

LowThreshold *Journal*

2022, Vol. 10, Num. 2

ABORDATGE DE LES SUBSTÀNCIES NO PRESCRITES

Sumario Contents

COORDINACIÓN

M^a José Sánchez

DIRECTOR

Jordi Delás

JEFA DE REDACCIÓN / EDITOR IN CHIEF

M^a Eugenia de Andrés

CONSEJO DE REDACCIÓN /

EDITORIAL BOARD

Margarita Aguas

Miguel de Andrés

Jordi Delás

Nadia El Hilali

Gemma Martín

Tarcisio Matos de Andrade (Salvador de Bahía)

César Morcillo

María José Sánchez

Martín Vázquez Acuña (Buenos Aires)

DISEÑO / DESIGN

Sònia Poch

MAQUETACIÓN / LAYOUT

Sònia Poch

CORRECTION IN ENGLISH

Steve Cedar

EDICIÓN / EDITION

Ex AEquo

lowthreshold@lowthresholdjournal.org

www.lowthresholdjournal.org

• **x**

xxxxxxx

**DIMECRES,
18 DE MAIG**

Sessió de tarda

15:30 h. Master class

1 Consum fumat. Provisió i manteniment del material. Una oportunitat de diàleg.
Nico Piñeiro. Àmbit Prevenció

2 Consum intravenós. Material i prevenció de sobredosis per opiacis.
Lorena Andreo, Jessica Camí
Infermeres Institut Català de la Salut

16:30 - 19:00 h. Experiències comunitàries Modera: Davide Iannello. Sociòleg

3 Sport Live
Eduardo Torras Híjar

4 Importància de 'Calor i Cafè' en el treball en persones usuàries de drogues.
Rubén David Borrás Torres.
Integrador Social Parc de Salut Mar. La Mina

5 Programa para la mediación de conflictos en consumidores activos
Use Expósito, Nico Piñeiro.
Àmbit Prevenció

6 Grup focal amb persones en consum actiu de la comunitat georgiana.
Mercè Fullà, Sandra Comas, Jordi Fornell, Neus Llop, Ariana Gelón, Elm Perna.
Parc de Salut Mar. La Mina

7 Usos del cànnabis a presó des de l'acció comunitària
Raúl Jiménez.
Educador social del CAS del CP Brians 2

8 Distribución de papel de aluminio para el consumo de drogas por vía pulmonar desde CAS Brians 1
Rafael Clua.
Enfermero del CAS del CP Brians 1

DIJOUS,
19 DE MAIG

Sessió de matí

9:00 - 9:15 h.

9 **Projecció de la Filmació, “El recurs de l’art per la salut mental”**

Blanca Gimeno

Psicòloga i coordinadora d’Alterarte del Centre de Formació i Prevenció (CFP)

9:30 h. Inauguració del Forum

Montse Bartroli. Cap del Servei de Prevenció i Atenció a les Drogodependències de l’Agència de Salut Pública de Barcelona

Joan Colom

Subdirector general de Drogodependències i Director del programa PCAVIHV (Prevenció, Control i Atenció al VIH, les ITS i les Hepatitis Víriques). Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT)

10:00 - 11:30 h. Habitatge

Modera: Olga Díaz. Antropòloga

9 **Housing First.**

Carme Fortea. Directora de Serveis d’Atenció al Sensellarisme. Institut Municipal de Serveis Socials (IMSS)

10 **Albergs amb espais de consum de substàncies no prescrites.**

Cate Clotas. Agència de Salut Pública de Barcelona

Ester Aranda. Àrea de Drogues de l’Associació Benestar i Desenvolupament (ABD)

11 **Albergs no específics de consum.**

Laia Vila. Llar Pere Barnés. Fundació Arrels

12 **Rubí: cases okupes i comunitat.**

Pol Vidal. Treballador social. CAS Rubí

Pep Pitart. Educador social. AIDE

13 **Alternatives arquitectòniques.**

Miquel Corominas. Catedràtic d’Urbanisme. Escola Superior d’Arquitectura. Universitat Politècnica.

11:30 - 13:00 h. Salut Mental

Modera: Toni Delás. Pedagóg, Ex AEquo

14 **Trastorn mental i sensellarisme.**
Maria Jesús González, Mercè Borràs. *ESMES (equip Salut Mental Sense Sostre)*
<https://www.youtube.com/watch?v=iiZTdP-gaVc>

15 **CECAS.**
Ferran Solé. *Director de CECAS*
Gemma Suelves. *Directora del CAS CECAS*
Eulàlia Balaguer. *Treballadora social del CAS CECAS i educadora del grup de Patologia Dual de CECAS*

16 **Hospital de dia de salut mental i addiccions de baixa exigència.**
Anna Romaguera Piñol. *Hospital de Dia. CAS de Gràcia. CSMiA Gràcia-Muntanya*

17 **Programa de patologia dual en els serveis de recuperació de salut mental i addiccions.**
Laia Molist, Memi Martínez i Judith Martínez. *Osonament*

18 **Unitat de Patologia Dual. Unitats de Patologia Dual de l'Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions del Parc de Salut Mar.**
Rosa Blanca Sauras Quetcuti. *Psiquiatra. Centre Fòrum*

13:00 - 14:30 h. Joves i altres grups en situació vulnerable

Modera: Teresa de Gispert. Subdirecció general de Drogodependències

19 **A Primera Línia. Acompanyament educatiu del consum de drogues amb joves d'alt risc d'exclusió social.**
Mireia Ambrós. *Psicopedagoga i educadora social*

20 **Joves en situació vulnerable.**
Lola Aparicio. *Programa d'atenció en Salut Mental per població immigrada*

21 **Programes Guia.**
Magda Casamitjana. *Directora del Pacte Nacional de Salut Mental de Catalunya*
Jordi Quilez. *Tècnic de Salut Mental del CatSalut*

22 **Programa adreçat a joves.**
Carme Casas Monté. *Psicòloga Clínica. CAS de Drogodependències de Tarragona (comunicació escrita)*

23 **Let's chat (programa de gestió de riscos i plaers per a joves).**
Sandra Ribas. *Coordinació Àrea Joves i Famílies. GRUP ATRA*

