes coincidieron que esta red ofrecía en muchas ocasiones a estas personas una atención de menor calidad o directamente eran excluidas de atención, atribuyéndoles de antemano un comportamiento inadecuado por el hecho de ser usuarias de sustancias y pobres.

“ A los profesionales no les gustan estos pacientes, se sienten más cómodos con gente que no consume.”

Médica. Centro de reducción de daños. Cataluña.

En el GF no se profundizó sobre las situaciones de exclusión o estigmatización que padecen las personas consumidoras de drogas en su vida diaria, pero no llegamos a distinguir las por género. Hubiera sido una muestra más representativa si se hubiera tenido en cuenta el sesgo de género, además de aportarnos una información más profunda y detallada.

En el caso de servicios de salud mental de urgencias las participantes hicieron hincapié en que a estas personas se les asocia de forma directa la sintomatología psiquiátrica al propio consumo de sustancias, no recibiendo una exploración en profundidad de su estado de salud mental.

“ Al indigente que se presenta en urgencias psiquiátricas sin ningún tipo de soporte... no sé... es como mucho más fácil que se le atribuya todo al cuadro tóxico.”

Psiquiatra. Equipo comunitario de salud mental. Cataluña.

Una de las profesionales participantes señaló que esta discriminación se ve intensificada cuando las personas usuarias de sustancias en situación sin hogar además presentan algún tipo de diversidad funcional. En su relato se observó la exigencia de abstinencia para poder acceder a un trámite básico como sería la valoración del grado de discapacidad.

“ En el caso de personas que tienen una discapacidad evidente, algún tipo de retraso intelectual cognitivo etcétera... Hemos llegado después de muchas gestiones y muchos trámites a la puerta de la diputación foral para que le vea y hacerle una la valoración. Y te dicen que no pueden hacer una valoración de la discapacidad porque está en consumo activo. Entonces hasta que no lleve X tiempo con un tratamiento para dejar de consumir no la pueden valorar.”

Responsable asociación que acompañan a personas en exclusión social. País Vasco

La mayor parte de participantes estuvieron de acuerdo en que actualmente existía una mala coordinación entre la Red de Salud Mental y la Red de atención a las Drogodependencias, especialmente cuando se trataba de personas en situación de calle. Las participantes relataron que se trataba de situaciones de alta complejidad y que observaban que ninguna de las dos redes está cómoda con esta condición, produciéndose un traspaso de los casos constante. Se señaló como situación habitual que esta población recibiese una atención de menor calidad

o directamente quedase desatendida en la red de salud mental, y por lo tanto, la red de atención a las drogodependencias asumiese su acompañamiento, a pesar de presentar problemas graves de salud mental y quizás el uso de sustancias operar simplemente como síntoma. Como consecuencia final la persona recibía una atención fragmentada, en lugar de un acompañamiento que combinase la especialidad de ambas redes.

Tras el análisis del relato de las participantes se pudo extraer que no existía una buena coordinación en entre ambas redes. Incluso específicamente en las personas diagnosticadas de patología dual no se pudo identificar a cuál de las dos redes verdaderamente correspondía su atención y acompañamiento. Esta situación provocaba que la persona deambulase en un limbo asistencial, recibiendo la violencia institucional correspondiente a este propio hecho. La participante del territorio de Sevilla aportó que en los espacios que se trabaja con patología dual las profesionales que dan atención directa no están suficientemente preparadas y hay una gran falta de formación en población sinhogar.

A lo largo del desarrollo del GF se observaron diferencias entre las características de las profesionales que acompañaban a personas sinhogar que utilizan sustancias. Algunas participantes expresaron convivir en su práctica diaria un elevado número de personas profesionales pertenecientes a la red básicas de servicios (incluida la red de sinhogarismo) que presentaban experticia en temáticas concretas (salud mental, género...) pero

cuya formación es insuficiente en materia de reducción de daños y adicciones si se pretendía ofrecer un acompañamiento de calidad a este colectivo. Además, algunas participantes señalaron convivir también en su día a día con personas profesionales que presentaban resistencias a ampliar servicios o programas a personas usuarias de sustancias, volviéndose a repetir en sus discursos el atributo de que se trata de personas complejas, inadecuadas y que generaban incomodidad. Estas situaciones dentro del propio colectivo profesional ejemplificaban una vez más la elevada discriminación que vive este colectivo.

Un tema que no se abordó en el GF y que atraviesa de manera interseccional a gran parte de las personas con adicciones que se encuentran en situación de sinhogar, son las coordinaciones con la red de infancia. Aprovechando que disponíamos de profesionales graduadas en trabajo social, hubiera sido muy relevante haber tratado este punto y bajo su experiencia comentarnos qué tipo de gestiones realizan con la red de infancia, además de explicarnos como estas coordinaciones afectan a las personas consumidoras con adicciones. El no centrarse en este punto denota que la red de infancia en la reducción de daños aún sigue invisibilizada.

3.9. REDUCCIÓN DE DAÑOS Y ALCOHOL

AUTORA: JOSEP ROVIRA GUARDIOLA

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la salud pública y el acompañamiento a social, la reducción de daños ha estado históricamente asociada con la prevención de enfermedades infecciosas y sobredosis vinculadas al consumo inyectado, principalmente relacionado con el VIH y los opiáceos. Solo en los últimos años y en algunos territorios se ha ido incorporando una mirada mayor sobre el consumo de psicoestimulantes y consumo inhalado de drogas. Sin embargo, existe una creciente conciencia de que la reducción de daños también debe abordar el consumo problemático de alcohol, una sustancia con su propio conjunto de desafíos y consecuencias.

La reducción de daños relacionada con el alcohol, debe de tomar en cuenta la necesidad de actualizaciones y mejoras basadas en cambios en los perfiles de la población y los patrones de uso. Se reconocen avances importantes en el consumo de heroína y los usuarios de drogas inyectables, pero se percibe un déficit en los esfuerzos de reducción del daño causado por el alcohol, en particular para grupos específicos y marginados.

El presente escrito, trabajado a partir de la aportación de profesionales de la salud, pretende ser una aportación a la necesidad de políticas e intervenciones integrales de reducción de daños que prioricen el bienestar y las elecciones de las personas.

METODOLOGÍA

Con el propósito de comprender las experiencias y perspectivas de los profesionales de la salud en relación con la reducción de daños en alcohol. Se utilizaron la combinación de métodos cualitativos, como la consulta bibliográfica y la realización de un grupo focal de diferentes perfiles profesionales de salud, con el objeto de poder proporcionar una comprensión holística y enriquecida de los temas abordados.

La consulta bibliográfica se utilizó como punto de partida en esta metodología, para recopilar y analizar información relevante previamente publicada en estudios, artículos, y guías de interés e identificar vacíos en el desarrollo de políticas de reducción de daños en España y la necesidad de formular preguntas de investigación pertinentes.

El grupo focal de profesionales de la salud como técnica cualitativa reunió participantes con conocimientos y experiencias pertinentes en el campo de la reducción de daños. Durante la sesión del grupo focal, se fomentó la

discusión abierta y la interacción entre los participantes, lo que permitió capturar una variedad de perspectivas, percepciones y expresión de propuestas para la implementación mayor de reducción de daños en materia preventiva como asistencial en alcohol. Se garantizó representatividad en diversidad de: género, de territorios nacionales, de perfiles profesionales de la rama social y de salud, y de tipología de dispositivos.

La elaboración de la guía temática del GF se realizó a partir de los resultados de diagnósticos de la primera parte de la presente investigación. Esta fue revisada tanto por la investigadora coordinadora del estudio como por la experta en materia de género.

En total participaron 8 profesionales. El GF fue dinamizado por el investigador experto de la temática Reducción de Daños asociados al uso de alcohol. Contó con la observación tanto de la profesional técnica de UNAD como de la coordinadora de la investigación. Fue telemático. La duración total fue de 2 horas.

RESULTADOS

ESTRATEGIAS ACTUALIZADAS PARA LA REDUCCIÓN DE DAÑOS EN ALCOHOL: SUPERANDO BARRERAS Y AMPLIANDO EL ENFOQUE

A lo largo del transcurso del grupo focal se pudo extraer a resistencia a incorporar programas de reducción de daños (RDD) asociados al uso de alcohol en los sistemas de salud, especialmente en comparación con otras sustancias, como es el caso del consumo de opiáceos por vía inyectada. Se observó que la gestación de todos los programas de RDD venía tan impulsada por la necesidad de contener la morbilidad y mortalidad por vía infectocontagiosa y sobredosis que se puso mayor énfasis en el desarrollo de programas y de servicios que no en una reflexión de qué es la reducción de daños. No como sí ha podido pasar en otros en otros países.

La dificultad radicó en el enfoque de todo o nada que a menudo adoptado con la dependencia del alcohol, donde a menudo se exige la abstinencia en lugar de ofrecer estrategias de RDD según sean las circunstancias, posibilidades y deseos de la persona. Se apuntó a que la RDD no debería verse como una cuestión moral, sino más bien como un enfoque flexible que se centra en las necesidades individuales.

Las participantes hicieron hincapié en que la tolerancia social hacia el consumo de alcohol era considerablemente más alta en comparación con otras sustancias,

relacionándolo con las dificultades que han podido sucederse en la implementación efectiva de estrategias de reducción de daños en este ámbito. Se indicó que la aceptación social del consumo de alcohol en entornos públicos, incluso cuando este era problemático, había podido generar un desequilibrio en los abordajes de salud pública, relegando a menudo la reducción de daños asociada al uso del alcohol a un segundo plano.

Además, las participantes identificaron un déficit en la conciencia personal por parte de las personas consumidoras cuando presentaban un uso problemático de esta sustancia, lo que complicaba aún más la implementación de programas efectivos de reducción de daños.

La complejidad del perfil de las personas consumidoras de alcohol, que abarca desde personas de uso recreativo hasta personas en situaciones de exclusión social o que han desarrollado dependencias progresivas a lo largo del tiempo, fue señalada como un desafío en la aplicación de enfoques uniformes de RDD. Las participantes expresaron que la presencia de perfiles heterogéneos requería el diseño de estrategias personalizadas que tuviesen en cuenta las realidades específicas de cada persona.

En relación a las personas que no habían desarrollado una dependencia, las profesionales indicaron que era crucial reconocer que la RDD no debía limitarse a mensajes generales de moderación en el consumo de alcohol, sino que también debía abarcar una gama más amplia de comportamientos empíricamente comprobados para mitigar los riesgos asociados con el consumo de esta sustancia. El fomento de prácticas como el control de la cantidad de bebidas consumidas, la inclusión de comportamientos simples que han probado ser adecuados y que ayudan a protegerse de la norma y presión social de consumo, y la creación de redes de apoyo para ayudar a los individuos a identificar signos de consumo excesivo fueron ejemplos de medidas efectivas que podrían ser integradas en las estrategias de RDD relacionadas con el alcohol.

Además, la mayoría de participantes reportaron como necesario la identificación y abordaje de las barreras culturales y sociales que en la actualidad obstaculizan la implementación de programas de este tipo de programas. Al superar la estigmatización y la resistencia histórica, será posible fomentar un enfoque más inclusivo y equitativo en el tratamiento y la prevención del consumo problemático de alcohol.

En resumen, la actualización de las estrategias de reducción de daños relacionadas con el alcohol exige un cambio de paradigma que reconozca la complejidad de este problema y fomente enfoques adaptativos y personalizados. Al impulsar una mayor conciencia de los comportamientos efectivos de reducción de daños y al abordar las barreras sociales y culturales, se puede avanzar hacia una respuesta más integral y efectiva para proteger

la salud y el bienestar de los individuos afectados por el consumo de alcohol.

ABORDANDO LAS NECESIDADES DESCUIDADAS: UNA PERSPECTIVA AMPLIADA DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

En el ámbito del acompañamiento sociales y la atención médica, se identificó una serie de perfiles de población que han sido desatendidos en el contexto de la reducción de daños. Estos perfiles reflejaban una diversidad de desafíos y problemáticas que demandaban enfoques más inclusivos y adaptativos en la implementación de estrategias de RDD. Del mismo modo, las participantes evidenciaron la necesidad de ampliar el alcance de la RDD más allá de la clásica perspectiva de abordaje a sustancias específicas, para abarcar una gama más amplia de comportamientos y situaciones.

Las participantes indicaron que un grupo particularmente vulnerable que había quedado en gran medida desatendido era el de las personas que sufren de consumo crónico de alcohol y que han experimentado una prolongada exclusión social. Se situó como desafío la complejidad del patrón de consumo que presentaban, caracterizado como profundamente arraigado y con coexistencia de problemas de salud física y mental. Se hizo evidente la necesidad de un enfoque creativo y adaptable para abordar su consumo problemático de manera efectiva.

Además, las participantes, señalaron la falta de atención a los menores de edad en el contexto de la RDD, tanto desde una perspectiva preventiva como asistencial. El inicio temprano del consumo de alcohol y la necesidad de abordar los comportamientos de riesgo en esta población fueron destacados como áreas críticas que requieren una mayor atención por parte de los profesionales de la salud y los responsables de la formulación de políticas. La importancia de involucrar a la red familiar y social en la RDD también se destacó como un aspecto esencial en la protección y el apoyo de los menores que consumen alcohol.

En cuanto a los procedimientos y servicios, se sobrealza la importancia de considerar la RDD como un enfoque transversal que debe estar presente en todas las etapas de la atención asistencial. Esto implicaba la necesidad de redefinir la RDD como una filosofía integral en lugar de un simple Plan B, así como promover una mayor flexibilidad y personalización en la atención a los consumidores. La implementación de estrategias de RDD fue considerada una parte esencial del proceso terapéutico, en lugar de una medida secundaria o excepcional.

En resumen, abordar las necesidades descuidadas en el campo de la RDD exige una revisión profunda de los enfoques actuales y una mayor sensibilidad a la diversidad de perfiles de población afectados por el consumo

problemático de alcohol. Es imperativo adoptar estrategias más inclusivas y adaptativas que reconozcan las complejidades individuales y fomenten una participación más activa de la red social y familiar en el proceso de recuperación. Solo a través de un compromiso integral y una comprensión más profunda de las realidades de cada grupo se pueden lograr avances significativos en la protección y el apoyo de aquellos afectados por el consumo de alcohol.

PROBLEMÁTICAS Y DAÑOS QUE DEBERÍAMOS ESTAR ATENDIENDO DESDE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Fueron diversas las problemáticas y desafíos asociados con el consumo de alcohol que las participantes detectaron, así como se señaló la necesidad de abordar la reducción de daños de manera más integral. Los profesionales de la salud destacaron la importancia de mejorar la comprensión de los daños relacionados con el consumo de alcohol y la importancia de la prevención de consumos intensivos para reducir la incidencia de problemas de salud graves. Se enfatizó que los daños asociados con el alcohol no ocurren de forma aislada, sino que están influenciados por diversos factores, incluidas las condiciones sociales y ambientales.

Se destacó también, la importancia de abordar el policonsumo de sustancias y sus impactos potenciales en la salud. Se subrayó la importancia de comprender los riesgos asociados con el consumo simultáneo de alcohol y otras sustancias, así como el papel del alcohol en el aumento de la vulnerabilidad a los efectos negativos de otras sustancias, como sería con el cannabis, la cocaína u otras sustancias. Los profesionales apuntaron sobre las dificultades asociadas con el tratamiento con psicofármacos y la importancia de abordar la educación sobre la interacción de éstos y el uso de alcohol.

Además, se resaltó la importancia de abordar situación de exclusión social de las personas que consumen alcohol y la necesidad de implementar estrategias de sensibilización y formación para los profesionales de la salud y del ámbito de la atención social. El grupo discutió la importancia de proporcionar un entorno de apoyo y comprensión para las personas sin hogar que enfrentan desafíos relacionados con el consumo de alcohol. Una parte de los participantes señaló la necesidad de mejorar el acceso a programas de RDD y a servicios de apoyo social de los que muy a menudo son expulsados por consumo. Se advirtió que algunos cambios en albergues de Sevilla o Madrid que permiten a las personas consumir alcohol siempre que no interfiriera en sus interacciones con los demás.

El diálogo entre las personas participantes puso en relieve los desafíos de abordar las conductas problemáticas y la destrucción de las redes sociales de las personas debido al consumo problemático de alcohol. Se

enfatizó la necesidad de proteger a las personas de las consecuencias de sus propias acciones y de proporcionar un entorno compasivo para su recuperación. En general, se destacó la necesidad de una comprensión más profunda y un enfoque más integral para abordar la RDD asociados con el consumo de alcohol.

ABORDAJES INDISPENSABLES PARA LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

La RDD ha surgido como un enfoque crucial en el abordaje de los problemas asociados con el consumo de alcohol y otras sustancias. Durante la discusión, se destacaron diversas perspectivas sobre la importancia de institucionalizar y normalizar la RDD en todas las etapas del consumo, desde la prevención en las primeras etapas de incorporación al consumo hasta la asistencia clínica de personas con problemática de dependencia.

Además, se hizo hincapié en la necesidad de abordar el estigma social asociado con el consumo y de integrar la RDD en políticas públicas más amplias. Se discutieron posibles estrategias para implementar la RDD de manera efectiva y abordar los desafíos existentes en este campo.

En primer lugar, se señaló la importancia de desarrollar políticas regulatorias que integren la RDD en todos los niveles, incluyendo la prevención temprana y la educación sobre los riesgos del consumo. Se hizo hincapié en la necesidad de capacitar a los profesionales para que puedan realizar intervenciones efectivas y brindar un apoyo adecuado a aquellos que consumen sin desarrollar problemas graves.

Uno de los colectivos abandonados desde la perspectiva preventiva de reducción de daños ha sido la población menor de edad. El lema "menores ni una gota" o similares se valora poco coherente y flaco favor a enfoques preventivos cuando sabemos que de manera histórica los inicios son los consumos están alrededor de los 14 - 16 años. Es decir que entre dos y cuatro años antes de cumplir la mayoría de edad la gente ya está bebiendo, está aprendiendo y corriendo riesgos en el consumo de alcohol.

En este sentido, se destacó la importancia de trabajar en la prevención y detección precoz del consumo problemático, así como de proporcionar recursos y apoyo a las personas que enfrentan dificultades asociadas con el consumo de alcohol. Se subrayó la necesidad de promover una cultura de RDD a través de la sensibilización y la educación en todos los ámbitos de la sociedad, incluyendo el ámbito comunitario y el educativo.

Además, se discutió la importancia de abordar las barreras de acceso a los recursos y servicios para las personas que buscan ayuda y apoyo para reducir los daños asociados con el consumo de alcohol. Se enfatizó la necesidad de incorporar la RDD en todas las políticas de salud mental y de bienestar social, así como en la imple-

mentación de programas educativos y de prevención en las comunidades y centros educativos.

También se destacó la importancia de adoptar un enfoque personalizado en la intervención clínica, teniendo en cuenta las expectativas y necesidades individuales de cada persona. Se mencionaron posibles estrategias terapéuticas, psicofarmacológicas y psicoterapéuticas que podrían complementar el enfoque de RDD, incluyendo el trabajo educativo, la motivación, el refuerzo positivo y la creación de planes personalizados para reducir el consumo de alcohol. Como también, la importancia de trabajar en el deseo de autocuidado, incluida la higiene y la imagen personal

Se planteó la importancia de adaptar el abordaje a las personas según su perfil, destacando que muchos no desean que se les mencione directamente su consumo de alcohol, ya que se sienten juzgados y cansados de hablar siempre de lo mismo. Se observó, desde una perspectiva de intervención psicosocial, la necesidad de enfocarse en otros problemas más relevantes para la persona, y pudiendo así obtener mejores resultados. En particular, y como ejemplo, se mencionó la función del alcohol en mujeres que han experimentado violencia de género, señalando que abordar el malestar emocional subyacente es fundamental para abordar su consumo.

También se aportó respecto la perspectiva sobre la reducción de daños, que no se trata solo de reducir el consumo, sino de minimizar los efectos negativos en el entorno de la persona. Se destacó la importancia de proporcionar apoyo y dignidad a las personas en su entorno, ofreciendo un 'cojín' metafórico o real para reducir el daño potencial en situaciones de consumo excesivo. A menudo, y solo por este medio es posible trabajar posteriormente una reducción o abandono del consumo.

En resumen, la discusión resaltó la importancia de un enfoque adaptado a las circunstancias y necesidades individuales de las personas. Un enfoque que abordase los aspectos médicos, sociales y psicológicos de manera efectiva. Se subrayó la necesidad de trabajar en colaboración con diversos actores, incluidas las autoridades gubernamentales, los profesionales de la salud y la sociedad en su conjunto. Se hizo hincapié en la necesidad de abordar las preocupaciones reales de los individuos y proporcionar un entorno de apoyo compasivo para facilitar decisiones informadas sobre el consumo de alcohol y el bienestar general de las personas involucradas."

SERVICIOS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y SALAS DE CONSUMO DE ALCOHOL:

Se planteó la necesidad de extender los servicios de RDD a todos los ámbitos, incluyendo los entornos de consumo de alcohol. Se discutió la importancia de ofrecer acompañamiento y perspectivas de RDD en diversos

espacios, como los albergues para personas sin hogar, reconociendo que existían ya las primeras experiencias de éxito, aún muy limitadas en municipios como Madrid y Barcelona.

Se subrayó la necesidad de cambiar el paradigma en los recursos de albergue, convirtiéndolos en espacios integradores que cubran múltiples necesidades e incorporen programas de RDD en espacios no tradicionalmente asociados con estos servicios y fomentar un enfoque de autorregulación entre los usuarios.

Se mencionó la importancia de crear espacios de consumo supervisado de alcohol (prescripción de consumo controlado) que sean acogedores y que fomenten la interacción y la comodidad. Se planteó la idea de que estos espacios deben estar integrados en los entornos donde existe una necesidad real, transformando los recursos residenciales o de abrigo en lugares más flexibles y adaptados a las necesidades cambiantes de los usuarios. Espacios que pudiesen fomentar la autorregulación y el cuidado responsable en los consumidores de alcohol.

Estaríamos hablando de espacios incorporados en dispositivos, como:

- Refugios que proporcionan alojamiento. Centros de primera acogida y residenciales para personas de sin hogar.
- Centros de acogida de bajo umbral que brinden un espacio seguro para que estas personas participen en los servicios sociales, ayuden a reducir los daños relacionados con las sustancias y limiten el desorden público.

El principal objetivo de estos espacios sería proporcionar un entorno seguro y controlado para las personas que consumen alcohol en situación de sinhogarismo o marginalidad, con el fin de minimizar los riesgos y las consecuencias negativas asociadas, como intoxicaciones graves, violencia, enfermedades transmitidas por el consumo descontrolado, o el propio impacto del consumo en la vía pública, entre otros.

Los componentes necesarios para estos espacios supervisados fueron descritos como

- Supervisión profesional: Estos espacios deben estar supervisados por personal capacitado, como trabajadores de la salud o profesionales en adicciones. Estos profesionales deberían brindar información, consejería y asesoramiento sobre prácticas de consumo más seguras, así como ofrecer intervenciones breves o referencias a servicios de salud adicionales según sea necesario. Deberían crear un trabajo grupal que favorezca un aprendizaje de norma común en un consumo más seguro del alcohol.

- **Suministro controlado de alcohol:** En algunos casos, estos espacios de consumo supervisado con alcohol podrían proporcionar las bebidas alcohólicas a los usuarios. Se impone un método y unos límites en la cantidad, y la graduación alcohólica de las bebidas para evitar el consumo excesivo. Como también, se señaló la importancia de incorporar pautas horarias de administración para reducir los riesgos de intoxicación.
- **Ambiente seguro y limpio:** Espacios diseñados para brindar un entorno limpio, higiénico y seguro. Donde las personas pudiesen recibir complementos alimenticios y vincularse a actividades recreacionales y de ocupación.
- **Enfoque multidimensional:** Además de facilitar el consumo de alcohol en un entorno seguro, estos espacios ofrecerían otros servicios complementarios, como pruebas de enfermedades infecciosas, acceso a servicios de salud y asesoramiento en general.