24 **Joves al carrer.**
Ona Gázquez

**DIJOUS,
19 DE MAIG**

Sessió de tarda

15:30 - 17:00 h. Recursos Sanitaris

Modera: Montse Grifols. Logista

25 **Hepatitis C.**
Xavier Majó. *Sub-direcció
General de Drogodependències*

26 **Telederma: assessorament a
distància per a lesions cutà-
nies mitjançant la imatge.**
Jesús González. *Dermatòleg*

27 **ISOLA-B. centre d'anàlisi de
substàncies i informació.**
Joan H. Besora. *Pla d'Accions
sobre drogues de Reus*

28 **Salut sense sostre.**
Carme Roca. *Salut sense
sostre*

29 **Estudi exploratori dels determinants de violència en un servei de reducció
de danys de Ciutat Vella i en el seu entorn comunitari.**
M Gabriela Barbaglia. *Agència de Salut Pública de Barcelona ASPB*

17:00 - 19:30 h. Espais de consum

Modera: Antoni Llorca. Pla d'Accions sobre drogues de Reus

30 **Baluard.**
Anna Lago. *Associació Benes-
tar i Desenvolupament*

31 **Forum.**
Sandra Aguelo Rueda

32 **Arrels Lleida .**
Anna de Castro

33 **Metzineres.**
Aura Roig

34 **La Mina .**
Noemí González. *Parc de
Salut Mar. La Mina*

35 **Consum als pisos de venda.**
Rafa Clua, Guillaume Dumont

36 **Consum al carrer.**
Dani Pajuelo, Silvia Marqués. *Àmbit Prevenció*

19:30 h.

Situación de drogas en Lisboa. Ricardo Fuertes. *Experto en toxicomanías*

**DIVENDRES,
20 DE MAIG**

Sessió de matí

9:00 - 9:30 h.

37 Autoestima e imagen. Comunicación escrita.
Monica das
<https://mdnshots.com/>

38 Berlín.
Rosa Kistmacher

9:30 - 10:00 h. Sessions d'expertesa

Modera: Criselda Nadal. Infermera. Associació Benestar i Desenvolupament

39 Transformació de la cocaïna
Productos, usos y terminología en cocaína.
Nico Piñeiro. Àmbit Prevenió

40 Les biblioteques públiques
som un actiu de salut, ho sap
tothom?
Montserrat Espuga. Directora
de la Biblioteca Font de la Mina
de Sant Adrià de Besòs

10:00 - 11:30 h. Institucions i entitats

Modera: Dito Eningo. Treball Social

41 ALBA. Unitat de crisi
d'atenció específica
a les drogodependències.
Laura Trujillo. Directora Alba

42 Barreres d'accés al tractament
de l'hepatitis C al medi
comunitari.
Elena Yela González

43 Experiències del Grup Multi-
familiar als usuaris del CAS
Brians: un espai comunicacional
alternatiu.
Oriol Torrents Guitart.
Psicòleg del CAS del Centre
Penitenciari Brians 2

44 Intervención psicológica en
reducción de daños
Eric Bañuls. Psicòleg del CAS
del Centre Penitenciari Brians 2

45 Impacte de la pandèmia de COVID-19 en els serveis de reducció de danys:
percepcions d'usuaris i professionals.
Laia Gasulla. Sub-direcció General de Drogodependències

11:30 - 13:00 h. Recursos comunitaris

Moderada: Maria Gabriela Barbaglia Navarro.
Agència de Salut Pública de Barcelona

46 Estratègies de col·laboració dels centres de consumidors actius amb Atenció Primària i Atenció Especialitzada.
Daniel Roca. *Metge. Cas Baluard. Associació Benestar i Desenvolupament*

47 Centre de Dia SERVIM.
Pep Pitart. *AIDE*

48 Atenció a persones en situació de sensellarisme amb patologia crònica.
Rebeca Alfranca, Fran Calvo, M Àngels Fernández-Hortal, Elisenda Fernández-Escofet, Carles Fàbregas. *Girona*

49 Treball en xarxa a persones en situació complexa amb alta vulnerabilitat
Sonia Cebrián. *CAS Terrassa*

50 Intervenció comunitària en casos d'alta complexitat a Ciutat Vella.
Noelia Girona. *Associació Benestar i Desenvolupament*

13:00 - 14:30 h. Espais segurs per a dones i persones de gènere no binari

Moderada: Sònia Cebrián

51 Metzineres.
Aura Roig

52 DonAR SU_TOT .
Sara Ferrando. *Pla d'Accions sobre drogues de Reus*

53 Seguiment dones en consum actiu.
Noemí Aguilà. *CAS Calella*

54 Green Witch Project
T. Borràs, A. LLort. *Pla d'Accions sobre drogues de Reus*

Sessió especial. Presentació de CATNPUD

Jordi Parramón i Quim Gómez

**DIVENDRES,
20 DE MAIG**

Sessió de tarda

15:30 - 17:00 h. Programes d'heroïna
Elena Adán. Subdirecció general de Drogodependències

55 Experiències a Ginebra.
https://youtu.be/vRyvWgl-Na_w
Miguel del Río.
Mútua de Terrassa

56 La posada en marxa del programa d'heroïna a Suïssa. La normalització de l'heterodòxia.
Paco Giner. *Hospital d'Alzira*

57 La heroïna, un medicamento que ha ayudado a mejorar la salud de la ciudad de Granada.
Joan Carles March. *Escuela Andaluza de Salud Pública*

58 Perspectives actuals
Miquel Casas. *Catedràtic de Psiquiatria*

59 Perspectives actuals .
Josep Rovira. *Àrea de Drogues i Salut Associació Benestar i Desenvolupament*

17:00 - 19:30 h. Experiències en substàncies no prescrites
Moderen: Lorena Andreo, Jessica Camí

60 Bus de Metadona.
Erick González. *Institut Genus. ASPB*

61 Ibogaïna: deshabitació a metadona.
Tre Borràs. *Servei d'Addiccions i Salut Mental HUSJR. Pla d'Accions sobre drogues de Reus*

62 Metadona injectada.

63 Síndrome postconsum de cocaïna

64 Projectes pilot en metanfetamina
Aura Roig. *Metzineres*

65 Reaccions agudes al consum de metamfetamines.
Nacho Roselló, Sofia Moreira. *Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona*

19:30 h. Actuació especial Maria Lech

1 Cocaína. Productos, usos y terminología. Perspectiva desde la atención a personas que la consumen de forma inhalada

Nico Piñeiro
ANTROPÒLEG

Helena Molina
EDUCADORA SOCIAL

INTRODUCCIÓN

La cocaína es una sustancia ampliamente difundida y conocida por millones de personas en todo el mundo y según los últimos estudios (González-Mariño, 2019), Barcelona es la ciudad europea donde se registra el mayor consumo.

Teniendo en cuenta la gran cantidad de personas que de alguna forma tienen alguna relación con el uso de esta droga, desde los propios consumidores hasta los profesionales que la tratan desde diferentes contextos (periodistas, personal de seguridad, creadores de políticas públicas, personal sanitario, terapeutas y demás trabajadores vinculados a la atención de las personas que usan drogas) no deja de llamar la atención que siga existiendo un desconocimiento en todos estos sectores sobre los procesos de transformación, usos y terminología de esta droga.

Este artículo tiene como intención por un lado clarificar algunos conceptos con relación a los usos, los productos y los procesos de la sal de clorhidrato de cocaína, así como de su terminología, tomando como base, entre otros, el trabajo de Oriol Romaní (1998). Por otro lado también se pretende aproximar a las actuaciones que se llevan a cabo, en las intervenciones y la atención de las personas que tienen como preferente una de las vías de consumo de esta sustancia, el inhalado, muy extendido y no carente de riesgos para la salud, abordándolo desde la perspectiva de la atención directa de la personas que consumen drogas vinculada a la Reducción de Daños.



PRODUCTOS, USOS Y TERMINOLOGÍA

La primera parte de este artículo incide en las transformaciones y productos derivados en primera instancia de la hoja de coca y de la sal del clorhidrato de cocaína. De forma simplificada podemos determinar que la sustancia cocaína se puede encontrar en cuatro estados diferentes: la hoja, la pasta, el polvo y la roca.

LA HOJA

El arbusto de la coca (*Erythroxylonhuanco coca*) es originario de América del Sur, concretamente de las regiones subtropicales de las regiones subtropicales de la cordillera de las Andes.

Su hoja tiene un uso conocido desde hace miles de años y ha tenido desde entonces un uso tanto ritual como cotidiano por sus conocidas propiedades estimulantes y como ayuda para soportar las duras condiciones de la altitud en las regiones andinas.

Se usa principalmente de forma oral, masticada para extraer su jugo o en infusiones. Este consumo nunca ha revestido ningún problema y es legal en muchos países.

La hoja tiene 14 alcaloides diferentes siendo la cocaína el principal (normalmente en una concentración del 65%) aunque su contenido puede variar en función de la procedencia de la hoja.

- **Hoja.** nunca ha revestido ningún problema y es legal en muchos países.
- **Hoja con agua y carbonato de cal.** Se añade keroseno o amoniaco. Pasta.

LA PASTA

La pasta de coca es un primer producto que se obtiene en el proceso de elaboración del clorhidrato de cocaína. Se mezcla la hoja con agua y carbonato de calcio o cal. Después se añade keroseno, amoniaco (o ácido de batería) que precipita los alcaloides. Esta mezcla se macera y se seca.

La pasta así obtenida contiene sulfato de cocaína en una concentración que varía del 30 al 90%, pero además están presentes en ella residuos de todos los productos químicos que se han utilizado en su elaboración. La pasta de coca que contiene la menor concentración de sulfato de cocaína se denomina “sulfato” y se suele consumir mezclada en cigarrillos de tabaco o marihuana o directamente en pipa. La que contiene una concentración mayor, “pasta base”. se suele fumar en pipa con menor cantidad de tabaco o marihuana. Estos dos productos se comercializan principalmente cerca de los lugares de producción, no siendo habitual que se exporte internacionalmente para uso directo.

En el estado de pasta base se consiguen altas concentraciones de cocaína disponibles para fumar. Eso hace que los efectos eufóricos y estimulantes lleguen de golpe al cerebro por medio de los vapores y el humo.

Estas presentaciones son conocidas como basuko, basuka o base en muchas zonas de Latinoamérica.

- **Pasta base sucia** (Basuco: base sucia de coca) (hoja tratada con agua y carbonato de cal más keroseno o amoniaco)
 - **Menor concentración:** sulfato. Se consume en cigarrillo de tabaco o marihuana o pipa. Es lo que en Argentina se denomina “paco”.
 - **Mayor concentración:** pasta base. Se suele fumar en pipa.

El sulfato y la pasta base son las dos principales formas de comercialización de productos derivados de la hoja de coca y tienen un menor precio al ser más sencillo y costoso su proceso de elaboración. El sulfato, muy poco purificado y habitualmente mezclado con otras sustancias para estirarlo, es lo que en países como Argentina se denomina ‘paco’.

- **Base lavada:** añadir ácido clorhídrico a la pasta de coca
 - Base lavada
 - Base chicleada

Otros productos de esta etapa de transformación desde la hoja a la pasta para conseguir el clorhidrato, son la “base lavada” que se obtiene añadiendo ácido clorhídrico a la pasta de coca con lo cual se precipita la sustancia y las impurezas se quedan en la superficie. La “base lavada” contiene el más alto porcentaje de sulfato de cocaína (cerca al 90 %). Se fuma preferentemente en pipa. La otra forma de pasta, conocida como “chicleada” por su consistencia similar a los chicles, se obtiene del aceite que queda al quemar el “sulfato” o la “pasta base” y es de menor calidad

La base lavada o chicleada tiene menos salida comercial, ya que acostumbran a ser elaboradas y consumidas por las personas que tienen acceso a los procesos de transformación de la pasta.

La pasta base de coca (PBC) se diluye en ácido sulfúrico diluido y se añade permanganato de potasio. Se filtra con amoniaco precipitando cocaína base y otros alcaloides. Se lava con agua y se seca obteniendo cocaína base cruda o ‘base lavada’.

- **El polvo:** clorhidrato o sal de cocaína

La base cruda o base lavada se disuelve en éter etílico. El éter se filtra. se le añade ácido clorhídrico concen-

trado y acetona. El precipitado de esta operación es clorhidrato o sal de cocaína. Se filtra y se seca.