Estos servicios deberían ofrecer servicios complementarios, como comidas, duchas, recreación y apoyo en la búsqueda y mantenimiento o búsqueda de vivienda. Estos programas buscarían brindar un enfoque integral para abordar las necesidades complejas de las personas, incluyendo la salud física y mental, la estabilidad de la vivienda y la reintegración social.

Sin embargo, se destacaron los desafíos asociados con la implementación de estos programas, incluyendo la necesidad de persuadir a las autoridades locales y a los profesionales para que adopten estas perspectivas. Se reconoció la dificultad de superar la exclusión de los criterios de consumo de sustancias en los servicios de acogida residencial y la implicación de las políticas locales.

3.10. REDUCCIÓN DE DAÑOS Y CALORES Y CAFÉS

AUTORA: ELISABET GARCÍA FOLK

INTRODUCCIÓN

El abordaje específico de los centros de día y de cobertura de necesidades básicas aparece en la primera fase del estudio de la reducción de daños en el siglo XXI. En el mismo, las profesionales los definieron como algo “*tradicional, esencial y que opera como base para la implementación de estrategias y/o programas de RDD*”.

Fue destacado que principalmente las personas que hacían uso de dichos dispositivos se encontraban eran hombres en situación de sinhogarismo. Además, se reportó un aumento de personas migradas, por estos motivos se quiso profundizar en este grupo poblacional.

Como infraestructura, presentaban unas dimensiones y condiciones insuficientes para ofrecer una atención de calidad. Así mismo, la baja accesibilidad de las mujeres y personas de género disidente a estos espacios y la consecuente masculinización fueron elementos de preocupación detectados en los que se decidió profundizar (añadiendo la falta de perspectiva de género transversal en los espacios). También se reclamó la falta de perspectiva transcultural y la falta de profesionales de salud mental en los recursos.

METODOLOGÍA

El muestreo realizado fue teórico, de conveniencia, mediante el equipo de investigación completo. La búsqueda de participantes se realizó a partir de contactos de entidades miembros de UNAD expertas en reducción de daños en el territorio español complementado con propuestas del propio equipo de investigación de personas profesionales de referencia en la temática concreta.

Los criterios de selección de participantes del grupo focal (GF) Calor y Café contemplaron que la persona fuese profesional de algún espacio de calor y café del territorio estatal y que hubiese trabajado en este dispositivo por un periodo mayor a 1 año realizando función de atención directa. Se garantizó representatividad en diversidad de: género, de territorios nacionales, de perfiles profesionales de la rama social y de salud, y de tipología de dispositivos. Este último elemento fue de especial relevancia en este GF dado que en España se disponen de 2 modelos de Calor y Café: dispositivos que únicamente ofrecen esta prestación y dispositivos integrados en equipamientos que ofrecen múltiples prestaciones de reducción de daños.

Con el objetivo de conocer previamente los servicios donde las personas participantes trabajaban y partir de dos documentos bibliográficos marcos sobre este tipo de dispositivos⁴⁵ se diseñó un cuestionario que incluía aspectos de disponibilidad, accesibilidad y funcionamiento específicos sobre calores y café. Este instrumento fue revisado y validado por la investigadora coordinadora del estudio.

El cuestionario individual fue facilitado vía telemática previamente a la realización del GF a todas las personas participantes. Todos los participantes reportaron que los recursos donde trabajaban no ofrecían atención nocturna, la mayoría de ellos ofrecían duchas, complemento alimentación y en algunos casos disponían de ropa de recambio y lavandería. En todos los centros se facilitaba parafernalia para el consumo de sustancias, pero solo dos de ellos disponía de salas de consumo supervisado (SCS). Así mismo, solo dos de los centros disponían de personal de seguridad y todos menos en un caso, disponían de equipo de intervención comunitaria. En cuanto a la dispensación y custodia de medicación, se llevaba a cabo en tres de los cinco centros.

A pesar de que se observó que la nomenclatura para denominar estos dispositivos no era estándar para todos los territorios se pudo evidenciar que compartían características similares. Por este motivo se decidió que el término utilizado en el desarrollo del texto la referencia principal en el texto fuese “*calor y café*” pero debe entenderse incluidos en la misma categoría CEA (Centros de Encuentro y Acogida), CeSSA (Centro Socio Sanitario de atención a las Adicciones) así como Centros de Emergencia, Local y Espacio Social.

El GF fue dinamizado por la investigadora experta de la temática en dispositivos Calor y Café de Reducción de daños. Contó con la observación tanto de la profesional técnica de UNAD como de la coordinadora de la investigación. Fue telemático. La duración total fue de 2 horas. La participación no fue remunerada.

Se contó con la participación de 5 personas; 3 mujeres y dos hombres. Los territorios representados fueron Región de Murcia, País Vasco, Andalucía y Cataluña.

Todas las personas tenían largo recorrido en la reducción de daños y específicamente en centros de día. No se logró la participación de zonas de ámbito rural.

(4) Clua García, R. (2015). Salas de consumo higiénico en España (2000-2013). *Salud colectiva*, 11(2), 261-282.

(5) EMCDDA. *Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence*. Lisbon; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018.

RESULTADOS

MUJERES, PERSONAS NO BINARIAS Y PERSONAS TRANSGÉNERO

Las personas participantes fueron preguntadas por la accesibilidad y adherencia de usuarias mujeres, personas no binarias y trans en sus recursos. Todas las participantes afirmaban que los espacios de calor y café donde trabajaban se encuentran masculinizados, predominando como grupo privilegiado hombres, cisgénero, heterosexuales españoles. Todos los dispositivos participantes indicaron estar implementando acciones positivas para corregir esta tendencia histórica.

En cuanto a favorecer la accesibilidad de las mujeres a estos recursos tres participantes relataron que en sus centros se blindaban franjas horarias de la semana para que el espacio fuese utilizado exclusivamente por mujeres (en uno se blindaban dos tardes, en otro un espacio según las necesidades del momento y en el tercero una tarde). Aun así, otro de los centros donde se realizaba un espacio no mixto este tuvo que dejar de realizarse por falta de espacio en la infraestructura. Siempre se refirieron a dispositivos centro de día, no se mencionó la necesidad de un espacio no mixto en salas de consumo a pesar que dispusieran de calor y café. Ningún participante indicó si el diseño de estos espacios se había realizado de forma participativa con las personas usuarias. No se pudo extraer si las franjas horarias, por ejemplo, habían sido determinadas según las necesidades del centro o según las necesidades de las mujeres usuarias.

“**Sí que es verdad que antes nosotros teníamos una sala exclusiva para mujeres de descanso y demás, pero por falta de espacio es que la hemos tenido que cerrar.**”

Educadora y trabajadora social. Experiencia en RDD. Andalucía.

Aun así, se valoró como muy necesario el mantenimiento y creación de espacios de reducción de daños exclusivos para mujeres y que los mismos fueran gestionados por las propias mujeres usuarias (no se planteó este modelo para los espacios mixtos). El modelo actual se valoró como anticuado y desfasado.

“**Es básico y elemental que haya servicios exclusivos para mujeres gestionados exclusivamente por mujeres, evidentemente nos equivocamos si continuamos manteniendo el rol de los espacios masculinizados porque entonces no estamos dando otra opción a que solo vengan un 5% o un 10% de mujeres a los servicios de reducción de daños.**”

Educador Social. Experiencia en dispositivos de RDD. Cataluña.

Solo dos de las participantes mencionaron la atención a personas no binarias y transgénero en sus recursos (Barcelona y Murcia). En los otros dos (Sevilla y Terrassa) no se mencionaron y en el restante (Bilbao) la participante valoró no tener constancia de la existencia de personas usuarias en el territorio, no señalando la posibilidad de que pudiese haber barreras de acceso específicas no identificadas para este grupo poblacional.

“**En nuestro recurso vienen tanto hombres como mujeres, población trans o no binaria no he conocido yo desde hace más de 20 años que estoy aquí.**”

Educadora Social. Experiencia en servicios de RDD y otros recursos de la red de atención a las drogodependencia. País Vasco.

Más allá de la creación de espacios no mixtos, no se reportaron otras acciones positivas relacionadas con la implementación de la perspectiva de género en este tipo de dispositivos.

POBLACIÓN MIGRADA

Referente a este aspecto, la mayoría de centros coincidían en los porcentajes aproximados de personas autóctonas y migradas que hacían uso del espacio. Tres de las personas participantes coincidieron en que, aproximadamente, el porcentaje de personas migradas que acudían al recurso representaba un 40% frente al 60% de personas españolas. Los tres centros estaban situados en ciudades capitales de provincia (Barcelona, Murcia y Sevilla). En centros del sur de la península ibérica la principal procedencia era de países del continente africano.

Por otro lado, en los otros dos centros restantes (Bilbao y Terrassa) la existencia de personas migradas era una muestra muy poco representativa siendo la mayoría de personas acompañadas de origen autóctono. Cabe destacar que, en uno de estos centros, situado en una ciudad de 225.000 habitantes, la presencia de personas migradas se relacionaba principalmente con personas que se habían desplazado de las grandes ciudades.

“**Relacionamos la estadía en la ciudad con proyectos de migración frustrados y personas sin una red social de soporte que permita de alguna manera poder contar con una ayuda [...] y en cuanto a los orígenes de la migración en mi experiencia ha ido variando por años, ha habido como años que han sido más personas de un determinado país de origen y parece que son como como movimiento, no sé si es por el tema de la penalización en país de origen sobre el consumo o la tenencia de sustancias que hace que de alguna manera se vuelva atractivo moverse hacia otro país.**”

Educador social. Experiencia en RDD. Cataluña.

A pesar de estos porcentajes, no se reportó ninguna acción específica en materia de implementación de perspectiva transcultural. Ningún participante señaló que los cambios en las características de estas personas podían estar relacionadas con las rutas migratorias, ni tampoco si su territorio estaba considerado de paso o de final. Tampoco se señalaron diferencias según género, orientación sexual, edad, y/o etnia país de origen que podrían estar implicadas en el acompañamiento de estas personas.

CRITERIOS DE ACCESO AL SERVICIO

En este punto se pusieron en común los criterios por los cuales cada recurso se regía para permitir la entrada de las personas usuarias. Independientemente del recurso todas las participantes coincidieron en que los criterios de inclusión eran que la persona fuese mayor de edad y que reportase uso activo de sustancias. Se observaron diferencias entre aquellos Calores y Café integrados en servicios integrales de RDD donde también se dispone de Sala de Consumo (SCS), y aquellos Calores y Café que no disponían de esta prestación. Los dispositivos Calor y Café que no disponían de SCS indicaron que también se aplicaba como criterio de inclusión que la persona estuviese en situación de exclusión social (sin definir los criterios para definir estar en esa situación).

La situación legislativa en la que se encuentran las sustancias utilizadas por las personas que desean acceder a un Calor y Café fue descrita como un elemento de cribado por parte de las personas participantes. Todas coincidieron que siempre se permitía el acceso a las personas que reportaban un uso problemático de sustancias ilegales (principalmente cocaína, heroína y metanfetamina). En cuanto al uso de sustancias legales, las personas participantes que trabajaban en Calores y Café con SCS indicaron que en relación al alcohol exploraban el lugar que ocupaba la sustancia en el patrón de consumo de la persona. Si la persona reportaba utilizar sustancias legales e ilegales, se enmarcaba el alcohol como policonsumo, y no suponía un criterio de exclusión. En cambio, si la persona indicaba que únicamente utilizaba alcohol, la tendencia era no permitirle el acceso y derivarla a otro recurso especializado en alcohol o en sinhogarismo.

Bajo las mismas condiciones fue descrito por las participantes el acceso de personas que reportaban uso problemático de fármacos psicotrópicos, solo con la diferencia que en ocasiones ante personas que únicamente reportaban utilizar estas sustancias procedían a la derivación a un centro de tratamiento ambulatorio. Las participantes no especificaron los motivos por los cuales se producía esta diferenciación en la derivación entre personas que utilizaban alcohol y personas que utilizaban fármacos psicotrópicos.

Varias participantes del GF estuvieron de acuerdo que las personas en situación de sinhogarismo que únicamente utilizan estas sustancias comparten contextos de consumo con personas que presentan patrones de consumo diferenciales, señalando este contacto como un factor de riesgo de transitar hacia sustancias que consideraron de mayor riesgo. De esta aportación se pudo observar que sigue operando un el prohibicionismo como marco referencial para situar la peligrosidad de las sustancias en la mayoría de Calores y Cafés.

Todas las participantes del GF relacionaron el uso de fármacos psicotrópicos como sustancia principal con jóvenes migrantes en situación de sinhogarismo. Tan sólo una de las personas participantes expuso la necesidad de revisar los criterios de acceso de personas que reportan que únicamente utilizan estas sustancias, señalando que actualmente la realidad de la ciudad de Barcelona era que existen un gran número de jóvenes en situación de vulnerabilidad que presentan estas características.

“Específicamente nosotros no decidimos atender esta realidad inicialmente, yo creo que es un tema a revisar dada la realidad de los últimos años porque tradicionalmente no era un grupo muy fuerte ni problemático que lo viéramos tan cercano sobretodo en el acceso que nosotros estamos detectando en jóvenes migrantes con que inicialmente mantienen consumo controlado de benzos y que luego comienzan en el consumo sobre todo en esta zona de crack y entonces evidentemente estamos detectando que cada vez la presencia en esta zona genera el inicio de otro de consumo, de otro tipo de sustancias y por otras vías.”

Educador Social. Experiencia en RDD. Cataluña.

En los centros que también contaban de SCS, se aplicaba también como criterio de inclusión utilizar la/s vía/s de administración correspondientes a la supervisión de consumo que se podía ofrecer. Todos los dispositivos indicaron que aplicaban como elemento de captación el anonimato. La aplicación de estrategias de captación denota que se sigue considerando a las personas usuarias de sustancias como una población oculta de difícil acceso. Aun así el aumento del número de personas en situación de exclusión social, la sobresaturación de los servicios y el principio rector de protección aplicado hacia a personas que reportan patrones de consumo considerados subjetivamente de menor riesgo, fueron los elementos implicados en la definición y aplicación de criterios de exclusión en el acceso a estos dispositivos, especialmente visibles en Calores y Café que también integran SCS.

Únicamente una participante señaló que, en su dispositivo, que no disponía de SCS, se permitía además el acceso a personas con adicciones no relacionadas con sustancias (ludopatía).

Todas las participantes coincidieron que utilizaban como herramienta de recogida de datos inicial la entrevista individual semiestructurada. Ninguna participante señaló que este instrumento se hubiese revisado en algún momento con aspectos relacionados con el género o la transculturalidad. Tampoco que fuese una función específica de alguna categoría profesional en concreto.

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESPACIO Y COMUNIDAD VECINAL

Todos las participantes manifestaron que los centros en los que trabajaban se localizaban cerca de puntos de compra/venta de sustancias, valorando este ítem como positivo, ya que, facilitaba la accesibilidad de las personas usuarias al recurso, así como, del uso de la sustancia en aquellos centros que además disponían de espacio para el consumo supervisado.

Una de las participantes puso el foco en la realidad que ocurre en su ciudad, donde describió que el servicio se encontraba en el casco histórico, haciendo la valoración de las diferencias que convivían en el mismo suelo. En la siguiente cita, además, se puede observar la involucración del narcotráfico que se ha producido en los procesos de gentrificación de la mayoría de grandes ciudades de España. El uso de viviendas degradadas como puntos de venta de sustancias ilegales a los que acceden personas usuarias de sustancias en elevada exclusión se ha convertido en una dinámica habitual empleada por promotoras de viviendas para favorecer la expulsión de vecinas de clases bajas, así como la especulación del propio suelo. Las personas usuarias de sustancias, por lo tanto, se ven instrumentalizadas dentro su realidad de supervivencia por los diferentes actores del mercado de la vivienda.

“**Estamos en el casco histórico de la ciudad y por tanto es una zona mixta: lo mismo tenemos gente con muy pocos recursos que luego hay gente con mucho dinero, lo que suele pasar en la zona de cascos históricos. También está muy cerca de zonas de venta porque hay también casas abandonadas las cuales se usan como un tipo de piso de consumo y también hay garitos pues está muy cerca del puerto.**”

Trabajadora social. Experiencia en RDD. Región de Murcia.

Otra de las participantes reportó que, el Calor y Café en el que trabajaba, estaba situado en un punto estratégico de la ciudad, entre dos parques, donde habitualmente dormían un elevado número de personas sin hogar (se desconoce si primero las personas pernoctaban en esa zona o si primero fue la ubicación del centro).

“**Estamos en un punto intermedio entre dos grandes parques que serían como albergues al aire libre en Barcelona que son el parque la Estación del Norte donde de alguna manera han logrado y permitido que les permitan estar antes de cerrar para poder pasar la noche allí o el parque de la Ciudadela que lo tenemos también al costado y donde hay un gran campamento de personas que duermen.**”

Educador Social. Experiencia en RDD. Cataluña.

Dos de las participantes denunciaron la existencia de centros de primera acogida en sus respectivas ciudades (CPA - comúnmente conocidos por albergues) donde se penalizaba el uso de sustancias en el interior, siendo este motivo descrito como, un criterio para denegar la entrada a este grupo de personas. Esta normativa fue relacionada como principal motivo para que un elevado número de personas acabara pernoctando en la vía pública (sin que ninguna participante hiciera mención especial a la mayor vulnerabilidad de las mujeres en esta situación).

Tres de los Calores y Cafés que participaron indicaron disponer, además, de equipo de intervención comunitaria, de aproximación o de calle. Estos equipos fueron descritos como que, velaban por la buena convivencia entre vecinas, usuarias del centro y otros agentes del barrio. En dos de los centros se reportó que las personas usuarias participaban en actividades en la comunidad, valorando este aspecto como muy positivo para mejorar la relación de convivencia, pero, sin hacer referencia a los beneficios que esta actividad podía aportar a las personas usuarias.

“**Hemos tenido que hacer un trabajo comunitario importante y lo seguimos haciendo. Trabajamos con todas las asociaciones de la zona, incluso hubo usuarias que pintaron la asociación de vecinos, también realizaron una actividad en la Escuela de Verano con los niños con la finalidad de desestigmatizar a las personas que usan sustancias.**”

Trabajadora social. Experta en RDD. Región de Murcia.

En todos los casos las participantes hicieron valoración del desgaste que supone mantener una buena relación con la comunidad: valoraban que las intervenciones eran imprescindibles para la buena convivencia y debían de ser constantes, pero a la vez sentían que constantemente su trabajo diario era cuestionado por parte de todos los agentes de la comunidad.

PERSONAS EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO Y CENTROS DE CALOR Y CAFÉ

En cuanto a las personas usuarias de los centros de Calor y café y la situación de la vivienda todas las personas participantes coincidieron en que la gran mayoría de

personas se encontraban en situación de sinhogarismo⁶. Las únicas excepciones eran en los centros que disponían de salas de consumo supervisado a la que sí acudían personas con domicilio a que principalmente hacían uso de dichas salas y, de manera puntual y poco relevante utilizaban el espacio calor y café

“ **A consumir en sala que pueden venir personas que incluso están trabajando y que viven en un piso y vienen a la sala porque previamente han tenido algún episodio de sobredosis o les cuesta mucho la búsqueda de vena y necesitan algún tipo de ayuda o a veces también por ese vínculo que se va generando y es un espacio de confianza donde no se sienten juzgados y dónde pueden estar cómodas.**”

Educador Social. Experiencia en RDD. Cataluña.

DINÁMICA DE FUNCIONAMIENTO: HORARIOS, USO DEL ESPACIO CALOR Y CAFÉ, TALLERES

Ninguna de las participantes reportó que los centros Calor y Café ofrecieran cobertura horaria nocturna excepto uno de ellos que, durante la campaña de operación frío, sí que mantenía el recurso abierto toda la noche. Ofrecer horario nocturno fue un reclamo de todas las participantes, ya que el único recurso al que podían asistir las personas usuarias una vez se cerraba el centro eran los albergues (o Centros de Primera Acogida), los cuales tal y como se ha comentado anteriormente, se reportó que habitualmente no se adaptan a la realidad de las personas usuarias de sustancias.

“ **Los horarios tienen que ser adecuados a la necesidad del sitio donde estás, no se pueden hacer réplicas mimetizadas o crónicas de experiencia en otros sitios porque cada sitio tiene su realidad.**”

Educador Social; Experiencia en RDD. Cataluña.

Por otro lado, en cuanto a las dinámicas reportadas que se generaban en el espacio de Calor y Café se encontró similitudes en todos los servicios que participaron: en la mayoría se realizaban talleres. En algunos casos la infraestructura del servicio disponía una sala específica para la realización de los mismos; en otros casos todas las actividades que ofrecía el servicio se organizaban para realizar en un único espacio. Todas las personas participantes describieron los talleres como actividades diseñadas previamente por profesionales, a veces calendarizados y otras a la espera de que se diera la situación idónea en la dinámica del servicio para dar paso al taller.

Se reportaron temáticas de los talleres variadas, pero con elementos en común entre todas las participantes: salud - sexualidad - hábitos saludables, trámites con la administración, derechos y obligaciones de la ciudadanía, reinserción sociolaboral, brecha digital, radio, etc. En uno de los centros incorporaban también la ocupación del tiempo disponiendo de plantas para hacer jardinería y juegos de mesa. Tres de las personas participantes afirmaron que la participación en estas actividades era remunerada para las personas usuarias, especialmente aquellas relacionadas con la prevención y atención a sobredosis de opiáceos.

Además, en los dos centros en los que disponían de SCS, también se utilizaba el espacio Calor y Café como lugar de observación post consumo.

Independientemente de la actividad que se realizase en estos espacios polivalentes, todas las participantes coincidieron en que lo más importante del espacio Calor y Café era la oportunidad de interacción cercana que ofrecía con las personas usuarias, un lugar donde poder hablar con ellas, detectar necesidades, dar apoyo emocional y escucha activa.

Sorprendentemente a pesar que la función principal del Calor y Café por definición es garantizar resguardo y la cobertura de las necesidades básicas de las personas usuarias, las profesionales destacaron como principal beneficio que se trataba del espacio de reducción de daños que ofrecía mayor oportunidad para establecer el vínculo terapéutico. En la siguiente cita además se observa cómo estos dispositivos son un espacio de detección de violencias sufridas por parte de las personas usuarias, alejándose de ideas preconcebidas que sitúan estas intervenciones como habituales de despachos de atención individual y con confidencialidad. Este ejemplo corrobora la fortaleza del vínculo que permiten establecer los Calores y Cafés.

“ **Tengo que decir desde mi experiencia que el lugar de calor y café es el lugar más rico, más mágico de todo el recurso. Es el espacio donde yo disfruto más, es un espacio de encuentro donde se encuentran tanto mi realidad como la de las personas usuarias y donde podemos intercambiar y preguntarnos, ellas cuentan historias y situaciones que viven en el día a día con la violencia que significa vivir en la calle (incluyendo todos los tipos de violencias). Es el espacio de encuentro de demandas, de poder hablar, es un espacio natural de intercambio y de encuentro entre el equipo de atención y de las personas usuarias.**”

Educador Social. Experiencia en RDD. Cataluña.

(6) Entendiendo que dentro del sinhogarismo incluimos personas que no sólo pernoctan en la vía pública, sino también aquellas que viven en locales okupados, centros de primera acogida (albergues) y otros lugares de infravivienda.

VISIÓN DEL ESPACIO CALOR Y CAFÉ EN LA SOCIEDAD

Al proponer al grupo la funcionalidad del recurso, la visión que podía tener la sociedad del mismo, aparecieron diferentes visiones. Excepto una participante, todas las coincidieron en que sentían que la función social de estos espacios era restar visibilidad, permanencia y actividad en el espacio público a las personas que usan drogas. Hicieron hincapié en que *“lo que no se ve, no existe”* pero, a la vez, valoraban positivamente que las personas usuarias tuvieran un espacio donde reunirse y no sentirse juzgadas. Referían ser uno de los pocos lugares donde las personas usuarias se sentían libres de estigma.

“ Yo siempre he pensado que soy una tiritita de la sociedad y que cuando hay alguna cosa que sangra pues los servicios de la red de drogodependencias y otros tipos de servicios nos ponemos en la herida para taponar y que no se vea. Somos “el Señor Lobo” de Pulp Fiction, lo limpiamos todo y lo dejamos blanco puro, esplendoroso. Pero si no existiéramos sería peor, sí.”