Esta presentación en forma de polvo no es fumable, o mejor dicho es poco aprovechable de forma combustionada. Por este motivo se consume o bien a través de las mucosas esnifándola o bien inyectándola de forma endovenosa.

A nivel comercial esta es la forma que más se exporta a nivel internacional y es el formato más usado a todos los niveles. Es el producto refinado cuya concentración y pureza depende de las hojas de las que se parte y del proceso de transformación más o menos limpio y sofisticado.

Obviamente en este ejercicio no se valora que la cocaína que consumen las personas a nivel de calle, y que son atendidas en los servicios específicos, esté ‘estirada’ o cortada con otras sustancias. Solo indicar algunos de estos ‘cortes’ como pueden ser la lidocaína que sirve para simular el efecto anestésico que produce el clorhidrato en las mucosas, la acetona, que serviría para darle el brillo característica a la sustancia en sus formatos mejor refinados y otras sustancias más o menos inocuas para multiplicar su volumen.

LA ROCA

Existen dos formas de transformar el polvo (sal o clorhidrato de cocaína) para hacer un producto fumable y por lo tanto de efectos más intensos e inmediatos. Esto se da básicamente en los lugares alejados de los centros de producción de cocaína donde es más difícil el acceso a la pasta base (que es fumable de por sí).

- **Manipulación con éter: crack**

La primera de estas formas es la free base o base libre de cocaína que sería la conversión del clorhidrato en base libre de cocaína con éter que libera de impurezas y cristaliza la sustancia. Trabajar con éter es arriesgado y costoso por la propia naturaleza del éter. Esta forma es más común en los Estados Unidos y suele recibir el nombre de Crack, ya que al estar cristalizado y calentarse para su combustión en una pipa, esta transformación hace un crujido característico, ese crack del que recibe su nombre.

- **Manipulación con amoníaco o bicarbonato**

La segunda forma, la que se da de forma común en nuestro entorno sería la transformación del clorhidrato a

la base de cocaína con impurezas resultado del proceso de tratar ese clorhidrato con amoníaco o bicarbonato mezclado con agua y calentado. Es lo que comúnmente es llamado base o basuco o crack a nivel de calle en España. No es en ningún caso cocaína purificada ni base libre de coca. Que se use la palabra crack es por la asociación al producto usado en Estados Unidos, pero no es en realidad la misma cosa. En el Perú, por ejemplo, el crack o el basuco (clorhidrato trabajado con éter, amoníaco o bicarbonato) recibe el nombre de base retrocedida, haciendo referencia al proceso que sufre el clorhidrato al mezclarse con esos productos.

Evidentemente cualquiera de los procesos se puede hacer en cualquier lugar donde se tenga acceso a los productos necesarios (amoníaco, bicarbonato y éter) y a los instrumentos de laboratorio correspondientes para trabajar de forma correcta con estas sustancias. En este ejercicio simplemente se señalan las formas más comunes en las que podemos encontrar estas presentaciones de productos en base a la cocaína y con ello se pretende, como se señalaba en los primeros párrafos, clarificar usos, productos y terminología relacionada con la cocaína.

ATENCIÓN A LAS PERSONAS QUE USAN COCAÍNA DE FORMA INHALADA

En la segunda parte de este artículo se pretende explorar brevemente cuales son las iniciativas que se llevan a cabo respecto a la intervención, desde el ámbito de la atención a las personas que usan drogas, con usuarios de cocaína (y otras sustancias) de forma inhalada, y de alguna forma reivindicar la necesidad de seguir incidiendo en este tipo de intervenciones de forma efectiva y actualizada, con la meta de evitar las complicaciones sanitarias que derivan del uso a menudo poco informado de los riesgos del consumo fumado de estas sustancias.

Desde los recursos destinados a la atención e intervención con personas que usan drogas se llevan a cabo iniciativas que pretenden reducir los riesgos de los diferentes tipos de consumo de sustancia. Desde el inicio el foco de estas atenciones e intervenciones estuvo puesto en los consumos inyectados de cocaína y heroína tanto por separado como de forma mezclada (speedball), principalmente al ser la vía inyectada una fuente más propensa a generar contagios y problemas derivados de su uso poco y a menudo mal informado y de las condiciones en las que se dan estos consumos.



El consumo fumado tanto de cocaína, como de heroína, siempre transcurrió, y transcurre, paralelo al consumo inyectado. Aunque no es infrecuente reportar cambios en la vía de consumo del inhalado al inyectado, y viceversa, en los usuarios de estas sustancias, sigue siendo habitual que las personas que las usan tengan sus vías de consumo preferente.

Por lo tanto, se trata de prestar la misma atención a ambos tipos de consumo y a los riesgos asociados a cada uno.

Por otro lado conviene remarcar que no solamente la cocaína se inhala. También puede fumarse la heroína y la metanfetamina. Estas líneas pretenden centrarse principalmente en el consumo inhalado que se suele presentar en la cocaína y en la parafernalia asociada a su consumo por esta vía, como son las pipas de cristal o las artesanales fabricadas con botellas o latas. También se reportan casos de cocaína fumada en papel de aluminio, pero suele ser minoritario.

Tiene sentido señalar que el consumo de heroína inhalada tiene menos riesgos asociados, a nivel de contagio de enfermedades, ya que la heroína se fuma sin tanta parafernalia por la propia naturaleza de la sustancia. Basta con decir que existen y se provee a estos consumidores, de papel de aluminio tratado de forma que no contenga plomo, que sería uno de los principales componentes perjudiciales que se inhala en el quemado de dicho papel a la hora de calentar la heroína para su fumado.

La metanfetamina se fumaría también en pipas de cristal o, en menor medida, en pipas artesanales o incluso usando papel de aluminio al estilo de la heroína, usando en caso de la metanfetamina un tubo más largo para evitar quemaduras.

Muchas de las cuestiones que se desarrollarán sobre el consumo de cocaína inhalada serían aplicables al consumo de metanfetamina (en el sentido del uso de parafernalia, que no de las implicaciones sanitarias y de riesgos asociados) aunque en ese caso convendría hacer un monográfico sobre dicha sustancia y sus usos.