Educador Social. Experiencia en RDD. Cataluña.

Otras participantes valoraban que asumir esta premisa implicaba adoptar un rol victimista y paternalista sobre la persona usuaria y preferían centrarse en el empoderamiento de las mismas añadiendo que las personas profesionales tenían la función de denunciar la realidad a toda la sociedad, de abogar por la justicia social. Por otro lado, todas las personas participantes expresaron el sentimiento común de sentir que deben justificarse constantemente ante la comunidad y la sociedad. La visión de las profesionales no se acercó a ningún concepto de autocrítica ni autovaloración.

“ Las entidades que estamos en primera línea pues nos toca tocar arriba y decir “Oye que esto está aquí” y acompañar a ellos en su proceso de inclusión. Tampoco creo que (las personas usuarias) estén ahí escondidas para que no se vean porque es que se les ve continuamente por la calle. Estamos en primera línea, nuestra función es denunciar la realidad que hay.”

Trabajadora Social. Experiencia en RDD. Región de Murcia.

“ Al final el problema es estructural: nosotras estamos en primera línea y nosotros formamos parte de que “tapamos” o “escondemos” a esas personas cuando el problema debería ser de todos y cuando la solución debería ser de toda la sociedad.”

Educadora y Trabajadora Social. Experiencia en RDD. Andalucía.

ESTIGMA Y AUTOESTIGMA

Las participantes pusieron en valor la dignificación de la persona que produce el uso de los espacios Calor y Café y SCS. Aún y así algunas participantes señalaron que estos dispositivos son estigmatizados por la propia comunidad, siendo difícil determinar la dirección en que opera la discriminación. Señalaron que también puede haber personas que no se han identificadas como usuarias de sustancias por sus comunidades y hacer uso de los Calores y Café implique visibilizarse, pudiendo de esta forma aumentar su riesgo de estigmatización. También surgió la idea de que opera un doble estigma asociado en primer lugar al uso de sustancias, y en segunda instancia a la situación de exclusión social y pobreza de éstas personas. Ninguna participante señaló otras discriminaciones que puedan sucederse a razón de género, raza o edad.

“ Hay una gran hipocresía social con el uso de sustancias. Éste no es un problema de las personas que nosotros atendemos, pero en ellas va asociado el doble estigma de pobreza y consumo. El tema del consumo cruza mucho más radicalmente la sociedad, el consumo existe en toda ella de diferentes maneras, diferentes características, diferentes sustancias. Nosotras atendemos una parte de ese consumo que evidentemente tiene más riesgos por todo el contexto en el que se lleva adelante; porque involucra salud mental en muchos casos, involucra pobreza y vulnerabilidad social e involucra el consumo de ciertas sustancias que pueden tener un gran riesgo para la vida de estas personas.”

Educador Social. Experiencia en RDD. Cataluña.

A la vez se plantearon casos de autoestigma y se reclamó cómo poder trabajar este autoconcepto.

“ Otro elemento a tener en cuenta es si el estigma existe por entrar a un servicio de reducción de daño o el estigma existe en toda la red de atención sociosanitaria, o en toda la sociedad o incluso si ese estigma está ya totalmente internalizado en las personas que atendemos.”

Educador Social. Experiencia en RDD. Cataluña.

La única estrategia que fue reportada en la reducción del estigma de las personas usuarias realizada desde los Calor y Café fue el acompañamiento a la red básica de servicios. Las participantes la valoraron como esencial para reducir las discriminaciones que sufren las personas usuarias.

“ A mí me ha pasado de acompañar a una persona usuaria que no podía hablar, a la que yo entiendo después de tantos años, a un centro de la Administración a hacer un trámite y al ver a la persona que nos iba a atender la persona usuaria verbalizó que sentía que le estaba mirando mal porque “como voy vestido, porque estoy en la calle” y luego nos acercamos y la persona que nos iba a atender dijo “He entendido lo que decías y no te estaba mirando por lo que pensabas, te estaba mirando porque ya te conozco, has venido otras veces y te iba a saludar.”

Educador Social. Experiencia en RDD. Cataluña.

Las participantes pusieron en común varias situaciones donde expresaron la dificultad de coordinación con la red básica de servicios desde donde también detectaban situaciones de discriminación hacia las personas usuarias, hacia los profesionales de RDD y hacia los propios servicios de la red.

“ Hoy por ejemplo nos ha pasado a nosotras con una usuaria sufriendo un brote psicótico pero que el psiquiatra decía que estaba bien, que estaba perfectamente bien. Al final hemos tenido que grabarla, que sea no sé si será muy ético o no, pero es que era la única manera que se me ocurría para mostrarle al psiquiatra cómo se encontraba la usuaria. Y así sí que nos ha escuchado y derivado a urgencias psiquiátricas”.

Trabajadora social. Experiencia en RDD. Región de Murcia.

En la última parte del encuentro se propuso a las participantes expresar los aspectos a mejorar o comentarios que quisieran aportar. El reclamo principal fue la necesidad de disponer de horarios más flexibles para poder dar mayor cobertura a las personas usuarias de los recursos. También se puso sobre la mesa la necesidad de diseñar espacios adecuados a la actividad que se desarrolla dentro de los mismos. Y que en todos los casos los Calores y Café deberían disponer de SCS. Se hizo hincapié en la necesidad de aumentar los presupuestos destinados a estos dispositivos.

3.11. REDUCCIÓN DE DAÑOS, PARAFERNALIA Y SALAS DE CONSUMO SUPERVISADO

AUTORAS: MARTA ESCOLANO VEGA Y ANNA LAGO PORREDÓN

INTRODUCCIÓN

En la Fase I del presente estudio se señaló por parte de las personas participantes que se necesitaba una revisión de la atención a personas que hacían uso de servicios y programas de RDD, para adaptarlos a nuevos contextos y poblaciones.

Por ello, en este apartado se analiza más detenidamente aquellos servicios y programas que tienen mayor trayectoria, como son la distribución de parafernalia higiénica y las salas de consumo supervisado, con el fin de desarrollar el diagnóstico sobre su situación.

La distribución de materiales higiénicos adquiere una importancia crucial en la reducción de daños asociada al uso de sustancias en España, abordando aspectos esenciales para mitigar riesgos y promover la salud en esta población específica.

En el contexto de la prevención de enfermedades transmitidas por contacto, la entrega de materiales como jeringuillas estériles, pipas y preservativos se revela como una estrategia fundamental para reducir la propagación de enfermedades infecciosas entre las personas que usan sustancias. Desde una perspectiva de género, sería imprescindible la incorporación en el abordaje e las diferencias en las necesidades y experiencias de todo el espectro género, asegurando que la distribución sea equitativa y sensible a estas disparidades. En un territorio diverso como actualmente es España, se debería reconocer la diversidad de comunidades y la necesidad de adaptar estrategias para abordar las prácticas y necesidades específicas de distintos grupos étnicos y culturales

Aportar más información a la revisión periódica de la situación actual de las salas de consumo supervisado en España permite complementar con datos cualitativos la efectividad e identificar áreas específicas que requieran mejoras. La revisión continua es crucial para adaptarse a cambios en las formas de uso de las sustancias, incluyendo la introducción de nuevas sustancias. Además, facilita la consideración de factores externos que pueden afectar el funcionamiento de las salas, como cambios en la legislación, políticas gubernamentales o dinámicas comunitarias.

Trazando un recorrido entre las acciones y propuestas fundacionales de los programas, y, los dispositivos actuales, se pretende promover la reflexión, señalar los posibles elementos de mejora e identificar nuevas propuestas.

METODOLOGÍA

Se aplicó una metodología cualitativa a partir de la técnica de recogida de datos de grupo focal (GF).

El muestreo realizado fue teórico, de conveniencia, mediante el equipo de investigación completo. La búsqueda de participantes se realizó a partir de contactos de entidades miembros de UNAD expertas en reducción de daños en el territorio español. Se complementó con propuestas del propio equipo de investigación de personas profesionales de referencia en la temática concreta.

Para la creación del grupo focal se aplicaron una serie de criterios de selección y exclusión de las personas participantes. La prioridad se centró en que fueran personas que se encuentren acompañando a este colectivo desde servicios y espacios diversos como son los centros de reducción de daños, los centros sanitarios, los equipos de intervención en calle. También se tuvo en cuenta la variedad de disciplinas profesionales y de especializaciones distintas.

Otro criterio de selección tuvo que ver con la diversidad en cuanto a la representación geográfica. Teniendo en cuenta que se trata de una población fluctuante, que se desplaza y se mueve por distintas zonas del estado español, y que existen territorios de llegada, espera-tránsito y permanencia con ciertas particularidades, se valoró que las personas participantes provinieran de distintos lugares. Así mismo, se tuvo en cuenta que hubiese la representación por género fuese lo más cercana a lo paritario, para tratar de incorporar la perspectiva de género en el debate,

De esta manera, las temáticas de exploración para el GF fueron: 1) situación de los Programas de Intercambio de Jeringuillas, 2) materiales de dispensación y 3) salas de consumo supervisado.

El GF-Profesionales fue dinamizado por la investigadora experta en dispensación de material. Contó con la observación tanto de la profesional técnica de UNAD como de la coordinadora de la investigación. Fue telemático. La duración total fue de 2 horas y media.

RESULTADOS

RESPECTO A LOS PROGRAMAS DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS

Concepciones diferenciales del PIJ según tipología de servicio

Hay un total consenso en que los criterios utilizados en los inicios de los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) han evolucionado hasta alcanzar mayores niveles de inclusividad, principalmente, al no condicionar la dispensación al retorno. De la misma forma, también fue señalado por todas las personas del GF como un resultado negativo de esta evolución que el número de retornos era mucho menor al de entregas.

Las implicaciones de este escenario eran situadas por algunas de las personas participantes en varios puntos: el menoscabo de la reducción de daños comunitaria, la desinformación respecto a los patrones de consumo y la falta de planificación en materia de RDD. A continuación, vemos dos fragmentos de una conversación entre una profesional que trabajaba en un Centro de Atención Primaria (CAP) y un profesional que trabaja con CAPs que edifica estas implicaciones.

“ -Si decimos programa de intercambio estamos diciendo una mentira, porque sabemos que no hay retorno [...] Por tanto, mientras vayamos diciendo “programa de intercambio”, lo que estamos haciendo es olvidarnos de la pedagogía de que eliminen bien los residuos y que, por tanto, la reducción de daños no solo sea personal, sino también, sea comunitaria.”

“ Yo no sé lo que devuelven, si devuelven, o dónde van a parar las jeringas [...] Se ha perdido todo aquel conocimiento de la zona, cómo es el consumo ahora en el barrio [...] Es imposible controlar ni hablar con nadie.”

Es interesante aquí valorar el tipo de servicio en el que (o para el que) trabajaban ambas personas. Si bien la acción más estrictamente sanitaria, que era la dispensación de jeringuillas, se presentaba como universalizada — de igual manera que en el resto de programas y servicios representados — otras acciones que otorgaban a la RDD su carácter comunitario, parecían estar paralizadas y, por ende, la recogida de información que debía alimentar el proceder profesional, también.

Otro aspecto en el que se centralizó fueron los servicios y programas de RDD. Se pudo observar que el abordaje sanitario se aplicaba desde una visión más alejada de las cuestiones médicas, otorgando más importancia a las dimensiones relacionadas con el bienestar integral de la persona.

De los testimonios emitidos desde los recursos de RDD se desprendía una mayor preocupación por elementos, como, la dignificación y seguridad del consumo. Una profesional de un servicio de RDD que disponía de una persona profesional específicamente destinada al PIJ de manera presencial en horario de noche, relataba así el beneficio de esta actividad, más allá de la dispensación:

“ Incluso un posconsumo que, se haya hecho en la calle, y que no se sienta del todo seguro por si le pasa algo... Se acercan muchas veces, como para que la persona esté ahí hablando con quien haya consumido y se sienta un poco más acompañada. Y hace una tarea muy interesante.”

Mujer, profesional en servicio de RDD. Cataluña.

Siguiendo en la línea de aquellos servicios que disponían de personal educativo en el PIJ, se pudieron observar otras ventajas de tipo más pragmático. Un beneficio, aplicable tanto a la generación de conocimiento como a la intervención, fue que permitía visibilizar distintos grupos de personas usuarias de sustancias dentro del colectivo de personas inyectoras. Aunque no se hicieron menciones específicas a las diferencias por géneros o por procedencia, se clasificaron estos grupos según los puntos en los que se encontraban dentro del proceso de consumo. A continuación, veremos la declaración de un profesional que trabajaba en un servicio de RDD.

“ También en el proceso que está cada uno [...] Por ejemplo, personas que han salido de comunidad terapéutica o que han estado un tiempo sin consumir, asumir esa idea, ese fracaso para ellos a la hora de consumir... que, aunque lo hagas muy bien como profesional y no lo juzgues, les da como cosa.”

Hombre, profesional en servicio de RDD. Cataluña.

Así mismo, también se pudo observar un mayor alcance de las acciones preventivas que incluía trabajar con la persona usuaria, como evitar caer en conductas impulsivas a la hora de consumir, dotando al PIJ (tradicional icono de la RDD) de un enfoque de reducción de riesgos. Se elaboraron propuestas encaminadas a que la persona pudiese disponer de un superávit de material higiénico que gestiona autónomamente para planificar el consumo. Un profesional de un servicio de RDD relataba así los motivos.

“ Trabajar el pensar que sí o sí necesito antes la sustancia y después ir a buscar la parafernalia [...] Entro en la improvisación del consumo y puede haber bastantes riesgos.”

Hombre, profesional en servicio de RDD. Cataluña.

Lo que resultó llamativo de los abordajes generales, según estas dos tipologías descritas, fue que, en los servicios de RDD los objetivos fundacionales del PIJ -de corte más clínico-, habían evolucionado hasta dotarse de una amplia variedad de sensibilidades y herramientas educativas para las que el intercambio es un medio. En cambio, de manera diametralmente opuesta, en los centros sanitarios se observó el despojo del componente social y psicológico de los PIJ, subsistiendo únicamente en el estrictamente biológico.

Esto podría indicar que los estándares de promoción de la salud enmarcados dentro del concepto de salud pública no han traspasado las limitaciones del modelo biomédico. Esta idea se desprende de que en los CAP las acciones relativas a la intervención ambiental y social, si bien tenían reconocidos sus beneficios, parecían funcionar como elementos de “valor añadido”. Esta idea de valor añadido se pudo observar en el testimonio de un profesional que trabajaba en la implementación del PIJ en centros asistenciales.

“ Los CAPS. [...] cuando les vamos a hacer la implementación, cuando vamos a hacer charlas de explicarles el porqué del programa, dicen, es que esto también lo querría aquí porque [...] no pueden hacer nada más que darle la jeringuilla. Por eso digo que el valor añadido es el hecho de que pueda haber... alguien que acompañe.”

Hombre, profesional en PIJ. Cataluña.

Teniendo en cuenta que los CAP son gestionados directamente por la administración, se podría afirmar que es desde ahí, desde donde descendía esta idea de las acciones educativas como elementos positivos, pero opcionales. Así, la acción de carácter más biologicista del PIJ fue el objeto susceptible de agregación y, el acompañamiento educativo y social, piezas modulares muy sensibles a los envites de los recortes en salud. En la anécdota de una profesional que trabajaba en un CAP se ejemplificó esta cuestión.

“ Nosotros antes teníamos a alguien [...] que era educador social... [...] Luego ya menos recursos... Y ya no tenemos a nadie, pero es que nadie, nadie hace promoción, nadie hace educación [...] Estaría perfecto volver a tener a alguien como quien teníamos entonces, pero no hay.”

Mujer, profesional en CAP. Cataluña.

El hecho de que no existiesen puentes entre los profesionales de los CAP y las personas usuarias del PIJ parecía conllevar dos implicaciones. La primera y, más evidente, era que alejaba a las personas de la red asistencial básicas y las limitaba a un acompañamiento digno exclusivamente desde los servicios de RDD. La segun-

da y, más sutil, fue que consecuentemente, alejaba a las personas profesionales de la red básica del contacto con personas usuarias de sustancias, promoviendo y perpetuando el conocimiento sobre el uso de sustancias a ideas preconcebidas, probablemente estigmatizantes y basadas en el paradigma persona sana/enferma. En el testimonio de esta profesional se pudieron observar ambas implicaciones.

“ Es más cómodo para ellos ir a un centro de RDD que ir a... Hoy en día no hemos hecho... No todo el personal sanitario ni el personal de farmacia está concienciado y trata de la misma manera a las personas consumidoras.”

Mujer, profesional en CAP. Cataluña.

Limitaciones del acompañamiento educativo en el PIJ

Aunque la inclusión del acompañamiento social en el PIJ reportó beneficios evidentes, en casi todos los servicios representados en el GF se cumplimentaba con una máquina de dispensación de jeringuillas. Uno de los beneficios reportados de las máquinas era el aumento de la accesibilidad a material higiénico en aquellos dispositivos que no disponían de horario de noche. Sin embargo, a pesar de ello, fue llamativa la patente dificultad de estandarización de estos dispositivos por varias razones.

En primer lugar, en zonas con mucha tensión comunitaria, los beneficios de la máquina se valoraban de corto recorrido, dado que había un potencial riesgo de que, fuesen las propias personas del vecindario donde se ubicaban, las que boicoteasen su funcionamiento. En segundo lugar, la disponibilidad de recursos económicos para implementar este dispositivo era desigual entre los servicios, habiendo profesionales que reportaban haber tenido que recurrir a fabricar ellos mismos soluciones domésticas como respuesta. En el siguiente fragmento de una conversación entre una mujer y un hombre que trabajaban en servicios de RDD se evidencian estos motivos.

“ Si fuese una máquina expendedora, por ejemplo, la que cubriese ese turno de noche, tenemos muy claro que no funcionaría, básicamente, por cómo estamos viendo que actúan con la sala, el vecindario, y que se reventaría.”

“ Nosotros, cuando está el servicio cerrado, desde hace unos años, no sé si 3, 2 o 3, hemos colocado un cubo en la verja exterior del servicio y para que los usuarios fuera de horario dejen las jeringas ahí [...] es un cubo de madera que hicimos manualmente.”

Por otro lado, a la instalación de máquinas dispensadoras se le asoció la desventaja de impedir el contacto

entre personas profesionales y usuarias. En esta declaración de una profesional se pudo observar una manifestación evidente de lo que supone esta desventaja.

“ **Quien necesita jeringas viene y las coge de la máquina dispensadora que está justo en la entrada del cap. que en 0,2 segundos entran y salen, que casi no se les ve la cara.**”

Mujer, profesional en CAP. Cataluña.

Sin embargo, en el marco del debate sobre la interferencia en el trabajo educativo de las máquinas dispensadoras, el concepto de acompañamiento aparecía equiparado al concepto de supervisión. Se observa en el siguiente fragmento.

“ **Me gusta que (la persona usuaria) venga a verme, a buscar las dos o las tres (jeringuillas) que necesita para ese día y así yo lo veo y charla conmigo y yo le digo cómo estás. Si se lleva 30 (jeringuillas) pues durante 15 días no lo veré.**”

Hombre, profesional en PIJ. Cataluña.

Para adaptar el PIJ a nuevas poblaciones, pareció importante tener en cuenta que, el contacto profesional presentaba límites para determinadas poblaciones, para las cuales “charlar” podía suponer un esfuerzo considerable, debido a barreras idiomáticas o culturales. En esta línea, la propia acción a través de la que, se desplegaba el acompañamiento educativo (el intercambio de jeringuillas), podía suponer una barrera, dada la interiorización del estigma que comportaba el uso de sustancias, especialmente en mujeres o personas de otro origen cultural. Este elemento pareció indicar que, en ocasiones y para determinados grupos, eliminar barreras, pasaba por reducir o eliminar la supervisión profesional. En esta cita un profesional relataba los beneficios de esto

“ **Nuestro caso, por ejemplo, es muy positivo, es súper importante, en el sentido de que son entre ellos mismos que se gestionan la máquina y pueden continuar... pueden informarse, pueden estar juntos uno con otro y en este caso que dices de según que comunidades, pues sí que ya sólo con la barrera idiomática es un tema.**”

Hombre, profesional en servicio de RDD. Cataluña.

Algunos elementos que se observan en esta cita, tales como la capacidad de agencia para la autogestión de la máquina y el establecimiento de relaciones personales de colaboración parecían funcionar como dinamizadores de redes sociales de apoyo. Sin embargo, cabe destacar que el profesional se refería a las personas usuarias de la máquina en masculino, si bien es cierto que puede deber-

se a la generalización del uso androcéntrico del lenguaje, se intuía que el número de mujeres usuarias era bajo, y se debería plantear, si para ellas reportaban beneficios estas relaciones de colaboración.

Dicho esto, se observó que en aquellos lugares donde no existían máquinas de dispensación, estas mismas redes de apoyo se presentaban como un requisito básico para que, aquellas personas que no querían ser reconocidas como usuarias de sustancias en su comunidad, accediesen al PIJ.

“ **Aquí no hay máquinas dispensadoras como en Barcelona, personas que no querían venir o no sé, se querían salvaguardar [...] Hacían uso de estos enlaces o de estas personas (para la dispensación).**”

Mujer, profesional en servicio de RDD para personas sin hogar. Comunidad Valenciana

Por lo que, en situaciones donde no existía cobertura relacional, como podía ser haber pasado por una trayectoria migratoria sin una red de acogida formada y en poblaciones que, o bien llevan a cabo estrategias de ocultación, o bien están siendo ocultadas (como mujeres, migrantes o personas LGTBIQ+), no disponer de máquinas dispensadoras podía obturar el ejercicio del derecho a la salud de aquellos grupos que enfrentaban más estigma. Por lo que, para alcanzar mayores cotas de acceso a material higiénico, lo idóneo parecía ser una combinación de estos dispositivos y el acompañamiento socioeducativo.

Por otro lado, dado que había un total consenso en que la demanda de jeringuillas aumentaba considerablemente en las zonas en las que existía una mayor oferta de sustancias, otro elemento que se señaló como facilitador del acceso a PIJ, fueron las unidades móviles. La utilidad de estos dispositivos se hacía evidente en las cifras de intercambio que reportaban los profesionales. En este fragmento se puede observar.

“ **El barrio [...] es un centro de venta de drogas [...] es el lugar donde más jeringuillas damos con diferencia y damos 10 jeringuillas por día y persona [...] 150 jeringuillas diarias [...] de hecho hay gente que hasta tiene una cuenta, que recogen por el bosque donde la gente consume y un día se presentan con una caja con 700 jeringuillas, entonces eso queda en su cuenta y a partir de ahí vamos restando.**”

Hombre, profesional en servicio de RDD. Cataluña.

MATERIAL DE DISPENSACIÓN

Parafernalia de inhalado

Todas las personas participantes del GF coincidieron en la necesidad de adaptar la parafernalia higiénica a la vía inhalada. Tanto aquellos servicios que así lo habían hecho, bien mediante el reparto de material o mediante la instalación de espacios de consumo supervisado para esta vía, como los que no, señalaron la necesidad de mayores recursos destinados a la atención de personas que utilizaban la vía inhalada. Aquí se extrae un fragmento de conversación entre un hombre y una mujer que trabajaban en salas de consumo supervisado.

“ - Ya te digo, pipas no repartimos y creo que se debería repartir porque también hemos visto un aumento entre personas fumadoras.

- Nosotros lo hemos notado los últimos años, se ha equiparado el consumo inhalado en las salas de consumo, digamos. Y hay mucha necesidad, veo yo.”

Si bien materiales destinados a ello, como el aluminio, estaban siendo dispensados en todos los recursos representados en el GF, no ocurría lo mismo con las pipas, que implicaban más impedimentos para la dispensación. Las razones de estos impedimentos podían categorizarse en económicas y políticas, ambas estrechamente relacionadas.

La idea que se pudo extraer de la descripción de esta relación entre ambas razones era que, la voluntad política se encontraba reflejada en el diseño presupuestario. Si bien no se mencionaron específicamente discursos políticos que, se opusieran a la dispensación de material de inhalado, sí se hizo referencia a dinámicas que impedirían la innovación en materia de RDD en algunos de los territorios representados:

“ Cuando los proyectos hace años que se hacen y tienen continuidad ya entran dentro de los presupuestos, las administraciones ya lo contemplan como una partida. Ya cuenta la administración que ese dinero va para esto. Ahora... vamos a tener (las administraciones) que hacer también de inhalado, vamos a tener que dar todo esto, hay que hacer unos presupuestos nuevos, no me llega.”

Hombre, profesional en PIJ. Cataluña.

De este fragmento podemos deducir que el diseño de estos presupuestos se efectuaba en base a efectividad de programas, por lo que, para aquellas propuestas innovadoras de menor recorrido, quedaba anulada cualquier opción de financiación pública hasta no ser evaluadas,

dejando a un lado el grado de necesidad que pudiese presentar la población diana. Un profesional relataba así las diferencias en cuanto a la mirada política del consumo inhalado e inyectado.

“ Quienes soportan la sala económicamente, que es gobierno y diputación, [...] hay cosas que les son muy evidentes, que es la de no compartir una jeringuilla, pero dudo mucho que les parezca algo fundamental hacer pipas [...] todavía no lo tienen muy integrado.”

Hombre, profesional en servicio de RDD. País Vasco.

Siguiendo con la conclusión anterior, la diferencia sustancial de financiación que relataba este profesional de la parafernalia según la vía de administración, era que el PIJ había cumplido con los objetivos epidemiológicos fijados en su diseño inicial. Así, desde esta mirada no existían horizontes de mejora, lo que invisibilizaba la incorporación de nuevos materiales y relegaba el potencial elemento de captación de poblaciones ocultas que tiene asociado, a un segundo plano.

Este elemento situaba las limitaciones de la dispensación de material higiénico en el mismo paradigma, descrito anteriormente, respecto a la actividad educativa del PIJ.

A pesar de ello, dada la total conciencia del grupo sobre la necesidad de adaptar la parafernalia higiénica a la vía inhalada, fueron varios los supuestos y propuestas que se pusieron a debate durante la sesión. En primer lugar, estuvieron de acuerdo en que el diseño de distribución de pipas debía contemplar condiciones diferenciales al de jeringuillas, dado que estas últimas, eran de un solo uso y las pipas -más caras- podían ser utilizadas repetidamente por una misma persona si se mantenía el material en unas condiciones higiénicas óptimas. A continuación, se expone un fragmento del diálogo del GF, donde se observaron las propuestas de dos educadores sociales que trabajaban en PIJ y en servicios de RDD.

“ - La jeringuilla, no es reutilizable, no tendría que ser reutilizable. Por tanto, se dispensa, se da y ya está. En tema de las pipas, yo creo que es educativo, el hecho de decir yo te doy la pipa, si la lavas bien, la utilizas bien, la cuidas bien, te puede durar muchísimo tiempo, no te voy a dar una cada vez que vengas

- Nosotros el sistema en el que pensamos, en el caso de si conseguimos algún día repartir pipas, es que sea algo temporal, que lo cuides, que se te pueda entregar una cada x tiempo. Y si antes no la tienes, pues la pagas.”

En este fragmento se observó en segundo lugar, una propuesta un reporte que suscitó discrepancias entre las personas participantes, y fue la experiencia del copago

desarrollada por CAS Baluard en Barcelona desde el año 2012. Cuando se planteó el poner precios accesibles a las pipas para poder adquirir el material y repartirlas, no todas las personas del GF estuvieron de acuerdo. Durante el debate a este respecto no se dieron datos sobre posibles diferencias en el uso y el cuidado del material por parte de hombres y mujeres, lo que se valoró que podría ser interesante de cara al diseño de la distribución.

Los argumentos contrarios al copago discurrieron principalmente en que, poner un precio supusiese una barrera para que las personas utilizaran pipas, especialmente para aquella población que se encontraba sin hogar y excluida del cobro de prestaciones. Una profesional, además, argumentó la disonancia que le generaba implicar en el trabajo educativo relaciones comerciales, por simbólicas que fueran, y proponía otras formas de contraprestación.

“ Más que un copago económico, me imagino un copago de otra cosa, en plan, si estropeas la (pipa) que tienes y quieres otra, pues hazte un taller de educación sanitaria respecto a eso, o cómo cocinar (la sustancia) y demás.”

Mujer, profesional en servicio de RDD. Cataluña.

De manera contraria, el profesional que había sido partícipe de la experiencia de CAS Baluard en materia de copago simbólico de pipas, reportó resultados positivos en torno a efectividad del programa, durabilidad del material, no infantilización de la persona usuaria de sustancias y la ruptura del imaginario social que las asociaba como personas sin recursos económicos.

Otros materiales

Cuando se preguntó por otro tipo de parafernalia, esta vez destinada a poblaciones concretas: mujeres, personas que hacen uso sexualizado de sustancias, o colectivo LGTBIQ+, todos los servicios refirieron tener distintos tipos de preservativos y material enfocado a la salud sexual y a la higiene íntima de personas de sexo biológico femenino.

“ Nosotros sí que tenemos a disposición de la gente que viene, preservativos, lubricantes, preservativos masculinos, femeninos y bueno, jeringuillas americanas, españolas, varias cosas. El tema como os he dicho antes, es que aquí no hemos detectado (estas poblaciones).”

Hombre, profesional en servicio de RDD. País Vasco.

Sin embargo, como se puede ver en esta cita, el hecho de disponer de ello dentro de los servicios no implicaba necesariamente que las personas accedieran al material.

Fueron varias las propuestas de personas profesionales que señalaban la necesidad de aproximar estos materiales a los contextos de uso, bien mediante la formación a otras personas usuarias, bien mediante el desplazamiento de los profesionales a estos espacios.

Lo más llamativo de las implicaciones de que, en algunos centros el material se encontrase cautivo en los servicios rotulados como de RDD, no solo era que el público objetivo no accediera a él, sino que, para las personas profesionales de estos servicios, el único conocimiento que tienen de estos grupos era el que pueden imaginar. Esto se debía a que, al no ser las personas beneficiarias directamente las que acudían al punto de dispensación, se diluía su detección y captación. En la siguiente cita se observa muy bien esta implicación.

“ Hay muchas prácticas que nosotros no vemos, que no conocemos, que imaginamos [...] Entonces entiendo que hay una población oculta, consumidora, que no accede de donde nosotros ni a ninguno de los dispositivos que conocemos o con los que compartimos.”

Hombre, profesional en servicio de RDD. País Vasco.

Se podría extraer que el hecho que estos materiales se encontrasen dentro de los recursos bajo una lógica de autoservicio, volvía a planear la sombra de que el modelo biomédico, muy imbricado en las estrategias de RDD, había reducido la utilidad del trabajo comunitario y la de la parafernalia como estrategia esencial de la captación y adherencia de poblaciones ocultas. Así mismo, este hecho podía estar invisibilizando el acceso real de las mujeres a los materiales higiénicos, debido a que pueden ser otros hombres quienes los estuviesen recogiendo por ellas, bien por reducir la posibilidad de contacto de ellas con la persona profesional, bien por miedo al estigma, bien por simplemente visibilizarse como mujer usuaria de sustancias en la comunidad.

SALAS DE CONSUMO SUPERVISADO

Todas las personas participantes en el GF estuvieron de acuerdo en la utilidad de las salas de consumo supervisado (desde ahora SCS) como espacio para vincular con las personas usuarias de sustancias, dignificar los consumos, prevenir sobredosis y hacer una educación sanitaria efectiva. Incluso se señaló este espacio como un elemento fundamental para la RDD.

“ La persona ve cómo es (la sala), ve que está a gusto y... a partir de aquí se inicia el vínculo y el trabajo socioeducativo por todas partes [...] la sala de consumo para mí es el pilar básico de la reducción de daño.”

Hombre, profesional en servicio de RDD. Cataluña.

Rescatando esta idea de las CSC como pilar básico de RDD, convino recordar que, de la misma manera que el PIJ, estos dispositivos encontraban su raíz en la RDD para el uso de la vía inyectada y, generalmente, de heroína, dado que era la necesidad a la que había que dar respuesta en el momento de su diseño e implementación. Y fue precisamente en esta orientación donde los profesionales ubicaron las dificultades de las SCS actualmente.

Necesidad de adaptación al consumo de estimulantes

Todas las personas profesionales coincidieron en que las sustancias y sus formas de uso han cambiado en favor de la preferencia por sustancias estimulantes. A continuación, se observa un fragmento de una conversación entre dos hombres que trabajaban en servicios de RDD de distintas comunidades autónomas.

“ - Ha subido muchísimo el consumo de cocaína respecto al de heroína.

“ - Aquí hemos abierto un servicio de análisis desde hace un año [...] y también vemos que heroína no nos traen casi nunca, en cambio cocaína, muchísima.”

Estos cambios en las preferencias eran relatados por las personas profesionales como elementos que distorsionaban la tranquilidad que prometen las SCS. Señalaron que esto interfería en el efecto deseado del uso de sustancias, para aquellas personas, que buscaban un espacio donde realizarlo de manera placentera, lo que, en ocasiones, implicaba que las personas rechazaran utilizar la SCS.

“ Se te puede dar fácilmente de que en la sala hay alguien que está consumiendo heroína. Y puede ser que tenga al lado, en ese momento, justo a tres personas que han entrado a consumir metanfetamina [...] pues la tranquilidad de la sala a veces no es eso, hay gente que ni le gusta entrar a la sala.”

Hombre, profesional en servicio de RDD. Cataluña.

Con estas alteraciones de la tranquilidad se relacionaba en gran medida la propia infraestructura, que para todas las personas del GF que trabajaban en SCS, era insuficiente. No solo los consumos de estimulantes se señalaban como más disruptivos, sino que ocurrían en un entorno cerrado y reducido. Especialmente, con el aumento del uso vía inhalada, para el que se dispone únicamente 3 espacios en toda España a y, por tanto, mayor presión en la demanda.

Otro de los conflictos mencionados, fue la dificultad para preservar la seguridad. Con ello se referían principalmente a los robos. De hecho, las personas participantes que representaban SCS coincidieron en que no eran espacios seguros.

“ Tampoco diría que es seguro porque a veces es complicado el consumo de las personas, el tema de robos, y demás.”

Mujer, profesional en servicio de RDD. Cataluña.

Se extrajo que eran espacios donde se ofrecía una cobertura de necesidades básicas, como un espacio donde estar, un equipo profesional para acompañar y asistencia en el consumo. Sin embargo, al presentar las dificultades mencionadas, el beneficio de las SCS se agotaba en los límites de la RDD, obturando prácticas que tuviesen que ver con el cuidado del placer.

Entornos institucionalizados

La ausencia de acciones orientadas a preservar el placer y al bienestar podía revestir en las SCS del mismo tinte que en los centros de salud: espacios donde se abordaba la enfermedad.

Por ello se preguntó al grupo por estrategias alternativas de diseño de estos entornos hacia espacios más participativos. Se partió de la base de dos ejes principales: la redistribución del espacio y la figura del peer. A continuación, se muestra un fragmento de conversación donde se relataron experiencias sobre ambos ejes, por parte de dos hombres que trabajaban en SCS y PIJ respectivamente:

“ - Antes había mesas redondas, había espacio para jugar a las cartas y eso se quitó, (ahora) no invita tanto a quedarse horas [...] La mayoría de la gente que viene a aquí ha dicho que prefiere esto, porque hay menos movidas, menos peleas y menos robos.

“ - Un grupo de iguales que gestionen cosas, posiblemente se rompa este grupo de iguales y haya el líder natural [...]. Yo esto lo viví en un centro de día [...] Una persona que tenía carné de conducir, le dijimos, pues tú puedes ser el que vaya a buscar las cosas por ahí. Y de ser el que iba con una furgoneta a buscar las cosas, acabó creyéndose que era el subdirector. Y hubo problemas.”

Este fragmento indicaba la proporcionalidad que establecían las personas participantes en el GF entre la incorporación de espacios de participación y el aumento de conflictos. Lo que invitaba a reflexionar sobre el coste de oportunidad de la evitación del conflicto, que parecía implicar reducir la participación y valorar si estas eran las orientaciones que interesaban de cara al futuro, o de lo contrario, si se tenía que poner la mirada en otros modelos, otros espacios no profesionalizados u otras formas de intervenir. En este orden de cosas, se propuso como posible línea de investigación, analizar quién aporta esta conflictividad, de qué tipo y qué soluciones podemos encontrar mirándolo desde el género.

3.12. REDUCCIÓN DE DAÑOS Y DESGASTE PROFESIONAL

AUTORAS: SONIA ORTIZ MORENO

INTRODUCCIÓN

El trabajo de las personas profesionales en el campo de la RDD, enfocada en el acompañamiento a individuos que utilizan sustancias, y que habitualmente han sufrido múltiples episodios de violencia y que además pueden estar en situación de sinhogarismo, presenta desafíos singulares que pueden intensificar la aparición del síndrome del burnout. Estos expertos enfrentan las complejidades inherentes a la gestión del uso de sustancias, el estigma asociado, y en la actualidad también, las dificultades asociadas a la falta de vivienda. En esta exploración cualitativa, se pretendió explorar aspectos específicos que contribuyen al desgaste profesional y al síndrome del burnout en aquellos que trabajan incansablemente en el ámbito de la RDD.

Estas profesionales se encuentran inmersas en un entorno donde la empatía y la comprensión son fundamentales para establecer relaciones significativas con aquellos que buscan apoyo. No obstante, esta conexión constante con las luchas diarias de personas en situaciones extremadamente difíciles puede tener un coste considerable para la salud mental y emocional de los profesionales. La naturaleza misma de la RDD implica enfrentar escenarios desafiantes y, en ocasiones, desgarradores. Estas personas profesionales están expuestas a situaciones donde deben gestionar crisis relacionadas con el uso de sustancias, la violencia, no disponer de techo, la discriminación... y a menudo además serán personas que han experimentado situaciones potencialmente traumáticas. La constante exposición a estas realidades impactantes puede generar fatiga emocional y desgaste psicológico, contribuyendo al desarrollo del síndrome del burnout.

Además, la exposición a situaciones de violencia que viven añade una capa adicional de complejidad a su labor. La violencia, ya sea de naturaleza interpersonal o estructural, se presenta como un desafío constante en la vida de las personas que utilizan sustancias, incrementada exponencialmente si además viven en situación de sinhogarismo. Las profesionales, al enfrentarse directamente a estas situaciones, deben gestionar y abordar las secuelas físicas y emocionales de las violencias sufridas por las personas que utilizan sustancias. Esta exposición a la violencia puede generar un desgaste adicional, aumentando la carga emocional y contribuyendo al riesgo de agotamiento profesional.

El síndrome del burnout se caracteriza justamente por una sensación de agotamiento físico y emocional, despersonalización y una disminución de la realización personal en el trabajo. En el contexto de la RDD, estas ma-

nifestaciones pueden ser exacerbadas por la presión de proporcionar respuestas efectivas en un sistema muchas veces limitado en recursos. La sobrecarga de trabajo, la falta de reconocimiento y apoyo, así como la naturaleza a menudo ingrata de la labor, pueden generar un círculo vicioso que contribuye al agotamiento profesional.

Uno de los aspectos más desafiantes para estas profesionales es la gestión de las expectativas, tanto las propias como las impuestas externamente. La falta de comprensión pública sobre la fragilidad social de las personas que utilizan sustancias puede llevar a una percepción errónea del trabajo realizado por estas profesionales. En lugar de reconocer la importancia de la RDD como una estrategia efectiva de intervención, pueden encontrarse con resistencia y malentendidos. Este factor contribuye a la sensación de falta de reconocimiento, agravando el riesgo de burnout.

Además, la falta de recursos adecuados y el escaso apoyo institucional pueden exacerbar el estrés laboral. La implementación efectiva de programas de RDD requiere una inversión significativa en términos de personal, capacitación y recursos materiales. Sin embargo, en muchos casos, los profesionales se enfrentan a la realidad de trabajar en condiciones de escasez, donde la demanda supera con creces la capacidad de respuesta. Esta disparidad puede generar frustración y desencanto, contribuyendo a la erosión de la motivación y el entusiasmo inicial.

La relación terapéutica en el campo de la RDD también presenta desafíos únicos. A menudo, se debe equilibrar la necesidad de establecer límites saludables con la empatía y la comprensión hacia las experiencias de las personas que acompañan. Este acto de equilibrio constante puede generar una carga emocional adicional, ya que las profesionales se encuentran en una posición delicada de facilitar el cambio y la autonomía sin juzgar ni imponer.

La incertidumbre inherente al trabajo en RDD también contribuye al agotamiento profesional. Las personas que acompañan enfrentan múltiples desafíos y obstáculos, y la naturaleza impredecible de sus circunstancias puede generar un estrés adicional para los profesionales.

Es crucial avanzar desde ya que las experiencias de burnout pueden variar entre profesionales mujeres y hombres que trabajan en RDD. Las diferencias de género pueden influir en la forma en que se perciben y manejan el estrés y las presiones laborales. Las profesionales mujeres, a menudo, enfrentan desafíos adicionales relacionados con las expectativas sociales, la carga de trabajo no remunerado y la gestión de roles duales, tanto en el

ámbito laboral como en el hogar. Estos factores pueden contribuir a una mayor vulnerabilidad al burnout.

En resumen, el trabajo en RDD, tal y como apuntaba la Fase Diagnóstica de esta investigación, desde un punto de vista teórico parece incluir ingredientes muy significativos para generar desgaste profesional y aumentar el riesgo de burnout, y es fundamental considerar las dinámicas de género que influyen en estas experiencias.

MÉTODO

Se aplicó una metodología cuantitativa a partir del desarrollo de un grupo focal (GF) compuesto por profesionales vinculados a la red de servicio y/o programas de Reducción de Daños (RDD) estatal. La información fue complementada con una entrevista semiestructurada individual a una profesional con experiencia en supervisión de equipos de RDD, de acompañamiento psicosocial y de catástrofes. Dicho acompañamiento, lo hace apoyada en un "Modelo de Cuidado Profesional", que ella misma ha creado.

Se diseñó un cuestionario individual que fue administrado telemáticamente a todas las personas participantes. El objetivo principal de este instrumento fue la recogida de información individual sobre su experiencia en primera persona en relación al desgaste profesional y/o desarrollo del síndrome de burnout en los servicios y/o programas de RDD donde habían trabajado.

Esta experiencia incluía aspectos en calidad de testimonio y/o de persona afectada. Las variables recogidas estaban relacionadas con: 1) los años de experiencia laboral en RDD, donde el 100% de las y los participantes habían trabajado entre 5 y más de 10 años; 2) los años de experiencia en acompañamiento a personas o equipos dedicados a la RDD, obteniendo el mismo resultado que en la variable anterior; 3) el tipo de empresa en la que habían desarrollado su labor profesional, en la que se reflejó que el 50% de las personas trabajan o han trabajado para empresas gestoras de servicios públicos, el 33,3% habían trabajado o trabajaban para el sector público, y el 16,7% trabajaba para el sector privado; 4) la conformidad con las condiciones laborales, en la que el 83,3% contestaron no estar conformes; 5) Haber sufrido sintomatología de burnout, donde el 50% contestó de forma afirmativa, y el 100% aseguró haber sufrido ansiedad en algún momento por motivos laborales; 6) Haber sido testimonio de burnout, donde el 66,7% de las personas profesionales afirmó haber acompañado o haber sido testimonio de compañeras o compañeros; 7) haber estado incapacitada/o por enfermedad a causa del desgaste laboral, donde el 100% contestó de manera afirmativa y el 100% afirmó que esa interrupción temporal (IT) del trabajo por enfermedad no se calificó como Laboral; 8) existencia o no de protocolos preventivos en las empresas para las que trabajan, y en este caso el 100% contestó reportó que no.

El muestreo realizado fue teórico, de conveniencia, mediante el equipo de investigación completo. Se valoró como elemento de interés en la participación de: 1) profesionales con larga trayectoria en servicios y/o programas de RDD; 2) profesionales que en la actualidad no estuviesen trabajando en la red de RDD y pudiesen nutrir la recogida de información con experiencias elaboradas desde la distancia emocional; y 3) profesionales que tuviesen experiencia en acompañamiento psicosocial a equipos de RDD.

En la red de servicios y programas de RDD intervienen diferentes perfiles profesionales, tanto sanitario como social, el criterio de inclusión aplicado se basó en garantizar la presencia de voces de ambas áreas, con el objetivo de analizar las diferencias en la posible afectación según las funciones realizadas en la práctica diaria. Se tuvo en cuenta la representatividad en términos de diversidad de: género, de culturas, de territorios nacionales, de tipología de dispositivos y características de la relación laboral (años de experiencia y responsabilidades).

El GF fue dinamizado por la investigadora experta de la temática burnout. Contó con la observación tanto de la profesional técnica de UNAD como de la coordinadora de la investigación. Fue telemático. La duración total fue de 2 horas. El número final de participantes en el GF fue de 6 personas.

RESULTADOS

CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT E INTERSECCIONES

El primer aspecto que fue abordado a las personas participantes fue la propia definición del síndrome de burnout. Se observó que la mayoría de participantes consensuaban los síntomas de sufrir este desgaste reportándolos como "estar quemada", "desmotivación", "hastío", "cansancio", "agotamiento", "ansiedad" y "depresión". Todas coincidieron en señalar que, en el contexto de la RDD, se observaba que el síndrome de burnout presentaba elementos diferenciales respecto a otros sectores laborales.

“**Claro que hay características concretas de burnout en RDD. La situación con la que trabaja la gente, es altamente demandante. Es población que está muy dañada a nivel emocional, y por lo tanto hay que hacer un trabajo de contención con las personas. Y esto, va calándote como profesional”.**

Psicóloga, Barcelona. Especialista en Burn-Out y acompañamiento a equipos profesionales. Cataluña.

Otra de las participantes indicó que sacar a la luz el síndrome del burnout en RDD es *“hacer evidente que hay un impacto en la Salud Mental de las personas”*. Añadiendo que este síndrome no puede considerarse un estado finalista, sino un proceso que incluye el cansancio emocional dentro de un contexto laboral concreto.

“**Para llegar al burnout, existen dos patas, la emocional y la de gestión. Pero la emocional, quiere decir que ya has dado pistas que estás con un impacto emocional por la atención que estás ofreciendo.”**

Psicóloga, Barcelona. Especialista en Burn-Out y acompañamiento a equipos en RDD. Cataluña.

La edad como eje de desigualdad en la posibilidad de desarrollar síndrome de burnout fue nombrado en varias ocasiones por las participantes de mayor edad. Señalaron el descanso de mayor duración como factor protector de desarrollar síndrome de burnout en personas que presentan carreras profesionales de larga trayectoria en RDD. Indicaron que no existe un modelo de gestión del trabajo que lo promueva, y que, continúa despertando en las profesionales miedo a perder el trabajo o a perder condiciones de estabilidad al regreso.

“**No sé si es una percepción por mentalidad de más vieja, supongo que igual es que antes yo me veía joven, no me daba miedo perder un trabajo y encontrar otro. Ahora buscas, o al menos en mi caso, más estabilidad. O a lo mejor se me activan más miedos, no sé si es real o no. Se me activan más miedos porque ya no estás para tragar cualquier cosa o para empezar de cero. Cada vez tienes menos ganas de empezar en un equipo nuevo.”**

Educadora Social, vinculada a Servicios de RDD. Cataluña.

Apoyando este argumento, una de las participantes vinculada a los recursos de RDD complementaba este discurso expresando que bajo su experiencia se observaba mayor presencia de sintomatología compatible con el síndrome de burnout en personas de larga trayectoria y una menor formación en la identificación de estos síntomas como enfermedad del trabajo. La participante incidió en que la asunción del deber laboral se manifiesta como un fenómeno generacional que podría incidir en la elección de tomar una baja por desgaste profesional.

“**La gente que lleva muchos más años en RDD, son las personas que están más quemadas, pero también en el lugar donde yo he trabajado, son las que más les cuesta cogerse la baja.”**

Educadora Social, vinculada a Servicios de RDD. Cataluña.