En tanto a la cocaína, principal producto de consumo inhalado en el ámbito de la reducción de daños, existen dos formas de adquisición de la sustancia para ser consumida por esta vía, por una lado el polvo o sal de clorhidrato de cocaína y por otro directamente la roca o base (basuco o crack). Como se ha señalado en la primera parte de este artículo la manera de que la cocaína pueda ser fumada es transformándola en estas rocas mediante la preparación con amoníaco o bicarbonato. Mejor bicarbonato

Una de las maneras de reducir el riesgo en el fumado de cocaína es incidiendo en el hecho de que es mejor, a nivel sanitario, preparar la sal de cocaína, el clorhidrato, con bicarbonato y no con amoníaco ya que este último producto es irritante y más tóxico y por lo tanto menos seguro. Por lo tanto contar con la información precisa para preparar la cocaína para su fumado con bicarbonato es una buena manera de establecer, desde la confianza con las personas que usan estas sustancias, una vía de comunicación donde en primera instancia la información objetiva pueda dar pie a hablar de otros temas concernientes a su consumo o a otros temas relacionados que puedan ser relevantes para estas personas.

Como en otros procesos relacionados con el consumo de drogas y debido a la marginalidad que provoca la prohibición de estas sustancias se dan mitos aso-

ciados a ciertas prácticas, el uso de amoníaco es uno de ellos, y conviene ofrecer información para evitar riesgos y daños. Enseñar y extender el preparado con bicarbonato se encamina en esa dirección.

El proceso de transformación de la cocaína en base con bicarbonato es relativamente sencillo, aunque aun lo es más con amoníaco ya que este último provoca de manera más eficiente la transformación y, según dicen no se corre el riesgo de perder la cocaína de perder parte de la sustancia (la cocaína) en el proceso.

La cantidad mínima para poder elaborar base de cocaína a partir del polvo es de aproximadamente 0,4 grs. El primer paso es depositar la cocaína en polvo que se quiera procesar (o cocinar según el argot más común) en un recipiente, una cuchara o una cazoleta de disolución como las que se usan para la inyección, y añadir agua estéril, después se añade bicarbonato en una relación de un 10% en relación a la cantidad de cocaína. Si se añade más bicarbonato de la cuenta la reacción evaporará parte de la cocaína (por eso algunos consumidores prefieren el amoníaco, ya que con este no hay riesgo de pérdida de la sustancia en caso de error en el preparado). Se procede a calentar la mezcla observando la reacción hasta que llegue a ebullición, la cocaína se disolverá y se formará una gota en el centro del recipiente y espuma a los lados. La gota, más solida se extrae con una moneda de cobre o algún elemento de metal rígido y se deja enfriar en papel secante hasta que acabe de solidificarse. El resultado será una piedra de base de cocaína, también llamado crack o basuko y se podrá fumar.

La ventaja de fumar este preparado frente al esnifado del polvo es que el inhalado llega en pocos segundos al cerebro produciendo un efecto corto pero más potente. El descenso también es más rápido y por lo tanto se genera una compulsión en el consumo. Otra historia sería el consumo de cocaína inyectada, de efectos aún más potentes que el inhalado.

Los riesgos asociados al consumo de cocaína inhalada son:

- Problemas cardiovasculares y riesgo de parada cardíaca.
- Crisis paranoicas. Uno de los síntomas asociados es el Síndrome de Ekbon que se define como un trastorno mental (normalmente transitorio) en que el paciente tiene la convicción delirante monomaniática de estar infectado por parásitos que se manifiesta sobre todo en la piel.
- Problemas pulmonares (bronquitis, insuficiencia pulmonar) a largo plazo el síndrome conocido como cracklung o pulmón de crack.
- Accidentes cerebrovasculares.
- Deshidratación y daños en las mucosas de los labios.
- Afectación del sistema inmune, agravada por la falta de sueño y mala alimentación.
- Factor de riesgo en la transmisión de VIH y VHC relacionado con compartir material de fumado.

Conviene resaltar una falsa creencia en relación al consumo de cocaína inhalada. En los contextos donde se da este tipo de consumo, se reporta el mito de 'La madre'. Esta es una práctica consistente en el ras-



cado de las pipas (sean las que sean) y recoger la llamada “madre”, que sería una materia negra adherida en el fondo de las pipas basado de restos de cocaína y ceniza (utilizada para la combustión de la misma), y refieren que ésta, es la parte más potente, ya que adquiere la mejor parte de la cocaína.

En base a este dato, desde los servicios de atención a las personas que usan drogas se debe facilitar la información necesaria para que las personas puedan ver que ésta práctica es dañina para la salud y que tan solo puede provocar consecuencias negativas hacia su organismo, ya que, ejemplificando de forma fácil y entendible, sería cómo consumir los restos de carne quemada que quedaría en una barbacoa.

En cuanto al material para el consumo de cocaína fumada lo ideal sería que cada consumidor dispusiera de una pipa de cristal que no compartiera con nadie. Desde los servicios de atención a las personas que usan drogas se intenta proveer a precios de coste de este tipo de parafernalia. Aun y así es muy común que muchos de los usuarios usen pipas hechas de forma artesanal con botellas o incluso latas de refresco y que sean compartidas, en ese caso conviene que en los servicios de atención a las personas que usan drogas puedan proveer de tubos de plástico rígidos que se usen como boquilla para el inhalado y se usen de modo personal.

Otra vía de actuación sería poder intervenir en los pisos donde se vende y se consume cocaína en base/crack (las llamadas crack house) y tratar de que allá mismo se provea de material para que cada consumidor tenga siempre a su disposición los elementos necesarios para el fumado sin tener que compartir.

Los riesgos asociados a la parafernalia no higiénica son:

- Cortes en las manos y labios por el uso de material. (En el caso del uso de botellas o latas)
- Inhalación de plásticos, bacterias y amoníaco (en el caso del preparado con esa sustancia)
- Quemaduras y cortes en los dedos y labios.
- Transmisión de enfermedades por compartir el material, especialmente la boquilla.

Por lo tanto el material a introducir como elementos sanitarios en los servicios de atención a las personas que usan drogas destinados a los fumadores de cocaína serán el bicarbonato, las pipas de cristal, los tubos de plástico y el agua esterilizada.