Otro de los profesionales, apoyó esta la idea e incorporó otro elemento de relevancia respecto a la edad en las y los profesionales de RDD que fue el impacto del salario en la cuantía económica a percibir en el subsidio de jubilación.

“**Cuando eres más mayor, te da miedo a cualquier cambio y te adaptas a lo que tienes. Por otra parte, cuando eres mayor pues también te da más miedo que llega la jubilación y te dices, ¿voy a ganar suficiente?.”**

Médico y Coordinador, vinculado a servicio de RDD. Comunidad de Madrid.

A pesar de la feminización existente en las profesionales de la red de RDD y de que la gran mayoría de las personas participantes eran mujeres, cómo afecta la cuestión del género el desgaste profesional en RDD fue un aspecto que las pasaron por encima y apenas tuvo protagonismo. Únicamente dos de las participantes describieron cómo el sesgo de género afectaba en el proceso de toma de decisión de solicitar la baja por incapacidad temporal por enfermedad. Ambas reportaron comportamientos de presión desde la empresa contractual para que se retracten sobre esta idea.

“**No sé si como mujer, o como cuarentona, pero a mí personalmente ya me pasa cuando tengo que ir al médico porque tengo una gastroenteritis, ya siento esa cosa, no sé si es la culpabilidad cristiana de decir, ¿seguro que estás lo suficientemente mal que no puedes ir a trabajar?.”**

Educadora Social, vinculada a servicio de RDD. Comunidad de Madrid.

Sumado a esta idea, otra de las profesionales añadía su experiencia personal entorno a este tema:

“**Se junta la jueza interna nuestra que claro, eso es de haber mamado aquí unos mandatos guapos de género, con el prejuicio real. O sea, yo es que me ha pasado, cuando yo hice un parón de burnout y mi pareja estaba también por otra movida de baja por depresión. Y es que era otro cuento, era otro cuento tanto cómo llegaba él al médico, con la facilidad con la que se le daba la baja, a cómo se me cuestiona a mí y como yo voy al médico.”**

Educadora Social, vinculada a Servicios de RDD. Cataluña.

FACTORES DE RIESGO DE DESARROLLAR SÍNDROME DE BURNOUT

Nivel alto de exposición a violencia

Tanto de los relatos que se extraen del GF como en la entrevista individual realizada, la palabra violencia fue nombrada con elevada frecuencia, pudiéndose identificar ésta como un factor de riesgo a desarrollar síndrome de burnout en los diferentes contextos de acompañamiento de la RDD. Diferentes participantes hicieron hincapié en la normalización de la violencia (gritos, amenazas, descalificaciones) que existe en los servicios de atención de RDD.

“ Muchas cosas muchas veces pasan desapercibidas dentro de los equipos, o que se normalizan. Porque en reducción de daños tu normalizas que un usuario te grite, que tú tengas miedo... O que salgas del servicio pensando que un usuario te pueda hacer algo, a ti... o a tu coche, que te lo has encontrado rallado. Esto no debe ser: “no, es que trabajando en reducción de daños estas cosas pasan”, ¿perdón?!”

Psicóloga, especialista en acompañamiento psicosocial a equipos profesionales. Cataluña.

“ Estamos muchas con gente que está viviendo en la calle, que sufre agresiones sexuales a diario, todo tipo de violencias. Y al final, esa gente, quieras que no, en la atención directa, muchas veces reproduce toda la violencia; desde la institucional hasta la física, sexual, social que pueda recibir, la reproduce hacia ti.”

Educador Social, Enlace Sindical en Recurso RDD. Cataluña.

Todas las personas participantes reportaron de forma explícita que durante su jornada laboral habían recibido violencia en alguna ocasión. Incidieron que a pesar que de forma automática se proyecta la idea que la violencia proviene de las personas usuarias del servicio, las participantes hicieron hincapié que otra fuente de violencia eran las propias vecinas y vecinos del barrio donde se ubican los servicios de RDD en los que trabajan. Una participante realizaba la siguiente descripción.

“ ...Recibes mucha violencia por parte del barrio, los vecinos, ... O sea, todo lo que las instituciones no recogen, todos los malestares que no se recogen, pues acaban a parar al servicio. Porque al fin y al cabo estás ahí digamos, y eres accesible.”

Educadora Social, vinculada a Servicios de RDD. Cataluña.

Malas condiciones laborales y reconocimiento externo

Una participante utilizó el término ‘*instituciones isomorfas*’ con el propósito de describir la similitud existente entre la situación experimentada por los equipos profesionales de RDD y la situación de marginalidad en la que se encuentran las personas usuarias de los servicios. Se señaló que ambos grupos comparten y reproducen la condición de marginalidad y opresión ante personas de la propia disciplina, instituciones y administraciones.

“ Me acuerdo que tenía un profesor de un máster que hablaba de las Instituciones Isomorfas, que acaban cogiendo la forma del ámbito en el que trabajas... A veces son el último escalafón de la sociedad... si te drogas es porque quieres.”

Educadora Social, experiencia en servicios de RDD. Cataluña.

Indicaron que la falta de reconocimiento externo incrementa esta percepción de discriminación, así como, la diferencia de salarios con homólogos de su disciplina que trabajan en otros campos.

“ Creo que algo definitorio del burnout en RDD, es la marginación. Me siento marginado como mis como mis pacientes. Estamos marginados... Estamos haciendo algo que no es valorado ni económicamente ni institucionalmente ni de ninguna manera, ... El salario que gana un médico aquí es vergonzoso”.

Médico y Coordinador, vinculado a servicio de RDD. Comunidad de Madrid.

Otro elemento al hicieron referencia todas las personas participantes fue la falta de reconocimiento por parte de la entidad gestora y/o de la administración pública titular del servicio y/o programa. Coincidieron en señalar a la externalización de servicios por parte de la administración como un elemento relacionado con la reducción de la calidad de la atención y el empeoramiento de las condiciones laborales de las personas trabajadoras. Estos dos elementos fueron señalados como factores de riesgo del desgaste profesional.

“ Pero al final cada seis años, somos un producto que se rifan varias empresas y esto se nota también un montón en la calidad del trabajo en el servicio.”

Educadora Social, vinculada a servicio de RDD. Comunidad de Madrid.

“ Este cansancio tiene mucho que ver con la pelea constante con las instituciones, con lo difícil del encaje de la reducción del daño en según qué áreas. La parte sanitaria, por la que nos toca, por ejemplo, ocurre mucho, ¿no? Tenemos que estar sosteniendo el servicio en unas condiciones muy difíciles, en unas condiciones absolutamente de subcontratación que cada vez hacen más complicadas.”

Educadora Social, vinculada a servicio de RDD. Comunidad de Madrid.

Se insistió en que la administración en primera instancia, y las entidades gestoras en segunda, son responsables de promover medidas que favorezcan el cuidado profesional. Contemplaron la necesidad de que este cuidado profesional, debería estar reflejado desde el inicio, en los contratos, licitaciones y subvenciones que efectúa la administración con la entidad gestora, y también en los contratos que firman los y las profesionales con la empresa contractual “contratos donde se contemple que existe un daño psicológico, hacer evidente que hay un impacto en la salud mental de las personas, poder explicarlo y decirlo cuando te van a contratar, como derecho de la trabajadora tener esto. Y disponer de un seguro para ello. Al igual que la Mutua. La Mutua tiene que darte la baja por estos motivos, no sólo porque me duele la espalda o tengo migraña”. Tan solo el participante que realizaba funciones de enlace sindical señaló a la entidad gestora como única responsable.

Las condiciones laborales relacionadas con el modelo de gestión de los servicios y/o programas citadas por las participantes fueron la falta de funciones profesionales definidas, la sobrecarga de trabajo y la ejecución en modo multitarea. Todos estos elementos fueron reportados especialmente por las profesionales de Barcelona, relacionándolos como potenciadores de experimentar estrés y desgaste laboral.

“ El multitask, que a veces para hacer algo estás constantemente interrumpida. En el trabajo técnico, estás a lo mejor, abriendo una puerta, redactando un informe, atendiendo una pelea y llamando al 061. Es agotador.”

Educadora Social, experiencia en servicios de RDD. Cataluña.

“ Mira, yo la semana pasada, y lo digo porque fue una semana muy dura que estaba muy quemada justamente. Mi categoría profesional de repente se multiplicó y yo era educadora, era coordinadora, era administrativa y estaba cubriendo todos los espacios. Entonces, hice mi trabajo por cuatro sabiendo que no se iba a cubrir. Este es el nivel... Entonces es algo que aumenta directamente la sensación de estar quemada. Y no solo eso, sino que recaiga toda

la responsabilidad sobre ti, cuando yo no sé hacer de coordinadora, yo no sé hacer de administrativa, no es mi trabajo. Y sé, que si no lo hago yo, pues no lo va a hacer nadie, o se va a tener que hacer igual, quiera yo o no.”

Educadora Social, experiencia en servicios de RDD. Cataluña.

Las personas profesionales provenientes Madrid, señalaron que, a pesar de los múltiples cambios de entidad gestora de los servicios, habían logrado la jornada laboral de 4 días, aumentando de forma notable la sensación de descanso y tiempo libre. Este elemento fue reportado como compensador a malas condiciones como eran el salario bajo o la falta de reconocimiento externo.

“ Nosotros intentamos tener bastante tiempo libre también. Dentro de lo que podemos, hay dos factores importantes y uno de ellos es poder descansar para no quemarse. Antes lo gestionaba esto una asociación, y siempre nos han cuidado en ese aspecto de que hay que descansar. Entonces, nosotros trabajamos cuatro días a la semana eso es algo que ayuda a mantenerse en el trabajo, o sea yo muchas veces no me he ido del trabajo pues porque no quiero renunciar a mi tiempo libre. Yo he descansado esta semana, y eso ojo, gana mucho el trabajo. Una cuestión es lo económico y otra cuestión es el tiempo libre”.

Médico y Coordinador, vinculado a servicio de RDD. Comunidad de Madrid.

Las personas profesionales vinculadas a servicios y/o programas en Cataluña mostraron su sorpresa ante esta mejora laboral, indicando que su realidad era totalmente opuesta. Varias participantes indicaron que su experiencia incluía jornadas de más de 10 días seguidos cubriendo cubrir puestos vacantes en los equipos. Este elemento fue señalado de alto nivel de estrés. Asimismo, se señaló a las variables edad y tiempo de contratación a tener en cuenta en la aceptación de malas condiciones laborales, sin resultar factores protectores de desarrollo de síndrome de burnout.

“ En mi caso, veo que gente que tiene condiciones laborales, sobre todo la gente que están en suplencias o que son más jóvenes, vienen a trabajar 9 días seguidos, 11 días seguidos, o sea está pasando. Entonces nos encontramos a gente, sobre todo suplencias y gente joven, que está haciendo estas maratones y ves que están al límite”

Educadora Social, experiencia en servicios de RDD. Cataluña.

Falta de protocolos de cuidado profesional y de supervisión externa

Las participantes resaltaron la importancia de que la administración, responsable de fijar las condiciones mínimas de actividad de los servicios externalizados, no esté contemplando la importancia y costes de incorporar agentes de cuidado dentro de la estructura del equipo profesional, ni exigiendo protocolos de cuidado profesional. Bajo este paraguas las profesionales señalaron que las entidades gestoras se encuentran en la posición de asumir con fondos propios esta prestación o bien desestimarla, quedando las personas profesionales en una situación de desamparo legal.

“ Como institución y organización, tú tienes que ser muy consciente que trabajar con este tipo de población, conlleva a un desgaste.”

Psicóloga, especialista en acompañamiento psicosocial a equipos profesionales. Cataluña.

“ La falta de agentes de cuidado para el equipo. Figuras de supervisión ya están más en auge en el campo de lo social, pero la época que yo trabajaba en reducción de daños no tuve ninguna supervisión y yo creo que es una herramienta que debería ser súper básica y esencial para el cuidado del equipo y de la praxis también.”

Educadora Social, experiencia en servicios RDD. Cataluña.

La profesional, con experiencia justamente en este rol profesional, defendió que la implementación de medidas para el cuidado profesional habituales son el grupo de cuidados profesionales y la supervisión. Desde su punto de vista esta medida sería insuficiente si no se ve acompañada de ajustes en las condiciones laborales, adaptados a las características del servicio. Alguno de los ejemplos citados fueron las jornadas de 4 días a la semana, descansos cuidados a lo largo de la jornada laboral “igual tienes que tener una sala habilitada con cojines, tranquilidad.... Igual acabas de tener una intervención en la calle y necesitas un espacio donde te puedas ir, que sea calmado, tranquilo,” y un teléfono donde poder acudir en situación de crisis, fuera de tu horario laboral, en los momentos de necesidad de acompañamiento emocional.

FACTORES MEDIADORES EN EL DESARROLLO DEL SÍNDROME DEL BURNOUT

Equipo profesional

Otro factor asociado al síndrome del burnout que fue citado fue el propio equipo de profesionales. Las profesionales que desarrollan su labor en Cataluña, nom-

braban la responsabilidad en la interacción entre sus miembros, pudiendo operar como factor precipitante del desarrollo del síndrome de burnout, describiéndolo como un fenómeno expansivo entre sus miembros.

“ Entre los compañeros se retroalimenta. Es decir, si tenemos un compañero que se está quemando y sigue en el equipo, al final arrastra los demás.”

Educador Social RDD y Enlace Sindical. Cataluña.

“ El equipo puede ser que sea un disparador de burnout o que un equipo esté todo quemado”.

Psicóloga, Barcelona. Especialista en burnout y acompañamiento a equipos en RDD. Cataluña.

Por el contrario, algunas profesionales territorializadas en Madrid, reportaban que bajo su experiencia, el equipo profesional había operado como un factor protector ante el desarrollo del síndrome del burnout. Tras su propia experiencia de 19 años señalaron como positivo la antigüedad de las personas del equipo, la percepción de apoyo, los cuidados y el compromiso de continuidad.

“ La suerte que tenemos es contar con un equipo que en su mayoría llevamos un montón de años y nos protegemos bastante los unos a los otros, además hemos crecido juntos, hemos creado el proyecto y esto nos protege bastante...”

Educadora Social, vinculada a servicio de RDD. Comunidad de Madrid.

“ Nosotros la verdad es que aquí no hemos vivido muchos casos de burnout, el equipo es bastante estable en los años. Personalmente lo he vivido transitoriamente en momentos puntuales de estrés. No me visto con la necesidad esa de coger una baja.”

Médico y Coordinador, vinculado a servicio de RDD. Comunidad de Madrid.

Dentro de los equipos profesionales también se señaló que se producen jerarquías entre sus miembros. La opresión por esta desigualdad también fue identificada como posible factor de riesgo para desarrollar síndrome de burnout. Una participante afirmó “de hecho son estas dinámicas de poder lo que me hace estar quemada y no la intervención directa”. Se identificó la construcción de esta escala de poder basada en el modelo biomédico, localizándose en puestos de privilegio y poder las profesiones de medicina y psiquiatría, y en posiciones de opresión los profesionales de la educación social o auxiliares de enfermería. Por el contrario, se reportó que la estructura de organización del trabajo horizontal podría ser un

factor protector, promocionando ambientes laborales de bienestar entre las personas profesionales.

“ Pensaba en el tema de las jerarquías dentro del equipo... el funcionar con dinámicas más horizontales facilitan mucho el bienestar en un equipo, el sostenerse. A veces te lo encuentras, pero ¡En un hospital? Yo aluciné. Una estructura muy fuerte, con figuras de mucha autoridad, como los médicos, los psiquiatras. Es una movida.”

Educadora Social, experiencia en servicio RDD dentro del ámbito hospitalario. Cataluña.

Este aspecto pareció que podía verse complementado con la formación específica a las profesionales que lideran y coordinan equipos profesionales “para legitimar y validar que una profesional esté mal y decirle, chao, vete, tú no estás bien” y para garantizar que dispongan de recursos para la implementación de modelos horizontales.

Las personas profesionales que trabajaban en servicios y/o programas de RDD en Madrid señalaron como dinámica de cuidados entre las y los profesionales el reparto equitativo de responsabilidades y decisiones

“ También me parece muy importante, que intentamos tener las responsabilidades muy compartidas. Intentar que todo el peso de las decisiones no caiga en una persona o no se queme en ese sentido. Yo creo que sí, que es gracias a ese colchón que nos ofrecemos mutuamente, hemos evitado casos de burnout muy severos o muy palmarios. En momentos puntuales, pues claro que lo ha sabido.”

Médico y Coordinador, vinculado a servicio de RDD. Comunidad de Madrid.

Implicación individual y colectivización lucha de derechos

Las personas participantes que trabajaban en RDD señalaron la falta de implicación individual y colectiva en la defensa de los derechos laborales “pensaba en la responsabilidad individual, y pensaba, somos el sector menos movilizad de la historia” relacionando este elemento con aislamiento individual y desmotivación. De esta propia expresión se podía extraer que la colectivización de la lucha de derechos podría ser un factor protector ante el desgaste.

La posibilidad de crear y establecer un Convenio Colectivo específico en RDD como marco regulador, fue señalada por algunas participantes como un posible factor protector del desgaste profesional. El profesional que realizaba tareas de enlace sindical indicaba que “la RDD no es algo que se parezca a los demás campos.... El convenio que tienen en los hospitales, no atiende la realidad que tenemos en reducción de daños. El convenio de sani-

dad privada, que es el que tenemos, no atiende a la realidad. El convenio social tampoco atiende esa realidad, no atiende las necesidades. A lo mejor hay que plantear unos honorarios distintos, o menos jornada de trabajo, o que el convenio cubra asistencia psicológica, y claro eso no está en ningún convenio.” Los participantes situados en Madrid cuestionaron la necesidad de un convenio especializado en RDD, indicando que las últimas afectaciones al sistema de público de salud autonómico auguraban un mal escenario futuro para los servicios públicos. Este hecho los llevó a poner en duda la posibilidad de conseguir una mejoría de las condiciones laborales respecto a otros sectores históricamente en lucha, como el social.

“ Hiperespecializar el convenio (precisamente el convenio de intervención social ya está bastante especializado), hiperespecializarlo más, nos deja más solos. Yo no veo muy bien el camino por ahí.”

Educadora Social, vinculada a servicio de RDD. Comunidad de Madrid.

A pesar de la convicción por parte de la persona dedicada a las funciones de enlace sindical de los posibles beneficios que pudiera proporcionar la creación de un convenio específico en RDD a los y las profesionales, señaló las dificultades con las que se encontraría refiriendo con elevada desconfianza la implicación en la mejora del estado de salud de las personas profesionales.

“ El único problema que veo, es que creo que falta mucha literatura para hacer un convenio específico sobre RDD y poner unas bases sobre las que se pueda negociar el convenio. Por otro lado, bueno, no lo van a firmar. Es una realidad, no van a firmar un convenio en el que yo, desde mi punto de vista, necesitas más descansos o espaciar más los tiempos de trabajo. Y eso no lo van a firmar. No te van a subir el sueldo. La realidad es la que es.”

Educador Social RDD y Enlace Sindical. Cataluña.

Uso de sustancias y experiencia traumática

La profesional especialista en acompañamiento psicosocial apeló a la responsabilidad individual desde una perspectiva de autocuidado, señalando que si un profesional carece de estas estrategias se potencia la posibilidad de desarrollar el síndrome de burnout. Señaló dos factores precipitadores: el uso de sustancias y la elevada prevalencia de episodio traumático en las y los profesionales de RDD. La presencia de ambos factores se observó que presentaba un comportamiento circular causa-efecto que podía potenciar el resto de factores de riesgo asociados al burnout.

En relación al uso de sustancias, la experta lo identificó como un factor de riesgo que unido a una acumulación de otros factores potencialmente precipitantes (como la exposición a la violencia, los insuficientes periodos de descanso, la inmediatez de la demanda) contribuía al aumento de la sintomatología ansiosa en la persona profesional. Esta combinación fue señalada como un aumento del malestar en la persona que agravaba su condición emocional.

“ Si a esto le sumas, a que puede haber, y a menudo es, un consumo por parte del propio profesional en el ámbito de drogas. Es una bomba de relojería, ¿quién atiende a quién?”

Psicóloga, especialista en acompañamiento psicosocial a equipos profesionales. Cataluña.

En cambio, el resto de profesionales que participaron señalaron los efectos positivos del uso de sustancias situándolo como un factor protector. Algunas funciones que se reportaron fueron la ansiolítica “*como un tratamiento más, como quién se toma un Diazepam*” y la evasiva “*ayudándote a evadirte*”. De ambos ejemplos se puede extraer que las participantes priorizaban la continuidad laboral por delante del malestar ante episodios de estrés emocional que pudiesen estar sufriendo individualmente.

A pesar de estos posicionamientos que inicialmente resultaban contradictorios, las personas profesionales indicaron que si esta estrategia se perpetuaba podía presentar efectos negativos en las personas “*a la larga es peor para el proceso de la aparición de burnout*” y a su vez “*es una causa-efecto, cuando sufres burnout, te da por beber más*”.

La profesional experta insistió en la importancia de además contextualizar este uso de sustancias, situado por ella como riesgoso cuando se convierte en una estrategia evitativa de conexión con el malestar individual. Señaló que algunas personas que no han realizado un proceso de revisión personal y de autoconocimiento realizan la práctica de prolongación de la jornada laboral entre iguales utilizando sustancias y así aliviando los sufrimientos vividos durante el día en el trabajo.

“ Si tú no te trabajas qué es lo que se te está moviendo, de alguna manera lo tenemos que canalizar. Lo tengo a mano. Y lo voy sobrellevando. Y en la RDD se hace mucho colegueo después del trabajo. Y te vas de copas y entonces 4 cañas pueden caer después del trabajo, ¿Por qué? Porque son mis amigos. Yo dejo el trabajo, pero me voy a tomar cañas con la gente del trabajo y acabo contándome mis historias personales, ... No es para caer en el tópico, es como canalizo yo este malestar que va in crescendo. Y si yo no me he trabajado mi mochila...”

Psicóloga, especialista en acompañamiento psicosocial a equipos profesionales. Cataluña.

En relación a la revisión personal destacó como elemento diferencial en las y los profesionales de reducción la elevada prevalencia de experiencia traumática, especialmente de abusos, que había detectado durante sus acompañamientos. Indicó que este elemento podía también ser un factor de riesgo ante el uso de sustancias, el cual podría agravar la sintomatología ansiosa.

“ El consumo que hay en los equipos. Además, como factor de riesgo es las mochilas que llevamos. La gente que trabaja en RDD, las historias de vida, tienen un perfil determinado al que se pone a trabajar con familias. Hay mucha historia de abusos”

Psicóloga, especialista en acompañamiento psicosocial a equipos profesionales. Cataluña.

También señaló que la había evidenciado que la intensidad y características del trabajo diario de la RDD podría ser un factor precipitador de la conexión con la experiencia traumática previa negada u olvidada por parte de las personas profesionales.

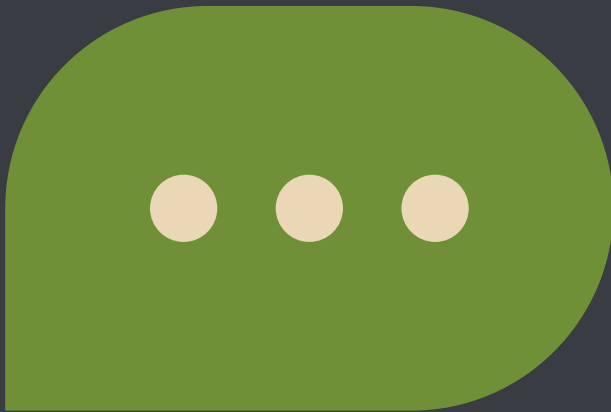
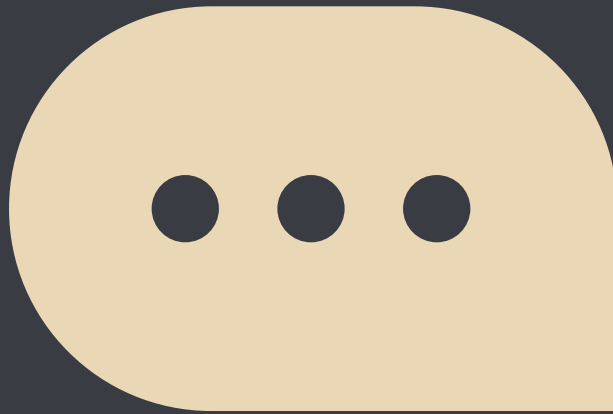
“ La de veces que he visto, y haciendo el tema del cuidado profesional con RDD, que han saltado historia de abusos, las tenían completamente negadas, olvidadas o rechazadas.”

Psicóloga, especialista en acompañamiento psicosocial a equipos profesionales. Cataluña.

De los discursos del resto personas participantes no se extrajo ninguna referencia a experiencias traumáticas previas o estrés traumático secundario. Tan solo se señaló al impacto potencialmente traumático de vivir frecuentemente episodios de violencia en el entorno laboral.

4

DISCUSIÓN



REDUCCIÓN DE DAÑOS Y JUSTICIA SOCIAL

A fecha de hoy, y a diferencia de otros países, la implementación del abordaje de Reducción de Daños en incuestionable en España. El modelo de abordaje que impera actualmente presenta elementos comunes en la mayoría de territorios estatales participantes en la presente investigación. Se caracteriza por estar fundamentado en preceptos de salud pública y aplicar un paradigma biomédico. Sus principales objetivos específicos continúan diseñados y operando, mediante indicadores de resultado y de proceso, con un fin epidemiológico. Estos se centran en reducir la transmisión de enfermedades VIH/VHC y reducir el número de muertes por sobredosis de opiáceos, situando en el epicentro del abordaje el uso de sustancias. De forma global, se observa que el acompañamiento validado de las personas usuarias de sustancias, aún incorporándose la RDD, sigue aplicando un objetivo finalista de abstinencia, independientemente de qué sustancia se utilice.

El surgimiento de la RDD, tanto en España como en otros países, es descrito como una combinación entre necesidad de las personas usuarias y comunidad, innovación profesional y valentía política. Los 35 años de recorrido en su implementación, los resultados positivos en efectividad y los avances en garantía de derechos, parece no haber sido suficiente evidencia para silenciar los cuestionamientos de ciertos sectores de comunidad, profesionales y políticos que mantienen posicionamientos en su contra. De la totalidad de los grupos focales realizados emergen situaciones que ejemplifican esta resistencia.

Lamentablemente, se detecta que la RDD continúa impregnada de cuestiones ideológicas y morales, basadas principalmente en los discursos y políticas prohibicionistas de drogas, convirtiendo su permanencia y expansión en aspectos no garantizados universalmente y sujetos a cuestiones aparentemente debatibles. Llama la atención además la hiperlaxitud con que administraciones, servicios públicos y entidades reportan aplicar estrategias de RDD. En ocasiones, parece que se trata de un componente de un checklist que debe señalarse como incorporado, sin dar seguimiento alguno sobre el contenido y la calidad de éste.

Centrar el modelo de RDD en el uso de sustancias es valorado como un elemento esencial, oportunista y efectivo en su fase inicial de implementación, tanto a nivel estatal como local. Aceptar que la comunidad en general está impregnada y polarizada por el prohibicionismo, sitúa a la mejora de la salud poblacional como una estrategia funcional y de difícil rebate. Aún y así se valora que tras años de implementación presenta dificultades.

La mirada social y clínica hegemónica que recae sobre este colectivo es de personas que han “enfermado” por

utilizar sustancias y que serán “curadas” cuando dejen de hacerlo. El modelo de RDD además es descrito como, un despliegue de servicios y estrategias, destinados a paliar las consecuencias (en salud y sociales) de aquellas personas que no logran “curarse”. Las implicaciones identificadas que presentan mayor preocupación son la aplicación de un abordaje de carácter principalmente asistencialista, la invisibilización de los factores estructurales asociados, y, el consecuente, rechazo y discriminación que sufren por parte de sus comunidades.

La principal propuesta que emerge es la incorporación multinivel del enfoque de justicia social interseccional al modelo de RDD actual de España. Las propuestas parten de promover que se restablezca a las personas que utilizan sustancias como sujetos de pleno derecho, más allá de ser meras usuarias de servicios públicos, reconociéndoles así tanto la pérdida de derechos fundamentales, como su capacidad de lucha y posibilidad de recuperación. Esta mirada reconoce que, la fragilidad y vulnerabilidad social, es fruto de la intersección de los diferentes ejes de desigualdad, y permite reenfocar la función del uso de sustancias, situando a la persona en el centro. La red de acompañamiento a la comunidad LGTBIQ+, explorada específicamente en esta investigación a través de las personas que practican ChemSex, se identifica como una buena práctica a replicar, ya que estas personas, a pesar de recibir atención desde servicios y/o programas, mantienen el componente de colectivización de la opresión y politización de la lucha de derechos.

Aplicando este nuevo enfoque, se observa como elemento de revisión, la tradicional división española entre reducción de riesgos y reducción de daños. La comunidad de profesionales reclama la unificación de ambas ramas, señalando que, de nuevo, sitúa el uso de sustancias en el centro, individualizando y problematizando determinadas sustancias y formas de utilizarlas, invisibilizando los factores estructurales y favoreciendo el estigma hacia grupos de mayor vulnerabilidad. Aun y así, existe un consenso en que se trata de una estrategia oportunista en territorios con elevada presencia de punitivismo social hacia el uso de sustancias, como fue España a finales de los años 90.

Otro aspecto en el que se observa la necesidad de revisión del modelo es en la estrategia de implementación de servicios y su relación con la comunidad. Se observa que las administraciones en ocasiones aplican acciones que refuerzan la polarización social, favoreciendo la idea de que, la persona usuaria sustancias no está incluida en el tejido vecinal, sino que opera como un agente no territorializado, desplazable y/o expulsable. Por contra, a pesar que, se describen como laboriosas y con resultados a medio/largo plazo, se extrae como buena práctica basar la intención y el discurso en la sensibilización, promoviendo una lógica de comunión por la garantía de derechos de todo el conjunto de la comunidad, donde también

se incluyan las personas usuarias de sustancias.

Se han podido identificar experiencias exitosas, desarrolladas en Barcelona y Madrid, que transitan hacia esta nueva propuesta de modelo. En el acompañamiento a personas sin hogar, se observa que integrar respuestas que combinen la cobertura de necesidades básicas y techo con prestaciones de RDD (espacios de consumo supervisado, dispensación de parafernalia higiénica, accesibilidad a tratamiento) está ofreciendo un abordaje de mayor efectividad y reportas de alta satisfacción por parte de las personas usuarias. De la misma forma, en relación a las mujeres y personas de género disiente, se observa que la experiencia desarrollada en Barcelona, de centro de acompañamiento a personas supervivientes de violencia que utilizan sustancias se dibuja como una respuesta de calidad para reducir los daños de esta población, así como, se identifica la creación de redes de apoyo entre iguales.

En general se observa una necesidad de incorporación del componente del placer al modelo biomédico, que favorezca la mirada problematizadora del uso de sustancias, y que ofrezca respuestas orientadas también en esta dirección.

EJES DE DESIGUALDAD Y OPRESIÓN

La incorporación del enfoque interseccional se sitúa como obligatorio para comprender y describir las necesidades de las personas usuarias de sustancias.

La clase social es señalada como el eje de desigualdad de mayor potencia en relación al uso de sustancias, dibujando al sinhogarismo, como expresión máxima de pobreza en la actualidad en España. Obviamente esta desigualdad se ve potenciada a razón de género, sexo, orientación sexual, edad y país de origen. Situar las causas asociadas a la pobreza y a las formas de usar las sustancias en factores estructurales promueve una comprensión de la realidad amplia, y, disminuye la culpabilización del individuo sobre su propia situación.

Aun y así, de forma transversal, se observa, en toda la investigación, rechazo a la identificación como pobre, operando continuamente discursos y acciones de aporofobia, ya sea entre las propias usuarias de sustancias, como entre profesionales, dentro de los servicios, entre las entidades gestoras o en el desarrollo de políticas. El acompañamiento a personas que practican ChemSex presenta componentes que recuerdan a este rechazo, pudiéndose observar cierta invisibilización a discursos que puedan enlazar estas prácticas con la problematización, y en última instancia con la pobreza.

La crisis de vivienda estatal, la gentrificación y la turistificación de las ciudades se describen como elementos

directamente relacionados con el aumento del sinhogarismo. Como posibles causas se señala la bajada de salarios general, la reducción de oferta y alto coste habitacional de alquiler, la escasa flota de vivienda social, y la redirección de las pensiones hacia el turismo eliminando el acceso asequible a techo temporal de clases bajas.

La respuesta gubernamental estandarizada es el desarrollo de la red de sinhogarismo, el cual, en la mayor parte de los casos, es de competencia municipal. Todas las participantes coinciden que las respuestas ofertadas son insuficientes y, en la mayoría de los casos, no se adaptan a las personas usuarias de sustancias. Esta limitación de acceso sitúa, consecuentemente, a este grupo poblacional en un mayor nivel de vulnerabilidad, emergiendo la necesidad imperiosa de incorporar el enfoque de RDD en estos dispositivos.

Los aspectos de mejora que se detectan en esta red incluyen la eliminación del modelo escalera, basada en la meritocracia del derecho a vivienda, inclusión de habitaciones individuales y especialización de los dispositivos. El sinhogarismo es un colectivo que se visibiliza masculinizado, y se observa que las respuestas que ofrece se adaptan a los hombres, pero no son adecuadas para mujeres y personas de género disidente, menos si además utilizan sustancias. Madrid y Barcelona disponen de equipamientos exitosos que contemplan el componente género y sustancias, siendo considerados como ejemplos a replicar en el resto de territorios.

Los centros Calores y Café, diseñados inicialmente para dar protección, higiene básica, y suplementos de alimentación a personas usuarias de sustancias, resurgen ahora como respuesta adaptativa al sinhogarismo desde la red de RDD. Desde las grandes ciudades se reporta que estos espacios se encuentran sobresaturados, y que deberían replicarse modelos de atención similares desde la red de sinhogarismo. Se describen además como dispositivos que también deben revisarse y ajustarse a la situación actual, la elevada presencia de hombres cis los convierte en lugares no seguros para mujeres y personas de género disidente. Se identifican servicios exitosos en Cataluña y País Vasco que su diseño han incorporado el componente de género, reportando buenos resultados y satisfacción por parte de las personas usuarias.

La sobresaturación de estos equipamientos, va de la mano de un aumento de personas usuarias de sustancias pobres ubicadas en el entorno inmediato. Esto se señala como un elemento de reproducción del estereotipo de pobreza (mala condición de higiene, delgadez, evidencia de estar bajo efectos de sustancias, conflictivas) que empeora la relación de las personas usuarias, profesionales y servicio con el resto de la comunidad. Todas las participantes coinciden en este comportamiento aporofóbico comunitario, nadie quiere ver y convivir con la pobreza.

Algunos Calores y Café se encuentran integrados en SCS. Se reporta que en la actualidad se ha diluido el objetivo de ofrecer un espacio de observación de los efectos post consumo, siendo la atención al sinhogarismo lo que impera.

A pesar de la experiencia identificada en Barcelona de un Centro de Día orientado a jóvenes migrantes en situación de sinhogar, que contempla elementos propios de los Calor y Café, la sobresaturación del servicio se traduce, una vez más, en limitar el acompañamiento a las personas usuarias de sustancias que no presenten un compromiso firme y demostrable de abstinencia. En todas las ciudades se observa que la cobertura de alimentación básica e higiene de este colectivo en concreto queda en un limbo asistencial, que abocándolas a una situación muy preocupante de vulnerabilidad y riesgo. Analizando los discursos, se deduce que el factor edad juega en su contra, a pesar de la evidencia existente del impacto de la exclusión social en la salud mental en edades jóvenes. Emerge que por ser jóvenes pueden disponer de mayor número de recursos individuales y/o grupales de supervivencia. Se observa componente de racismo en estas hipótesis, pues en este colectivo no se identifican varones españoles.

En relación a las mujeres y población LGTBIQ+ la presente investigación propone la aplicación de un espectro amplio del género, donde la diversidad de identidades y expresiones rompan el esquema clásico binario hombre-mujer. Evitando caer en una lucha de la vulnerabilidad entre mujeres y población LGTBIQ+ usuarias de sustancias en situación de exclusión social, sí que se observa que este segundo colectivo presenta mayor invisibilización dentro de la RDD en España. Existen escasos espacios a nivel estatal donde su existencia se contemple, además de esta falta de atención específica, se observan discursos muy preocupantes de negación de la presencia de personas LGTBIQ+ en un territorio, de amenaza por suponer una relegación de la realidad y necesidades de la mujer cis, de incredulidad por la posibilidad de presentar necesidades de atención diferenciada, o incluso, de desconocimiento del significado de las siglas.

Exceptuando personas altamente sensibilizadas en la temática sexo-género, en el análisis del discurso se observa que en el imaginario social de la persona usuaria de sustancias se mantiene la figura masculina. Esto se traduce en primera instancia en un uso estandarizado del pronombre y declinación masculina, pero también, en una identificación de necesidades supuestamente agénero, que lo que enmascara es la hegemonía de la normatividad y masculinidad como estructuras únicas.

Se observa una reciente tendencia en implementar espacios no mixtos en servicios de RDD mixtos. En la mayoría de los casos no se han diseñado de forma participativa ni se ha integrado el componente género de forma

transversal, aplicando una mirada asistencial supuestamente específica, adaptada a la actividad habitual del servicio. En estas experiencias se identifica como práctica habitual la clausura del espacio no mixto cuando el servicio requiere utilizar esa parte de las instalaciones de forma mixta.

Estos espacios fueron revisados en varios grupos focales, como resultado se reporta que todas las experiencias coinciden en no permitir el acceso a hombres cis. Espacios no mixtos de mayor recorrido aportan el cuestionamiento de donde queda el lugar para hombres cis gays, los cuales en espacios mixtos están recibiendo múltiples violencias. Las experiencias que son reportadas con mayor éxito han incorporado la revisión participativa y sistemática de la identidad de las personas integrantes del espacio.

Desde las entidades y personas que practican ChemSex se reportan experiencias de espacios no mixtos localizados en instalaciones de la red de atención LGTBIQ+ que operan según prácticas sexuales o vía de administración. Se observa una voluntad de distensión de clase social en el colectivo ChemSex concretamente, evidenciándose que, la barrera de acceso a la red de RDD es la identificación con pobreza.

Entre la intersección entre el uso de sustancias y la edad emerge el colectivo de envejecimiento temprano. El principal factor asociado a este envejecimiento precoz es el sinhogarismo y aparece a partir de los 45 años. Se observa potencialidad de la vulnerabilidad si se tiene en cuenta la influencia del género, del sexo, de la clase social y de la situación administrativa (regular/irregular). Se observa con preocupación la falta de servicios específicos que acompañen desde lo residencial, pero también desde la red de violencias, de salud mental o de personas mayores.

La aporofobia y el estigma social hacía las personas que usan sustancias, en este caso sumado al edadismo, está señalado como presente en algunos protocolos institucionales y prácticas profesionales. Por lo que, se observa que en algunos casos se pueden reproducir modelos de atención tradicionales, autoritarias y/o paternalistas, y se señala la falta de plasticidad de la red RDD para adaptarse a nuevas necesidades, como lo es el aumento de sujetos a atender con más de 45 años.

Los jóvenes migrantes sinhogar es el otro gran colectivo que emerge aplicando una mirada interseccional. La aproximación desde RDD debe incorporar la influencia de la etapa del viaje migratorio en la que se encuentra la persona. Se observa factores diferenciales entre territorios de espera y destino, que contemplan el nivel de sufrimiento, el quiebre de expectativas, y, en consecuencia, la función del uso de sustancias. Principalmente se reportan experiencias donde este uso tiene objetivo la evasión

del contexto traumático, siendo esencial, un abordaje integral.

La relación con la familia que a veces puede estar sucediéndose, tanto por la frustración por la inversión económica realizada como por la vergüenza de estar utilizando sustancias de forma compulsiva, pueden incrementar el estrés en este colectivo.

Desde Barcelona, territorio de destino en muchos casos, señalan que el uso de sustancias observado, una vez los servicios de protección a la infancia y adolescencia han dejado de intervenir, es de peligrosidad. Se reporta que las SCS, por su hostilidad y sobresaturación, se convierten en espacio no seguros para ellos, siendo habitual que habiten el entorno con objetivo de adquirir sustancias, y no tanto los espacios de consumo. Este ejemplo demuestra que colocar el consumo en el centro en el abordaje no es efectivo una vez que sales de la población general de la RDD.

Se observan experiencias exitosas, aunque insuficientes, en Barcelona de implementación de equipos comunitarios especializados en este grupo poblacional que recientemente incorporan el enfoque de RDD. Es necesario la incorporación de la perspectiva transcultural a la red de RDD, especialmente en equipos comunitarios, Calores y Café, y centros residenciales, pero a la par, es imprescindible el aumento de recursos específicos destinados a estos jóvenes.

FORMAS DE USO DE LAS SUSTANCIAS Y RESPUESTAS

La primera fase de la investigación señaló que se observaban cambios en la tipología de sustancias utilizadas y sus formas de uso. El principal objetivo de esta segunda fase ha sido aproximarse a qué funciones podrían estar cumpliendo estas sustancias y así comprender de una forma más holística sus cambios y tendencias.

En general se observa que, las personas usuarias, están escogiendo las sustancias basándose en términos de productividad. Siendo los estimulantes las de mayor valoración por el aumento de la capacidad de relacionarse y de realizar tareas (trabajo sexual, prácticas de chemsex, realización de burocracia, asistencia a visitas médicas...). En caso de poblaciones sinhogar se evidencia además que, mantener la vigilia, se convierte en una necesidad esencial para la supervivencia, especialmente para mujeres y personas de género disidente.

Por el contrario, las sustancias que reducen la capacidad de producción se relacionan con la inmadurez, la incapacidad de relacionarse y al aumento del riesgo de sufrir violencias. Barcelona con el aumento del uso de metanfetamina se posiciona como el ejemplo más tangible de esta función, aunque, el aumento del uso de crack

(y descenso del uso de opiáceos) en todos los territorios responde a esta misma función.

En relación a las vías de administración no se extraen resultados de mayor relevancia a la Fase I de la investigación donde ya se alertó del aumento del uso de la vía inhalada, y un descenso del uso de la vía inyectada. A pesar de este reporte coincidente en personas usuarias y profesionales, agencias de salud pública locales participantes alertan sobre la variedad de sistemas de recogida de datos existente a nivel estatal, pudiendo haber sesgos en la información por aplicación de indicadores diferenciales.

En relación a los contextos de uso se observa que no existe un clima de preocupación por el uso de sustancias en la vía pública, y que este, únicamente alarma cuando interfiere en la implementación o permanencia de servicios de RDD. Los territorios que disponen de SCS coinciden en que estos servicios no ofrecen cobertura 24 horas, refiriendo las noches como franja de mayor peligrosidad para las personas usuarias.

Se identifica como buena práctica los territorios que han optado por la instalación de máquinas dispensadoras y/o por integrar en los Centros de Salud de Atención Primaria de Urgencia los programas PIJ. En relación a la primera respuesta, a pesar que ningún territorio ha realizado una evaluación con mirada de género, se hipotetiza que puedan ser dispositivos no seguros para las mujeres y personas de género disidente. Tanto los PIJ integrados como las máquinas dispensadoras comparten las limitaciones de no ofrecer una atención directa de profesional, implicando la renuncia de la educación sanitaria correspondiente, y, de dispensación exclusiva de material inyección, no aplicando por lo tanto, un principio de realidad respecto a la prevalencia del uso de la vía inhalada.

La carencia de programas de distribución de materiales higiénicos para el uso del crack y la metanfetamina vía inhalada se dibuja como una de las principales necesidades en todos los territorios. Se identifica como buena práctica en Barcelona el programa Kit-Safe, consistente en distribuir a personas usuarias, entidades y/o administraciones pipas para su dispensación. Destaca que estos materiales han sido diseñados y evaluados previamente por las propias usuarias de sustancias.

El contexto de uso de mayor preocupación sigue siendo los *narcosisos*. Se evidencia una expansión en todo el territorio estatal asociada a la crisis de vivienda, el desmantelamiento de poblados y los procesos de gentrificación de las grandes ciudades. Se alerta que los territorios que no se dispone de SCS, los *narcosisos* no solo cubren esta necesidad, sino que, realizan una función de embellecimiento del espacio público, reforzando así la invisibilización ideológica del problema.

Los territorios que dispone de SCS señalan la necesi-

dad ampliación de estos servicios para el uso de la vía inhalada y de adaptación al aumento del uso de estimulantes.

En relación al uso de alcohol se observa una gran necesidad de incorporación de programas de RDD. Se refuerza la idea de que el uso problemático de alcohol se relaciona a población sinhogar, quedando invisibilizado en grupos poblaciones que utilizan sustancias de mayor estigmatización. Justamente en este colectivo es en el único que se detecta la práctica exitosa de implementar programas de dispensación de alcohol en centros de primera acogida realizada tanto por Madrid como por Barcelona.

Como principales barreras para el desarrollo de estos programas específicos se identifica: la dificultad de replicar estrategias iniciales de aproximación y adherencia a través de la distribución de materiales higiénicos, la normalización social del uso de la sustancia y la falta de formación en profesionales de RDD sobre la propia sustancia. Asimismo, destaca la influencia del factor de la legalidad y de la propia presión de la industria en el abordaje de la sustancia.

Se observa preocupación por el uso de alcohol combinado con benzodiacepinas realizado por jóvenes migrantes sinhogar y la falta de estrategias de RDD específicas a las que pueden acceder.

A pesar de la evidencia científica existente sobre el uso diferencial de alcohol según el género, no se reportaron estas diferencias en la presente investigación, identificándose además la necesidad de formación específica en las profesionales de RDD sobre esta temática.

COMUNIDAD

El papel e importancia de la comunidad en la RDD se refleja en todas las temáticas de profundización realizadas en este estudio. Resalta, por encima de todos los elementos de discusión, la necesidad de consideración de las personas usuarias de sustancias como miembros de la comunidad. Se observa que esta discriminación opera con mayor o menor intensidad en función de la clase social de estas, ocupando el eslabón más bajo cuando estas personas además se encuentran en situación de sinhogarismo.

En general se observa, tanto proveniente de personas profesionales como de personas usuarias, un elevado número de relatos vivenciales que incluyen discursos de odio hacia estas personas, lo cuáles, además, rara vez son denunciados formalmente. Se reporta como buena práctica el Observatorio Antiestigma desarrollado en Cataluña, así como, la involucración de los organismos de Defensoría del Pueblo en discriminaciones sistemáticas

que ocurran en la red básica de atención.

A pesar que muchas participantes trasladan la influencia de los medios de comunicación y redes sociales en la propagación del odio, solo se observa un posicionamiento firme desde la red de acompañamiento a las personas que practican ChemSex. El resto de grupos minoritarios parecen aceptar la discriminación y odio como componentes intrínsecos a su situación de desigualdad.

Se alerta de la influencia del apoyo que están recibiendo las ideologías de derechas, no centradas en miradas de justicia social, promoviendo, explícita o implícitamente, esta discriminación y rechazo hacia las minorías. Desde algunos territorios, con mayor presencia de estas representaciones políticas, se reporta recorte de recursos económicos a servicios y/o programas de RDD y aumento de la presión policial en lugares habitados por población sinhogar usuaria de sustancias.

A pesar de, la influencia palpable de los movimientos vecinales en la implementación y desarrollo de la red de RDD en España, se les describe muchas veces como un órgano instrumentalizado por la política y administración que, recibe la atención, justa para evitar el estallido social. Aun y así, las profesionales alertan que el trabajo comunitario que realizan es de carácter simbólico, siendo habitual que, la práctica diaria no incluya acciones dirigidas a promover la cohesión comunitaria, sino más bien, a reducir los daños asociados al uso de sustancias en la vía pública y al control social y normativo. En Barcelona y Madrid se reportan grupos vecinales procedentes de barrios céntricos cuyas divergencias recaen en las demandas sobre seguridad y tráfico de drogas, ejemplificando, la importancia de la ideología de pensamiento en las respuestas que ofrece y que se espera de la de RDD.