Este material debería dispensarse en talleres donde se hablará de cocinado, de consumo más seguro o

de prácticas de riesgo relacionadas con el mismo a la vez que se pudiera construir pipas de forma artesanal a falta de pipas de cristal.

Todo ello supondría la oportunidad de ofrecer un espacio de escucha donde se pudiera recoger las necesidades y demandas de estas personas, donde se diera la oportunidad de hablar de sus prácticas de consumo para potenciar elementos de autocuidado. Incidir en la forma de consumir y entablar una comunicación a partir de este hecho puede contribuir a desarrollar prácticas más saludables derivadas de una autoconsciencia de la propia salud que en el mejor de los casos pueda ser trasladada a otros ámbitos

BIBLIOGRAFÍA

- A. Diaz, Hoja, pasta, polvo y roca. El consumo de los derivados de la coca.(1998) Ed. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona.
- I. González-Mariño Spatio-temporal assessment of illicit drug use at large scale: evidence from 7 years of international wastewater monitoring (2019). *Addiction* DOI: 10.1117ad.14767
- Becoña, E. (2014). “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”. *C.Med.Psicosom*, nº110, 58-61.
- Berger, P. & Luckmann, T. (2011). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu. Original 1967.
- Borràs, Tre&Trujols, J. (2013). “La reducción de riesgos en el ámbito asistencial”. En David Pere Martínez Oró & Joan Pallarès (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. (219-238). LLeida: Milenio.
- Díaz, A., Barruti, M. & Doncel, C. (1992). *Les línies de l'èxit? Naturalesa i extensió del consum de cocaína a Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. *Drogodependencias*. Barcelona: FAD y Pla d'Acció sobre drogues de Barcelona.
- Erickson, P.G; Watson, V; & Weber, T. (1995). “Percepciones de los usuarios de cocaína sobre su estado de salud y los riesgos del consumo de drogas”, en *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia.
- Grup Igia.y Cols. (2000). *Contextos, Sujetos y Drogas. Un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona: Institut Municipal deSalut Pública y FAD.
- Llort, A. & Martínez-Oró, D. P. (2015). “Contextos sociales y consumo de losderivados de la coca: el ocaso del prohibicionismo”. *VVAA Road maps to regulation Report*, Information hended. Oxford: Beckley Foundation. En prensa.
- Reinarman, C. & Levine, H.G. (2004). “Crack in the rear-view mirror: Deconstructing drug war Mythology”. *Social Justice*, 311, (2), 182-199.

2 Consum intravenós

Lorena Andreo

XXXXX

Jessica Camí

XXXXXXXX

Xxxxxxx

3 Sport Live

Eduardo Torras Híjar

PRESIDENTE SPORT2LIVE | WWW.SPORT2LIVE.ORG



Las personas con consumos de sustancias no prescritas hacen un 50% menos de ejercicio y deporte que la población general.

La organización mundial de la salud recomienda un mínimo de 150 minutos de ejercicio y deporte a la semana para las personas mayores de 18 años.

Los programas de ejercicio y deporte para personas con consumos de sustancias no prescritas deben estar diseñados, supervisados y ejecutados por personas cualificadas con Grado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte y Máster en salud y prescripción del ejercicio físico.

La incorporación de programas de ejercicio y deporte para este colectivo se establece como una excelente herramienta para la mejora de la salud. La incorporación de ejercicio y el deporte en los programas de abordaje para estas personas deben incluir el ejercicio y el deporte como un elemento de salud y no tanto como una opción de ocio ya que normalmente el ocio lo tienen asociado a rutinas poco saludables.

La incorporación de programa de ejercicio y deporte debe realizarse bajo ciertas premisas que permitirán:

- Adherencia al programa deportivo.
- Mejora de la salud.
- Mejora de la alianza terapéutica con los equipos socio-sanitarios.
- Escucha activa sobre sus deseos y expectativas hacia la práctica deportiva.
- Generar espacios seguros, no hetero-normativos que favorezcan el empoderamiento de las personas participantes.

Los objetivos de este tipo de programa deben alinearse hacia: **La mejora de la salud y ofrecer un propósito en la vida.**

En muchos casos las personas con consumos de sustancias no prescritas utilizan el consumo para “olvidar” su situación de pobreza o carencias como la falta de vivienda, el deterioro físico y psíquico, la confrontación con el mercado ilegal o “escapar” de forma momentánea de la marginación. Los programas de ejercicio y deporte deben orientarse para suplir o paliar estas carencias. Son necesarios programas específicos para este colectivo a fin de romper las barreras hacia el deporte como:

Falta de apoyo social, espacios discriminatorios, falta de confianza, desconocimiento del entrenamiento, falta de información de los beneficios de ejercicio físico, espacios excesivamente hetero-normativos que dificultan el acceso al colectivo LGTBIQA+, etc... Este tipo de programas Ad-Hoc para el colectivo de personas con consumos de sustancias no prescritas permiten generar adherencia hacia el ejercicio físico y provocar un cambio de estilo de vida. Facilitar acceso a instalaciones deportivas de alto nivel con servicios adecuados de duchas y vestuario ayuda a que dispongan de espacios de higiene personal adecuados. Estos espacios generan vinculación al programa deportivo. Instalaciones adecuadas, donde las personas puedan ser socias de la instalación les permite tener un entorno seguro durante el horario de apertura y les facilita algo semejante a “una vivienda” durante varias horas del día.

Los programas de ejercicio y deporte paliar el deterioro físico y mental que presentan las personas con consumos de sustancias no prescritas. Personas con menor deterioro físico y mental son personas más capacitadas para tomar decisiones serenas sobre su deseo de consumo, su deseo de iniciar programas de recuperación. Facilitar este tipo de programas aleja a este colectivo de la marginalidad al empoderarlos y hacerles sentir que forman parte de un colectivo, de un grupo y favorece su compromiso para mantener una vida algo más ordenada y alejada del tráfico ilegal de sustancias.