La integración de las personas usuarias de sustancias en espacios comunitarios se dibuja como una necesidad vital para favorecer su consideración como ciudadanos de pleno derecho. Las profesionales reconocen que en muchas ocasiones ellas mismas operan como limitadores y perpetuadoras del aislamiento social, infantilizando a las personas usuarias de sustancias y movilizándose desde un lugar paternalista en esta participación. Se identifica como práctica exitosa, por encima de todas, promover la colectivización y politización de grupos de personas usuarias de sustancias. Esta acción permite que puedan unirse a las mesas y espacios de participación y negociación comunitaria, representando en primera persona sus necesidades y propuestas.

Destaca en esta investigación la consideración de agente comunitario a las asociaciones de familiares de personas usuarias de sustancias. Se identifica que estos grupos viven también discriminación en sus comunidades, observándose actitudes de vergüenza y miedo a ser identificados dentro de estos entornos. Por el contrario,

las profesionales indican que es necesario su incorporación en el acompañamiento a las personas que acceden a RDD. Las principales barreras observadas para que esto ocurra son: la falta de formación de las profesionales en acompañamiento sistémico, la consideración de la abstinencia como exclusivo éxito terapéutico para familias y profesionales, el anonimato como estrategia de captación de poblaciones ocultas y el posterior derecho a la confidencialidad de las personas usuarias, y la sobrecarga laboral que puede

No se identificó ninguna buena práctica exitosa desarrollada concretamente con los vínculos (familiares y/o afectivos). La principal barrera que reportan las familias para sostener el contacto con la persona usuaria de sustancias es el miedo a que acuda al hogar bajo los efectos visibles del uso de sustancias. Recogiendo esta necesidad se propone el diseño de puntos de encuentro familiares, mediados por profesionales especializados, que promuevan el mantenimiento de estos vínculos familiares. Se insiste que el trabajo de vínculos es un componente básico del enfoque de género, donde además hay que comprender el rol diferencial que ocupan los mandatos.

La aceptación comunitaria de las personas usuarias parece ser mayor en personas jóvenes. Desde los servicios de análisis de sustancias, se hace hincapié de su experiencia exitosa, donde han logrado que estos programas sean percibidos por la comunidad en su conjunto como un beneficio. Se incide en general que, a nivel comunitario, la diferenciación entre RDD y RDR promueve la problematización del uso de sustancias en personas de clase social baja.

VIOLENCIAS

Las violencias, desde todas sus posibles expresiones, se sitúan en el tema de mayor preocupación y de prioridad de actuación de las temáticas exploradas.

El estigma, entendido como conjunto de creencias, actitudes y estereotipos negativos que llevan a la discriminación y al rechazo de las personas usuarias de sustancias basándose en características particulares que son percibidas como diferentes o moralmente inaceptables, se observa manifestado a nivel individual y estructural. Esa discriminación, además, se observa muy potenciada a razón de clase social, de raza, de género, de orientación sexual y de edad.

A nivel estructural se observan políticas y prácticas institucionales que perpetúan la desigualdad y la exclusión, transformándose en violencia institucional hacia las personas usuarias de sustancias. Se identifica el impacto del modelo prohibicionista en el grado de discriminación en relación a la tipología de sustancias utilizadas, recibiendo mayor discriminación aquellas personas que

utilizan sustancias ilegales.

De una forma quizás no tan visible pero no menos preocupante, se identifica el impacto de la exigencia de productividad de las políticas neoliberales contemporáneas. A pesar de las diferentes manifestaciones e implicaciones, se observa que la relación individual con el mandato de productividad, tanto en personas usuarias y profesionales, presenta componentes propios de la autolisis. La autovalidación pasa continuamente por una exigencia de realización de tareas, tengan o no tengan sentido, que conducen a las personas a situaciones de riesgo. En el caso de las personas usuarias, se reporta un aumento del uso de estimulantes acompañado del empeoramiento del estado de salud mental asociado. En el caso de las personas profesionales, se reporta un aumento de la carga laboral acompañado del empeoramiento del estado de salud mental asociado.

Aun y así, el equipo investigador considera que el eje de desigualdad impacta con mayor intensidad en las personas usuarias de sustancias es la clase social, siendo la condición de pobreza el estatus más rechazado y discriminado. Se identifica limitación de acceso a servicios básicos, mayor exigencia para la garantía de derechos básicos y protección diferencial a las mujeres y hombres gay víctimas de violencia.

Se observa una expansión de la aporofobia de grave preocupación, posiblemente relacionado por el aumento de la pobreza en España durante los últimos años. Asimismo, el rechazo a las personas sinhogar parece estar relacionado por la crisis de la vivienda, el individualismo y una potente invisibilización no casual de las causas estructurales. Se observa que opera socialmente la lectura de que las personas que no disponen de casa son porque no se han esforzado suficiente. Si además estas personas utilizan sustancias, se aplica una interpretación de castigo al hedonismo, traducida en que, en lugar de trabajar y ganarse la vivienda, prefieren divertirse y no esforzarse, y por eso, se han quedado en la calle.

Además, se identifica la normalización y aceptación del estigma por parte de las personas usuarias de sustancias, otorgando nula expectativa a la actuación del derecho jurídico en la garantía de sus propios derechos. Se observa la herida causada en las personas por este nivel estructural de violencia, evidenciándose el proceso individual, mediante el cual, han llegado a creer y aplicar esas ideas negativas sobre sí mismas, sintiendo que no son merecedoras de recibir el apoyo y protección básica que recibe cualquier otra ciudadana.

Las diversas situaciones de NIMBY (acrónimo que en inglés que significa "Not In My Backyard", "No en mi patio trasero" en español) reportadas en esta investigación son un claro ejemplo de cómo está operando el estigma y del impacto en las personas usuarias de sustancias. La

lógica descrita atraviesa directamente en las comunidades, que no perciben que los servicios y programas de RDD sean un beneficio común, sino que, los interpretan como un premio a la holgazanería de las personas usuarias de sustancias. Se mantienen muy vivos discursos castigadores y propuestas comunitarias de ocultación, que al menos, permiten sostener el sueño que la pobreza no existe entre mis iguales.

La violencia comunitaria recae directamente sobre las personas usuarias. Aun y así, las profesionales relatan que en la mayoría de ocasiones los discursos de odio comunitarios son escuchados y manejados directamente por las propias profesionales. Señalan esta situación como violenta, desgastadora, sintiéndose limitadas en la respuesta, y de que se mantiene inmóvil con el paso de los años.

Las profesionales y personas usuarias de sustancias señalan también la violencia policial que sufren, intensificada cuando tu “hogar” es el espacio público. A pesar de la creencia popular que pueda existir de la calle como lugar libre, los reportes en primera persona señalan un alto nivel de control y vulneración de derechos, intensificado si además, no dispones de un lugar seguro donde utilizar las sustancias. Se alerta de las graves consecuencias de abocar a las personas usuarias a tener que habitar y utilizar los *narcopisos* como SCS.

A nivel individual, el principal elemento de violencia que emerge es que las personas usuarias de sustancias son consideradas en el resto de redes de atención básica como *molestas y complejas*. Estas actitudes violentas se diluyen en argumentos de subjetividad, que dificultan poder ser denunciadas, pero se traducen en una limitación de oportunidades. Esta práctica es trasladada por las personas profesionales desde un lugar de preocupación, pero también, es señalada como factor de riesgo del burnout.

La identificación, manejo y acompañamiento de la violencia de género e intragénero es otro complejo entramado que emerge continuamente. La situación de vulnerabilidad que tanto mujeres, hombres gays y personas de género disidente se encuentran cuando son víctimas de violencia y su protección se ve condicionada al uso de sustancias es de alarmante preocupación. Se mantienen actitudes de: cuestionamiento del relato por el hecho de haber utilizado sustancias, merecer la protección por el hecho de utilizar sustancias y exigir abstinencia para recibir acompañamiento específico. Se observa abatimiento en las personas profesionales por tanta lucha de garantía de derechos y tanta pedagogía social.

LA SALUD DE LAS PERSONAS USUARIAS

El estado de salud mental de las personas usuarias de sustancias es un elemento de preocupación transversal, tanto para administraciones, profesionales como para las propias personas usuarias, independientemente de la temática profundizada.

Se describe una evolución de empeoramiento observado desde la implementación de los primeros servicios y/o programas de RDD en España. El deterioro de la situación social de las personas, cuya expresión máxima es el *sinhogarismo*, sumado al aumento del uso de estimulantes son los dos motivos principalmente relacionados. Si además estas personas están atravesadas por ejes de desigualdad (donde se incluye el uso de sustancias) el resultado es de mayor preocupación.

Cabe añadir que los resultados de la presente investigación señalan la importancia de incorporar el componente de productividad en el análisis del estado de salud mental de las personas usuarias de sustancias para una mejor comprensión y acompañamiento.

La terminología *trauma* es escasamente utilizada, y cuando aparece, entra de la mano de profesionales del ámbito de la psicología. Aún y así, el equipo investigador afirma que las sintomatologías y afectaciones en la vida diaria que se describen corresponden a la vivencia de experiencias traumáticas. El relato de las personas usuarias y la información reportada por profesionales coinciden en que, en contextos de vulnerabilidad, las sustancias se están utilizando como estrategia de supervivencia a las extremas condiciones, y como estrategia de manejo de la sintomatología traumática causada por la propia experiencia de exclusión, como, por experiencias previas. En este punto se describe con preocupación, desde las entidades y profesionales que acompañan a personas que practican ChemSex, el aumento de personas que reportan en seguimiento psicológico haber sufrido experiencias de abuso sexual en la infancia (ASI) y la necesidad de formación profesional para acompañar a estas personas en edad adulta.

Únicamente dos dispositivos, situados en Barcelona, reportaron explícitamente estar aplicando el modelo informado del trauma (TIC, siglas en inglés). Coincide que ambos dispositivos, residencial para personas *sinhogar* y centro de día para mujeres supervivientes de violencias, operan desde un enfoque de género y justicia social. La falta de formación profesional específica junto con la evidente falta de recursos parece motivar que, en muchas ocasiones, el acompañamiento que reciban estas personas sea exclusivamente farmacológico, dejando a un lado, opciones de carácter psicosocial y comunitario.

En relación al *sinhogarismo*, los discursos analizados coinciden en que vivir en la calle es una experiencia po-

tencialmente traumática para cualquier persona debido a la exposición a múltiples violencias (agresiones de todas las índoles, robos, discriminaciones). Se reportan demasiadas situaciones, donde, además, ocurre violencia institucional, protagonizadas por episodios de limitación o exclusión de acceso a recursos básicos y/o recibir atención diferencial estigmatizadora

En relación al incremento del uso de estimulantes, la principal preocupación observada es el acompañamiento individual, institucional y comunitario de los episodios de psicosis inducida. Las profesionales denuncian altas de servicios de urgencia hospitalarios tempranas, cuya intervención se centra en paliar el síntoma, falta de recursos especializados de salud mental donde se integre la RDD, y escaso desarrollo de la perspectiva de género y transcultural. Las participantes se refieren a estos casos con destino finalista de limbos, por el desamparo asistencial en el que se sitúan. El mandato de productividad que parece estar operando en esta tendencia de consumo, ligado a la falta de perspectiva de cambio de las políticas actuales, auguran un escenario preocupante en relación a la salud mental de las personas que utilizan sustancias que, debe ser prioritario para los organismos competentes.

Se reporta como buena práctica a replicar la experiencia de Barcelona que, dispone de un equipo de acompañamiento psicosocial comunitario en salud mental específico para personas que viven en la calle. Aún y así, la dotación de recursos es insuficiente para la demanda existente, conllevando que, las personas usuarias de sustancias en activo queden relegadas a un segundo nivel de prioridad. Otra buena práctica, reportada en esta misma ciudad, es un equipo de proximidad formado por profesionales de la medicina (orgánica y mental), de carácter voluntario, que trabaja con aquellas personas que viven en la calle y presentan baja adherencia a los servicios de RDD y/o de la red básica.

Tal y como se señalaba se describen la falta de recursos, generalistas y específicos de salud mental, la barrera de acceso que suponen las listas de espera, la falta de coordinación entre redes, y utilizar sustancias de forma activa como los motivos de la actual crisis de sobremedicalización que viven las personas usuarias de sustancias. Esta tendencia generalizada en la sociedad contemporánea, se ve agravada cuando se enfoca en poblaciones vulnerables. La medicación aparentemente puede considerarse que opera como una paradoja. Por un lado, existe una grave por la sobremedicalización, pero en cambio, por otro lado, se alerta de que muchas personas usuarias des sustancias en situación de sinhogarismo no disponen de los recursos económicos suficientes para poder asumir el coste del plan terapéutico farmacológico. Sin embargo, se trata de una asociación laxa, puesto que en el caso de los fármacos psicotrópicos deben contemplarse factores como la tolerancia y

la abstinencia. La influencia de estos dos elementos se demuestra en que, únicamente, existe un mercado ilegal paralelo para esta tipología de fármacos.

Las entidades y profesionales que acompañan a jóvenes migrados en situación de sinhogarismo, independientemente del territorio analizado, alertan de que necesidades básicas, como son la alimentación, techo y percepción de seguridad, se están cubriendo a través del fármaco psicotrópico (clonazepam y gabapentina). Además, del componente adictivo al que se aboca con esta práctica a personas de edades tan tempranas, reclaman una mirada transcultural y de reducción de daños en su acompañamiento que contemple: el sufrimiento psíquico relacionado con la etapa del viaje migratorio en que se encuentra la persona, la barrera idiomática, la frustración de expectativas, el significado cultural de utilizar sustancias legales e ilegales, y por supuesto, el impacto de la experiencia potencialmente traumática que puede conllevar la triada constituida por el viaje migratorio, el sinhogarismo y la discriminación.

A pesar de que algunos territorios, como País Vasco y Cataluña, disponen de equipos comunitarios específicos para este colectivo, la capacidad de respuesta es limitada ante una red que no se encuentra adaptada a las necesidades específicas. No se identifica ninguna respuesta integral efectiva a la alarmante situación descrita, únicamente se recoge el grito de las profesionales y personas usuarias a las administraciones reclamando control sobre estas prescripciones farmacológicas y aumento de recursos.

Las personas usuarias, las profesionales de servicios Calor y Café y de los centros residenciales de primera acogida ponen el acento en el estado de salud mental de las personas usuarias de sustancias envejecidas. Este colectivo 30 años atrás presentaba una esperanza de vida muy diferencial causada por comorbilidad asociada al VIH/SIDA y tuberculosis, y a la mortalidad asociada a la sobredosis letal de opiáceos. Ahora reportan elevada prevalencia de clínicas depresivas que emergen durante el proceso de toma de conciencia de la situación vital individual, factor que podría verse potenciado, por la sensación de improductividad. Se detecta la necesidad de formación específica y puesta en práctica de estrategias de salud mental que incorporen la RDD. Se reporta como buena práctica un servicio residencial de la red de sinhogarismo de Barcelona que, incorpora estrategias de RDD (especialmente orientadas al uso de alcohol), destinado exclusivamente a personas sinhogar mayores.

En este colectivo es en el que reportan mayores necesidades específicas en términos de salud, tales como, la incorporación de prestación de fisioterapia, osteopatía, podología y rehabilitación cognitiva. También se señala en el impacto en términos de salud que puede promover la incorporación de la receta social, ejemplificada a través

de actividades con y en la comunidad.

En general, las características y necesidades específicas de las mujeres en materia de salud (orgánica y/o mental) no se describen como de especial preocupación. Posiblemente esto sea debido a que, durante los últimos años, con este grupo poblacional, se han implementado programas específicos. Se reportan buenas prácticas en relación a la salud sexual y reproductiva en Barcelona, Madrid, Castellón y Murcia. También se reportan buenas prácticas en el acompañamiento a mujeres usuarias de sustancias supervivientes de violencias machistas en Barcelona.

LA SALUD DE LAS PERSONAS PROFESIONALES DE RDD

Cuidar la salud mental y prevenir el síndrome de burnout en las profesionales de RDD emergió como un elemento de preocupación en la Fase I de la presente investigación. Se trataba de la primera publicación en España que señalaba hacia el deterioro de la salud mental de las profesionales de RDD relacionado con el trabajo. La experiencia de 35 años de este país implementando esta tipología de servicios y/o programas permite incorporar en el análisis el posible impacto de factores como el tiempo realizando estas funciones, la edad o el género. Se considera que estos resultados pueden tener una gran utilidad en la prevención y mejora del cuidado de las profesionales de RDD tanto en nuestro territorio, como en países que recientemente se inician en la implementación de estas estrategias.

El objetivo concreto de profundizar en esta temática fue hallar componentes específicos que operen en este campo laboral y que puedan estar relacionados con el desgaste profesional y burnout reportado.

La terminología propiamente de burnout es de reciente divulgación, está considerada una enfermedad del trabajo y es descrita con características comunes por parte de todas las profesionales. Se identifican como factores de riesgo: la exposición a episodios de violencia, la falta de reconocimiento externo, las condiciones laborales y la organización del trabajo.

En relación a la exposición a episodios de violencia se observa que, en ocasiones, estos se conforman de escenas extremas que generan mucho impacto para las personas que son testigo. Explícitamente, el protagonismo de estas situaciones puede darse entre las propias personas usuarias, pero también, entre estas y agentes de la comunidad (policía, vecindad, servicios). De forma no física, pero no menos impactante, se señala ser testimonio de la grave violencia institucional que reciben las personas usuarias de sustancias, y, de la posición de indefensión en que evidencian que se encuentra ciudadanía en general, y en concreto este colectivo. Preocupa que se

identifica que la violencia es un elemento completamente normalizado, llegando incluso a parecer un binomio indivisible el trabajar en RDD y estar expuesta a violencia.

La violencia y su impacto sin lugar a dado presenta diferencias de género que no fueron identificadas directamente. Aún y así, a lo largo de la investigación se observa polaridad en las estrategias de enfrentamiento que aplican hombres cis, y el resto de identidades. Siendo este segundo gran grupo el de mayor vulnerabilidad.

En relación a la falta de reconocimiento, se observa que trabajar en RDD es un elemento de desprecio o ninguneo por parte compañeras de disciplina y comunidad en general, generando desvalorización y agotamiento emocional en las profesionales. Precisamente este agotamiento emocional lo relacionan también con la falta de recursos y apoyo de instituciones, autoreferenciándose como abrumadas y frustradas por el abandono asistencial que observan que viven las personas usuarias de sustancias. Parece que en Barcelona se observa una mayor integración de la RDD en el resto de redes básicas, en cambio, el resto de territorios participantes reportan tener que realizar grandes esfuerzos pedagógicos en espacios de coordinación externa.

Las condiciones laborales son un elemento de preocupación que emerge inmediatamente en la temática específica de burnout, aunque se observa transversal en toda la investigación. Se observa que la herencia del modelo caritativo propio del acompañamiento social, junto con, la influencia del activismo de los inicios de la RDD, se construye como un escenario perfecto para que las condiciones laborales no sean revisadas. Las profesionales encuentran que el salario, el descanso y la peligrosidad deberían ser las prioridades a ajustar por parte de la administración pública, a quien señalan, como principal responsable de la situación. Un servicio de Madrid reporta como mejora sustancial de su bienestar emocional la compactación de la jornada semanal en 4 días. A pesar de esta experiencia oasis, la mayoría de relatos son coincidentes en que estas malas condiciones solo pueden ser balanceadas des del *"pero es que me gusta lo que hago"*.

La diversidad de territorios participantes ha permitido visibilizar dos tipos de servicios, aquellos macroproyectos integrales instalados en grandes ciudades que presentan una elevada carga asistencial, versus, municipios donde los equipamientos pueden realizar un acompañamiento más individualizado y de mayor calidad. Se señala esta diferencia, común también a la mayoría de servicios de la red básica, como un componente que debería tenerse en cuenta en el establecimiento de las condiciones laborales.

Los elementos que pertenecen a la organización del trabajo se confunden con las condiciones laborales. Se

identifican como estresores aquellos entornos laborales donde la profesional no tiene las funciones definidas y realiza habitualmente multitarea. Se observa malestar emocional en servicios que aplican estructuras jerárquicas, especialmente cuando el escalón de arriba lo ocupa un hombre cis, agudizado si además es médico. En estos casos, además, se identifican una serie de normas no escritas en que dificulta que las mujeres o personas de género disidente puedan tener acceso a puestos de dirección. En general, son equipos feminizados, que reproducen el mandato de género del cuidado, especialmente las categorías de menor remuneración económica.

Como factores mediadores emergen la relación con el propio equipo de profesionales, el uso de sustancias y la vivencia de experiencia traumática.

Se identifica que la cohesión de grupo y el apoyo mutuo operan como factores protectores del burnout en los equipos. En el momento en que, en el ambiente laboral, aparece la competitividad, la dificultad de diálogo o se teje una red no solidaria entre iguales, el equipo profesional pasa a operar como un factor de riesgo.

El uso de sustancias también es un elemento que se ha explorado. Se señala que este ocupa función de ocio y diversión, pero también, de regulador de la ansiedad al finalizar la jornada laboral. De forma inicial, se identifica y se enaltece, como un factor protector del burnout, disponer de espacios de descompresión colectiva, donde compartir eventos ocurridos durante la jornada laboral, mientras simultáneamente se realiza uso de sustancias. Sin embargo, las personas profesionales de mayor edad y las expertas en supervisión de equipos, alertan del fac-

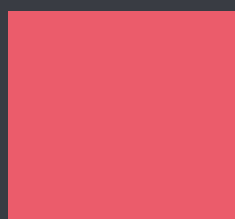
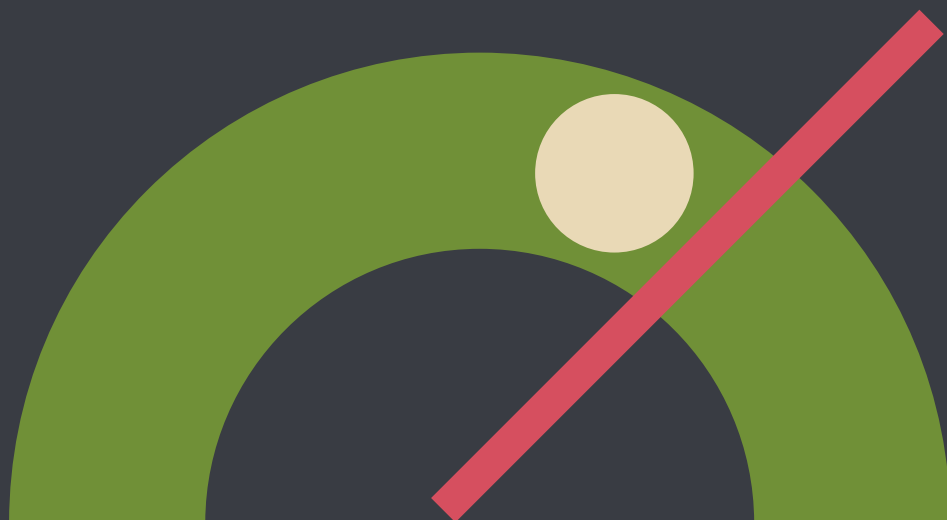
tor de riesgo de burnout en este comportamiento cuando es sostenido. Describen que entonces se reducen los espacios de desconexión laboral real y se enmascara la falta de recursos alternativos para afrontar el estrés. Concretamente en este aspecto, se alerta que, en servicios de RDD con mucha carga y presión asistencial, se observa una relación isomorfa entre colectivo acompañado y acompañantes en referencia a la gestión del estrés.

Otro factor mediador que emerge es la propia vivencia de experiencias traumáticas, anterior o no al trabajo en RDD, de las personas profesionales. Este elemento es señalado también como diferencial a otros campos del acompañamiento de la vulnerabilidad (propia red de drogas, red de salud, de salud mental o de sinhogarismo), indicando que se observa una mayor prevalencia de personas con estas vivencias en el campo de la RDD. En profesionales con un recorrido emocional respecto a la experiencia traumática, modula hacia un acompañamiento desde la resiliencia, aportando una cercanía y empatía de alta calidad. Sin embargo, se reporta que en muchas ocasiones la exposición a vivencias que puedan conectar con la experiencia traumática, o incluso retraumatizar, pueden ser factor de riesgo de burnout.