Los programas para las personas con consumos de sustancias no prescritas deben estar diseñados, dirigidos y supervisados por personal cualificado con grado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Solo este tipo de profesionales son capaces de desarrollar programas con la seguridad y profesionalidad que estas personas merecen. El colectivo de las personas con consumos de sustancias no prescritas presenta lesiones y patologías que deben conocerse a la hora de implementar programas de ejercicios y deporte orientados a mejorar su salud. Idealmente los profesionales encargados de dirigir este tipo de programas deberían disponer del Grado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte y Máster en salud y prescripción del ejercicio físico en el ámbito de la salud. El conocimiento de un deporte, o su práctica prolongada, las ganas o la buena voluntad no es suficiente, y en muchos casos es contraproducente, a la hora de desarrollar este tipo de programas. En muchas situaciones nos encontramos con profesionales sociales o sociosanitarios desarrollando este tipo de

programas lo que es altamente peligroso y absolutamente irregular (Ley 3/2008, de 23 de abril, del ejercicio de las profesiones del deporte.)

UN PROPÓSITO EN LA VIDA

Las personas con consumos de sustancias no prescritas por las múltiples situaciones de marginación, pobreza, falta de vivienda, deterioro físico y psíquico, la confrontación con el mercado ilegal, etc... han perdido su propósito en la vida y los programas de ejercicio y deporte pueden ser catalizadores de recuperar ese propósito.

Ir a entrenar cada día, practicar boxeo o jugar un partido de fútbol, básquet o handball puede conectar emociones relativas a la infancia y la adolescencia temprana que faciliten un deseo de “volver” a ser felices como en tiempos pasados. Hay miles de ejemplos de personas que han re-conectado con un propósito vital a través del deporte.

Experiencias como street soccer, programas de boxeo para usuarios de salas de consumo, equipos de trail-running que facilitaron la conexión con la naturaleza o los programas de triatlón que sport2live desarrolló en los años 2013-2018, o programas de investigación Erasmus+ como Reintegration through Sport - **The role of Sport in Addiction Recovery** ofrecen evidencia de la contribución del deporte y la actividad física como elemento vital al ofrecer una amplia gama de beneficios a largo plazo para la salud mental y física de las personas con consumos de sustancias no prescritas son ejemplos de como el ejercicio y el deporte ayuda a crear ese propósito vital tan importante a la hora de desarrollar una vida plena, ordenada y feliz.

Los programas de ejercicio y deporte para las personas con consumos de sustancias no prescritas presentan índices óptimos coste-beneficio y deben incorporarse en todos los abordajes, en los programas de las entidades que trabajan con este colectivo o en los programas públicos dirigidos a mejorar la salud y el bienestar de las personas con consumos de sustancias no prescritas.

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX.

4 Importància del *Calor i Cafè* en el treball en persones usuàries de drogues

Rubén David Borrás Torres

INTEGRADOR SOCIAL. PARC DE SALUT MAR. LA MINA

El treball amb les persones usuàries de drogues es desenvolupa en diversos espais i circumstàncies, els Programes d'Intercanvi de Xeringues (PIX), els espais de venopunció segura, al carrer, però també en els espais de Calor i Cafè i en aquesta breu ponència es vol destacar la rellevància de realitzar una tasca d'acompanyament, seguiment, col·laborativa i/o educativa en aquest tipus d'espais.

El fet que les persones que utilitzen drogues puguin compartir un espai en el preconsum o el postconsum, o simplement durant l'estona que elles vulguin, ens permet una feina no només de detecció de qüestions relacionades amb les drogues, sinó també un acostament cultural, social i personal.

És evident que en el preconsum, disposar d'un espai tranquil, on disposar d'elements d'entreteniment, l'acompanyament d'una conversa o simplement un espai de tranquil·litat, pot fomentar l'atenuament de la simptomatologia de la síndrome d'abstinència. Per altra banda, en el moment postconsum, el fet de disposar d'un espai amb professionals qualificades millora la seguretat de les persones usuàries davant possibles efectes adversos de les substàncies consumides. També moltes d'elles refereixen que viuen l'espai Calor i Cafè com un espai de llibertat, ja que acostumen a ser espais amb normativa més laxa que la dels espais de venopunció.

CALOR I CAFÉ EN "LA MINA"

Però com a professionals en l'àmbit, que vol fomentar l'autonomia de totes les persones, que busca el treball des del vincle i no des de la imposició no només ens podem quedar amb el treball que es realitza abans i després del consum sinó que hem d'anar més enllà. Tenim d'alguna forma l'obligació de ser transmissores i receptors de cultura, de coneixement i de motivació en les persones amb les quals treballem. Tenim múltiples eines per aconseguir els nostres objectius, la realització de tallers, la utilització d'eines multimèdia, la interacció des del joc, el debat o enraonar en relació amb els coneixements, gustos i/o preferències de la persona que tenim al davant. Busquem un enfortiment del vincle i la confiança usuari-professional que no sigui unidireccional, sinó que la persona professional ha de posar a disposició de la usuària els seus coneixements i sabers i ha d'estar disposada a obrir-se a aquells coneixements i sabers que la persona usuària estigui disposada a aportar. Simples accions com sentir les notícies en l'idioma nadiu, o una cançó dels anys 80, el taller de cinefòrum o el resum de les millors accions de l'esdeveniment esportiu del qual la persona usuària n'és seguidora, transporta a professional i pacient a un espai de coneixement i participació però també de col·laboració mútua.

Tot això descrit activa d'alguna forma una de les tasques també fonamentals en el nostre àmbit com és la detecció i el seguiment de les diverses problemàtiques que aquestes usuàries puguin tenir en termes conductuals dins, però especialment a fora del centre a escala social, mèdic, legal, etc. Aquesta detecció ens permetrà oferir una derivació, un acompanyament o simplement una escolta activa.

Finalment, voldria afegir que tenir un espai de Calor i Cafè funcional, dinàmic, inclusiu i ben connectat amb les diverses parts del centre d'atenció a persones usuàries de drogues és bàsic per tal d'assolir objectius que hauri-





en de ser imprescindibles quan ens plantegem les nostres tasques envers les persones que atenem, autonomia, empoderament, llibertat personal i col·lectiva.

COM ÉS L'ESPAI DE CALOR I CAFÉ PER PERSONES USUÀRIES DE DROGUES DE LA MINA?