En general, se reporta mayor número de experiencias de burnout, en primera persona o a terceros, en mujeres y personas de género disidente que en hombres. Ellas expresan menor validación externa del desgaste y malestar emocional, mayor cuestionamiento del discurso cuando la organización del trabajo no es adecuada, mayor atribución de ser personas quejasas y/o débiles, y mayor miedo a perder el trabajo si necesitan un periodo descanso.

5

LIMITACIONES Y MINIMIZACIÓN DE SESGOS



El presente estudio fue realizado durante el año 2022 por un equipo investigador con una experiencia de larga trayectoria en servicios y programas de RDD a nivel internacional, estatal y catalán.

Se procuró minimizar los posibles sesgos en la selección de participantes implicando en este proceso a todo el conjunto de investigadoras, así como, realizando cada grupo focal de personas usuarias en territorios diferentes. El equipo investigador en algunos casos presentaba una relación previa con las personas participantes, tanto usuarias como profesionales. Se procuró minimizar este sesgo de información garantizando la no identificación del discurso. El equipo investigador valoró positivamente esta circunstancia ya que favoreció un clima de seguridad conversacional y la elaboración de relatos de mayor profundidad.

Concretamente en los grupos focales de profesionales, este aspecto promovió la identificación de las personas como grupo de apoyo, pudiéndose observar sensaciones de alivio en la colectivización del malestar y sufrimiento. Aplicando la triangulación de diferentes métodos (revisión de la literatura, entrevistas individuales, grupos focales) se buscó analizar el fenómeno a través de diversos acercamientos, permitiendo minimizar posi-

bles sesgos de información. Las posibles contradicciones no disminuyen la credibilidad de las interpretaciones de la realidad.

La triangulación de diferentes investigadores fue garantizada con las sesiones compartidas a lo largo del proceso investigativo, así como, tras estas se puso en común junto con la profesional que realizó funciones de recogida de notas.

La selección y participación de profesionales que representasen diversidad de género, disciplinas, experticias, territorios y vinculación actual a la RDD permitió la triangulación de teorías, minimizando así posibles sesgos relacionados. Aun y así se asume que esta investigación presenta limitaciones de carácter geográfico, hubo menor representación de territorios rurales que urbanos; y de carácter origen y étnico, la presencia de personas migrantes fue inferior a la de nativas y no participó ninguna persona racializada. Se procuró minimizar el impacto del eje sexo-género, garantizando mayor presencia de mujeres que hombres.

No se logró la participación de personas dedicadas a la venta de sustancias ilegales, ni tampoco la participación de personas privadas de libertad.

6

CONCLUSIONES



A continuación, se describe para cada una de las temáticas investigadas cuáles fueron los principales hallazgos a incorporar para una adaptación del acompañamiento de calidad y se describen las prácticas exitosas identificadas. A pesar de estar desarrollándose respuestas que presentan actualmente efectividad, se observa necesidad de seguir ampliando la red de acompañamiento y de continuar diseñando e implementando nuevas estrategias.

MODELO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS
Incorporación de la interseccionalidad y justicia social
Descentralización del uso de sustancias y centralización en la persona
La función del uso de sustancias y el consumo como síntoma
La unificación RDR y RDD
Desigualdad territorial y dispositivos básicos
Diseño e implementación de la evaluación
Incorporación de la perspectiva transcultural
Politización de las personas usuarias de sustancias
Incorporación de las familias
Incorporación del <i>peer</i>
ESTRATEGIAS EXITOSAS
Servicio de análisis de sustancias integrado en servicios RDD y en red LGTBQI+
Centro de Primera Acogida para personas sinhogar integra RDD
Centros de Día no mixtos para supervivientes de violencia íntegra RDD
Modelo del trauma informado
Acompañamiento en clave de género de las violencias
Constitución de grupos activistas de personas usuarias de sustancias
Abogacía y trabajo de <i>peers</i> del acompañamiento a personas que practican chemsex

POBLACIONES VULNERABLES

GÉNERO

Espectro amplio de la categoría género

Visibilización y acompañamiento específico población LGTBIQ+

Enfoque de género en servicios mixtos y no mixtos

Acompañamiento desde las violencias

Diseño participativo y dinámico de los espacios no mixtos

Reducción del estigma personas LGTBIQ+ sinhogar

Inclusión del *peer*

Acompañamiento trabajo sexual según género

Incorporación de acompañamiento masculinidad

Incorporación de la violencia intragénero

ESTRATEGIAS EXITOSAS

Centros de Día no mixtos para supervivientes de violencia integra RDD

Diseño e implementación perspectiva de género transversal

Espacios no mixtos integrados en servicios de RDD mixtos

Circuito de protección de urgencia a personas usuarias de sustancias víctimas de violencia de género

Modelo del trauma informado

Supervisión externa específica en clave de género

Unidades Móviles acompañamiento trabajo sexual y RDD

Abogacía y trabajo de *peers* del acompañamiento a personas que practican chemsex

Trabajo conjunto Equipos comunitarios RDD y red LGTBIQ población que practica chemsex sinhogar

ENVEJECIMIENTO PRECOZ

Grupo poblacional en crecimiento

Atención integral envejecimiento y sinhogarismo

Ampliación de la red de acompañamiento específica

Acompañamiento de la red sinhogarismo de temporalidad indefinida

Estrategias para reducir la institucionalización temprana y edadismo

Estrategias para reducir la sobremedicalización del dolor y sufrimiento psíquico

Acompañamiento final de vida y uso de sustancias

ESTRATEGIAS EXITOSAS

Centro Residencial para personas mayores sinhogar que utilizan sustancias

Incorporación receta social

Trabajo conjunto Centro Residencial RDD y Programa de Atención Domiciliaria Atención final de vida

JOVÉNES MIGRADOS SINHOGAR

Garantía de cobertura NNBB

Perspectiva transcultural y uso de sustancias

La función del uso de sustancias y el consumo como síntoma

Incorporación de acompañamiento masculinidad

Estrategias para reducir la sobremedicalización del dolor y sufrimiento psíquico

Ampliación de la red de acompañamiento específica con enfoque RDD

Reducción de la violencia institucional, racismo y aporofobia

Trabajo y coordinación entre redes con enfoque de RDD

ESTRATEGIAS EXITOSAS

Trabajo conjunto Equipos Comunitarios RDD y Jóvenes Sinhogar

Incorporación profesionales RDD mediadores culturales

SINHOGARISMO Y POBREZA

Erradicación del modelo escalera

La función del uso de sustancias y el consumo como síntoma

Incorporación de housing first y RDD

Incorporación de atención específica en salud mental

Estrategias para reducir la burocratización de la red sinhogar

Ampliación de la red de acompañamiento específica con enfoque RDD

Reducción de la aporofobia y discriminación uso de sustancias

Estrategias para reducir la sobremedicalización del dolor y sufrimiento psíquico

Visibilidad y acompañamiento diferencial mujeres y personas género disidente

Acompañamiento desde las violencias

ESTRATEGIAS EXITOSAS

Centro de Primera Acogida para personas sinhogar integra RDD

Equipos Comunitarios Sinhogarismo y Salud Mental

Modelo del trauma informado

Trabajo conjunto Equipos Comunitarios sinhogarismo y RDD

Trabajo conjunto Equipos comunitarios RDD y red LGTBIQ población que practica chemsex sinhogar

Enfoque de género en servicios mixtos y no mixtos

Observatorio de Violencia Aporofobia

COMUNIDAD

Reorientación Equipos Comunitarios RDD más allá del control social y normativo

Reducción modelo asistencialista de la persona usuaria

Inclusión del *peer*

Estrategias específicas ante resurgimiento discursos de odio e ideologías de extrema derecha

Incorporación de la persona usuaria a actividad comunitaria

Politización de las personas usuarias de sustancias

Profesionales reciben violencia directa comunitaria

Incorporación de las familias

Reducción de la aporofobia y discriminación uso de sustancias

Descentralización del uso de sustancias y centralización en la persona

ESTRATEGIAS EXITOSAS

Mirada comunitaria y trabajo de *peers* servicios análisis de sustancias

Espacios de participación a través de mesas comunitarias

Abogacía y trabajo de *peers* del acompañamiento a personas que practican chemsex

Participación mesas comunitarias de grupos activistas de personas usuarias de sustancias

Trabajo con medios de comunicación comunidad LGTBIQ+

Equipos de Atención Psicosocial Comunitaria Salud Mental

CUIDADO PROFESIONALES Y PREVENCIÓN BURNOUT

Erradicación de la herencia del modelo caritativo en la profesionalización

Revisión y equiparación condiciones laborales a nivel estatal

Aumento de descanso tras acompañamiento de crisis y en jornada ordinaria

Organización del trabajo horizontal aplicando modelo cuidados

Estrategias para reconocimiento especificidad trabajo en RDD

Reconocimiento del burnout como enfermedad del trabajo

Supervisión externa orientada al cuidado de profesionales

Elaboración de protocolos prevención burnout específicos RDD

Apoyo y acompañamiento ante situaciones potencialmente traumáticas

Enfoque de género en las estrategias preventivas del burnout

ESTRATEGIAS EXITOSAS

Supervisión externa de equipos profesionales

Jornadas laborales semanales compactadas en 4 días

Garantizar continuidad de programas y/o servicios de RDD por parte administración

Validación vertical del síndrome de burnout como enfermedad del trabajo y sus factores de riesgo

7

BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

1. ACHOTEGUI, J. (2009). "MIGRACIÓN Y SALUD MENTAL. *El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)*". Universidad de Barcelona, Hospital de Sant Pere Claver. ABENDUA.
2. ALTELL, G. (17 OCTUBRE 2022). *Drogas, maternidades y estigma. Las Drogas*. <https://www.lasdrogas.info/opiniones/drogas-maternidades-y-estigma>.
3. ANDREO, C., BERNARD, O., BOLO P. (2013). *The story and principles of harm reduction. Between public Health & social change*. Medecins du Monde. French Agency for Development (AFD).
4. BORDER VIOLENCE MONITORING NETWORK, NO NAME KITCHEN, SOLIDARY WHEELS. (2021). *Violaciones sistemáticas de los derechos humanos. Violencia fronteriza, devoluciones en caliente y retención en Ceuta y Melilla*.
5. BRETHERTON, J. (2017), 'Homelessness and gender reconsidered', *European Journal of Homelessness*, pp. 1–22.
6. BROCATO, J., & WAGNER, E. F. (2003). *Harm reduction: A social work practice model and social justice agenda*. *Health & Social Work*, 28(2), 117
7. CASAL INFANTS DEL RAVAL. (2023). *Rassif: per la protecció transregional i transnacional dels menors migrants, marroquins i estrangers*". Universitat Pompeu Fabra.
8. CARRASCO-GARRIDO, P., DÍAZ RODRÍGUEZ, D. R., JIMÉNEZ-TRUJILLO, I., HERNÁNDEZ-BARRERA, V., LIMA FLORENCIO, L., & PALACIOS-CEÑA, D. (2021). *Nonmedical use of benzodiazepines among immigrant and native-born adolescents in Spain: National trends and related factors*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1171.
9. CHESLER P. (1972). *Mujeres y Locura*. Continta Me Tienes.
10. CURTO J, DOLENGEVICH H, SORIANO R, BELZA M.J. DOCUMENTO TÉCNICO: *Abordaje de lasalud mental del usuario con prácticas de chemsex*. Madrid: MSD; 2020.
11. DAVIS, A. Y. (2011). *Are prisons obsolete?. Seven stories press*.
12. DAVIS, J. (2021). *Sedados. Cómo el capitalismo moderno creó la crisis de salud mental*. Capitan Swing.
13. DE CATALUÑA, G., & DE BENESTAR SOCIAL, D. (2014). *Acompanyant el seu present: professionals amb la infància*.
14. DE ESPAÑA, C. D. M. (2017). *Estrategia Nacional sobre adicciones (2017-2024)*.
15. DE INÉS, A., GUIJARRO, L., TELLO, J. SALES, A. (2017). *DIAGNOSI 2017. La situació del sensellarisme a Barcelona. Evolució i accés a l'habitatge*. Xarxa d'Atenció a les Persones Sense Llar de Barcelona, Ajuntament de Barcelona.
16. DE KOCK, C. (2020). *Cultural competence and derivatives in substance use treatment for migrants and ethnic minorities: What's the problem represented to be?*. *Social Theory & Health*, 18, 358-394.
17. *Documento técnico sobre abordaje del fenómeno del chemsex*. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad. 2020.
18. *Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): resultados en España*. Ministerio de Sanidad, 2020.
19. EUBANKS, V. (2019). *LA AUTOMATIZACIÓN DE LA DESIGUALDAD. Herramientas de tecnología avanzada para supervisar y castigar a los pobres*. Capitan Swing.
20. FALCÓN, C. M. (2002). *DE LA MORFINA A LA HEROÍNA: El consumo de drogas en las mujeres*. *Miscelánea Comillas*, 217, 243.
21. FARRÉ, A. F. (2021). *Yo vieja: Apuntes de supervivencia para seres libres*. Capitán Swing Libros.
22. FEDEROVA, O. (2012). *Transcultural drug work. A handbook for practitioners working with drug users from different ethnic and cultural backgrounds*. STRASBOURG, FRANCE: COUNCIL OF EUROPE-POMPIDOU GROUP.
23. FOLCH, C., LORENTE, N., MAJÓ, X., PARÉS-BADELL, O., ROCA, X., BRUGAL, T., ... & REDAN STUDY GROUP. (2018). *Drug consumption rooms in Catalonia: A comprehensive evaluation of social, health and harm reduction benefits*. *International Journal of Drug Policy*, 62, 24-29. 18. FRY, C.
24. L., TRELOAR, C., & MAHER, L. (2005). *Ethical challenges and responses in harm reduction research: promoting applied communitarian ethics*. *Drug and alcohol review*, 24(5), 449-459.
25. GOFFMAN, E. (2009). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores.
26. GÓMEZ, C., GALLART MIR, J., BEDOYA, Z., & LLOSAIDA GISTAU, J. (2021). *La joventut migrada sense referents familiars a Catalunya: canviant mirades*.
27. GÓNGORA, A., SALAZAR, J., & BORJA, R. (2021). *Centros de escucha en Colombia: Políticas y escenarios para la reducción de daños en comunidades*

- locales.
28. GRUPO DE TRABAJO DE CHEMSEX DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA. *Informe sobre chemsex en España*. Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación. Septiembre 2019.
 29. HOOKS, B. (2021). *El deseo de cambiar. Hombres, masculinidad y amor*. Bellaterra Edicions.
 30. ÍNCERA D., GÁMEZ M., IBARGUCHI L., GARCÍA A., ZARO I., ALONSO A. *Aproximación al Chemsex en España 2021*. Madrid: Apoyo Positivo e Imagina.
 31. JIMÉNEZ, M. (2014). *Útiles teóricos para una reflexión sobre la movilidad: circulación infantil, migración autónoma y sistemas de dependencia*. *Movilidades adolescentes*. Ribas-Mateos et. als. Bellaterra.
 32. JOHNSTON, L., LIDDELL, D., BROWNE, K., & PRIYADARSHI, S. (2017). *Responding to the needs of ageing drug users*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
 33. KASPER, R. (2021). *Resource hub & Good practice collection. HR4Homelessness. Integrating Harm Reduction in Homeless Services*. FEANTSA.
 34. KEANE, H. (2003). *Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights*. *International Journal of Drug Policy*, 14(3), 227-232.
 35. KIRSCHENHEITER, T., & CORVINO, J. (2020). *Complicity in harm reduction*. *Health care analysis*, 28(4), 352-361.
 36. KLEIN, A. (2020). *Harm reduction works: Evidence and inclusion in drug policy and advocacy*. *Health Care Analysis*, 28(4), 404-414.
 37. LANERO TABOAS, D. (2019). *De la chabola al barrio social. Arquitecturas, políticas de vivienda y actitudes sociales en la Europa del Sur (1920-1980)*. Comares Editorial.
 38. LASCO, G. (2022). *Decolonizing harm reduction*. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 1-3.
 39. LUENGO, MA., VILLAR, P., SOBRAL J., ROMERO, E, GÓMEZ-FRAGUELA. *El consumo de drogas en los adolescentes inmigrantes: implicaciones para la prevención*. *Departamento de psicología clínica y psicobiología*. Universidad de Santiago de Compostela. Revista Originales.
 40. LLORT SUÁREZ, A., FERRANDO ESQUERRÉ, S., BORRÁS CABACÉS, T., & PURROY ARITZETA, I. (2013). *El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias*.
 41. MACMASTER, S. A. (2004). *Harm reduction: A new perspective on substance abuse services*. *Social Work*, 49(3), 356-363.
 42. MERKINAITE, S., GRUND, J. P., & FRIMPONG, A. (2010). *Young people and drugs: next generation of harm reduction*. *International Journal of Drug Policy*, 21(2), 112-114.
 43. MEROÑO, M. (2019). *El 20%, el género ignorado en las estrategias de reducción de daños*. *Fundació Àmbit Prevenció*.
 44. MIKKONEN, M. ET AL. (2008). *Outreach work among marginalised populations in Europe. Guidelines on providing integrated outreach services*. Amsterdam, correlation european network social inclusion and health.
 45. MONTSERRAT BOADA, C., IGLESIAS VIDAL, E., 88 *Reducción de Daños en el siglo XXI*.
 46. MORRIS, S. (2019). *Too painful to think about: chemsex and trauma*. *Drugs and Alcohol Today*.
 47. NICHOLLS, J. (2021). *Further implications of the harm to others framework for drug policy debates*. *Addiction*, 116(8), 1947-1948.
 48. NOWELL, M., & MASUDA, J. R. (2020). *"You need to just provide health services:" navigating the politics of harm reduction in the twin housing and overdose crises in Vancouver, BC*. *International Journal of Drug Policy*, 82, 102774.
 49. O'GORMAN, A., & SCHATZ, E. (2021). *Civil society involvement in harm reduction drug policy: reflections on the past, expectations for the future*. *Harm Reduction Journal*, 18(1), 1-8.
 50. PARÉS, Ò., & BOUSO, J. C. (2015). *Hacer de la necesidad, virtud. Políticas de drogas en Cataluña, de la acción local hacia el cambio global*. Serie Lecciones en Políticas sobre Drogas.
 51. PAULY, B. (2008). *Harm reduction through a social justice lens*. *International Journal of Drug Policy*, 19(1), 4-10.
 52. PLEACE, N., & LLOYD, C. (2022). *European responses to the needs of people who experience homelessness and use drugs: Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide*.
 53. PLEACE, N. (2008). *Effective services for problematic drug use and homelessness in Scotland: evidence from an international review*, *Scottish Government, Edinburgh*.
 54. POMPIDOU GROUP. (2020) *Human rights and people who use drugs in the Mediterranean region: current situation in 17 MedNET countries*. Strasbourg: Council of Europe.
 55. QUIROGA, V., CHAGAS, E., CAMEROTA, N., MOLERO, . L., & MORAL, I. (2021). *Adolescentes y jóvenes migrantes no acompañados/as: de la discriminación al reconocimiento de los saberes*. *Quaderns De l'Institut Català d'Antropologia*, (37 (1), 87–108.

56. RHODES, T. (1996). *Outreach work with drug users: principles and practice*. Council of Europe.
57. RHODES, T. (2002). *The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm*. *International journal of drug policy*, 13(2), 85-94. 43. RHODES, T. (2009). *Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach*. *International journal of drug policy*, 20(3), 193-201.
58. RIGONI R, TAMMI T, VAN DER GOUWE D, ET AL. (2020). Seguimiento de la Sociedad Civil sobre la reducción de daños en Europa. Correlation European Harm Reduction Network.
59. 45. RODÓ-ZÁRATE M. (2021). *Interseccionalidad. Desigualdades, lugares y emociones*. Bellaterra Edicions. Serie General Universitaria.
60. ROMANI O, GONZALEZ C, FUNES J, ET AL. (1989). *Repensar las drogas. Hipótesis de la influencia de una política liberizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación*. Grup Igia.
61. ROMO AVILÉS, M. N. (2005). *Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres*.
62. ROVIRA J, CORTES E, VIDAL C, ET AL. (2018) *La reducción de daños en la intervención con drogas. Concepto y buenas prácticas*. Red Iberoamericana de ONG que trabajan con Drogas y Adicciones.
63. ROVIRA, J. (2022) *Metanfetamina, problemática y respuestas [Webinar]*. Plan Nacional sobre drogas.
64. ROSADO, A; MADRID, A. (2019). *Infancia migrante. Derechos Humanos en la Frontera Sur 2019*. Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía. Área de Migraciones de la APDHA
65. RUIZ-ROBLEDILLO, N., FERRER-CASCALES, R., PORTILLA-TAMARIT, I., ALCOCER-BRUNO, C., CLEMENT-CARBONELL, V., & PORTILLA, J. (2021). *Chemsex practices and health-related quality of life in Spanish men with HIV who have sex with men*. *Journal of Clinical Medicine*, 10(8), 1662
66. SAMY KEMKEM, S (ALGERIA), IVANDIĆ-ZIMIĆ, J (CROATIA), PICHIDES,A (CYPRUS), SAVVOPOULOU,F (GREECE), NEMETH,A (HUNGARY), CAPUTO, M (ITALY), ARTIMOVÁ, P (SLOVAK REPUBLIC), BARREIROS,F., CARMONA,M. (PORTUGAL), PÉREZ-LOPEZ, M (SPAIN). (2022). *Intercultural Responses to drug-related challenges for refugees, migrants*. (Strasbourg: Council of Europe, November 2022).
67. SALES, A. (2015). *How many homeless people live in Spain? Incomplete sources and impossible predictions*. *European Journal of Homelessness _ Volume*, 9(2).
68. SALES, A., & GUIJARRO, L. (2017). *Dones sense llar: la invisibilització de l'exclusió residencial femenina*. *Revista Barcelona Societat*, 21, 81-89.
69. SARASA-RENEADO, A., SORDO, L., PULIDO, J., GUITART, A., GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, R., HOYOS, J., ... & BARRIO, G. (2015). *Effect of immigration background and country-of-origin contextual factors on adolescent substance use in Spain*. *Drug and Alcohol Dependence*, 153, 124-134.
70. SEPÚLVEDA, M., BÁEZ, F., & MONTENEGRO, M. (2008). *NO EN LA PUERTA DE MI CASA. Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias*. Barcelona: Grup Igia.
71. SÍNDIC DE GREUGES. (2018). *Informe la situación de los menores migrantes sin referentes familiares en España*.
72. SMITH, N. (2012). *La nueva frontera urbana. Ciudad revanchista y gentrificación*. Mapas. Traficantes de Sueños.
73. SPADE, D. (2020). *Apoyo Mutuo. Construir solidaridad en sociedades en crisis*. Traficantes de Sueños.
74. STÖVER, H., TARJÁN, A., HORVÁTH, G., & MONTANARI, L. (2021). *The state of harm reduction in prisons in 30 European countries with a focus on people who inject drugs and infectious diseases*. *Harm Reduction Journal*, 18(1), 1-17.
75. THE BLACK MEDITERRANEAN COLLECTIVE. (2021). *Mediterráneo negro*. Katakra. Liburuak.
76. VERGES, F. (2020). *Una teoria feminista de la violència. Per una política antirracista de la protecció*. Tigre de paper Edicions.
77. VOLLMER, L. (2019). *Estrategias contra la gentrificación. Por una ciudad desde abajo*. Katakra Liburuak.
78. WATSON, T. M., KOLLA, G., VAN DER MEULEN, E., & DODD, Z. (2020). *Critical studies of harm reduction: overdose response in uncertain political times*. *International Journal of Drug Policy*, 76, 102615.
79. YOUNG, I. M. (2001). *Equality of whom? Social groups and judgments of injustice*. *Journal of political philosophy*, 9(1), 1-18.
80. ZARÓN, I., NAVAZO, T., VÁZQUE, J., GARCÍA A., IBARGUCHI, L., *Aproximación al Chemsex en España 2016*. Madrid: Apoyo Positivo e Imagina.