L'espai del Calor i Cafè és un lloc on les persones usuàries de drogues poden accedir a tenir un lloc de descans, i prendre un petit refrigeri per sortir una mica de la dinàmica del consum. Està obert de 10,15 a 17,30 de dilluns a diumenge. És un espai equipat amb una barra, un microones, una nevera i una planxa elèctrica per escalfar sandvitxos. També disposen de 9 cadires i 3 taules, un suro i un projector.

Les activitats que organitzem són diverses, ara mateix activament tenim, el projector on cada dia es projecten documentals, clips musicals o esportius que oferim els i les professionals, però també a demanda de les persones usuàries. També es realitzen partides d'escacs, emmarcades en una lliga trimestral, partides de dòmino i de parxís. Cada dijous es projecta en format sèrie-fòrum alguna de les sèries de moda del moment. Finalment, pel que fa a les activitats és el lloc on es realitzen els tallers mensuals amb les persones usuàries, com el Carnestoltes, el 8 de març, Sant Jordi, etc.

Durant la seva estança poden prendre fins a 3 cafès o 3 sucs, i un sandvitx o 4 magdalenes al matí, al migdia canviem el torn i, per tant, poden repetir. A nivell de normativa intentem que l'espai sigui un lloc tranquil, on quedin els conflictes i problemàtiques a fora. Considerem que per a que l'espai funcioni bé, no es poden dur a terme cap mena de transaccions i que el respecte i la no-violència són fonamentals a l'hora de relacionar-nos. Només es contempla l'expulsió d'una persona usuària quan es traspassen límits d'agressivitat, el tràfic o les faltes de respecte greus.

Segurament una de les qüestions que ens agradaria millorar és l'ampliació de l'horari fins al tancament de tot el centre, donat que per falta de recursos i personal es tanca a les 17.30, quan el centre tanca a les 20.00h.

Els reptes de futur que ens podem plantejar l'any 2022 segurament com a la majoria de recursos és poder tornar per fi a la normalitat després de la pandèmia. Intentant reprendre el contacte directe amb les usuàries i tornant a dinamitzar l'espai com abans de la pandèmia.

Xxxxxx

XXXXXXXXXX.

5 Mediación de conflictos

Nico Piñeiro, Use Expósito Capilla, Claudia Pérez Rosales

FUNDACIÓ ÀMBIT PREVENCIÓ

Los llamados servicios de Reducción de Daños para consumidores de drogas atienden a un perfil heterogéneo de personas atravesadas por una misma condición, esta es su dimensión como usuarios de sustancias ilegalizadas.

El uso de estas sustancias en el contexto de nuestras sociedades acarrea una serie de problemáticas relacionadas con dicha ilegalidad y persecución. Esta situación legal enmarcada dentro del paradigma de la llamada 'guerra contra las drogas' provoca que las personas que usan sustancias fuera de los circuitos normativos se vean abocados a vivir en los márgenes de la sociedad. Esta situación liminar, a su vez, estigmatiza a estas personas y dificulta aún más su participación normalizada en el conjunto de la sociedad.

Los problemas sanitarios, de acceso a los servicios más básicos o la sensación de inseguridad e inestabilidad que sienten las personas que usan drogas y que viven en condiciones de extrema precariedad económica provocan en muchas de estas personas, lógicamente, desajustes en su salud mental, siendo recurrente distinguir sintomatología relacionada con la ansiedad, el estrés o la depresión cuando no directamente algunos trastornos más graves vinculados a largos períodos en situación de calle, bajo las condiciones mencionadas.

Los servicios REDAN tienen su razón de ser en la atención de estas personas desde diferentes perspectivas, la sanitaria, la social y la comunitaria. Durante treinta años estos servicios se han acogido a una visión de soporte a estas personas, acompañándolas en los ámbitos que han demandado y proporcionando espacios de descanso, seguridad y confianza.

Haciendo un poco de autocrítica conviene señalar que eventualmente este soporte ha estado teñido por cierta pátina de la misma sustancia que impregna al resto de servicios generales de atención, pecando de paternalismo por un lado y con una carencia de la mirada propia de las personas a las que se atiende.

Esta última cuestión hace que en muchas ocasiones profesionales y usuarios del servicio no entiendan de la misma forma algunas situaciones, y esto se evidencia de una forma más clara en los casos de conflicto.



En los casos de conflicto que se producen, principalmente en las instalaciones de los servicios, el paradigma punitivista no tiene en cuenta la propia filosofía de la actividad a la que se dedican estos servicios, proponiendo las mismas soluciones que en todos los recursos generalistas, optando por mantener alejado del servicio a la persona que haya ocasionado el conflicto y valorando según unos parámetros propios la sanción correspondiente.

Esta situación ocasiona que las personas que peor gestionan su impulsividad, que en ocasiones puede llegar a manifestarse agresivamente, queden simplemente castigados de los servicios, con todo lo que ello ocasiona.

Nuestra propuesta es revisar este paradigma trabajando para sustituirlo gradualmente por otro basado en el aprovechamiento de esos eventuales conflictos usando el marco teórico de la justicia restaurativa.

De forma simple la propuesta sería enfocar las situaciones de conflicto de forma que no supusieran directamente y de forma inequívoca la expulsión y el castigo según la decisión tomada únicamente por el equipo del servicio. Esta nueva forma de proceder incluiría a la/s persona/s que han tomado parte del conflicto de forma directa, sean exclusivamente usuarios del servicio o usuarios y profesionales del mismo. Es decir, proponemos mediar y resolver los conflictos de manera que supongan una oportunidad de aprendizaje, de cohesión social y de una manera de construir comunidad.

Xxxxxx

XXXXXXXXXX.

6 Grup focal amb persones en consum actiu de la comunitat georgiana

Mercè Fullà, Sandra Comas, Jordi Fornell, Neus Llop, Ariana Gelón, Elm Perna

EQUIP SOCIOEDUCATIU REDAN LA MINA | EDSREDANMINA@PSMAR.CAT | WWW.PARCDDESALUTMAR.CAT

Davant l'augment de persones georgianes en consum actiu a la província de Barcelona durant el període 2018-2021 es planteja realitzar un grup focal per a fer un recull d'informació d'aquest col·lectiu i conèixer les necessitats que presenten.

Es realitza un grup de treball format per diferents professionals de reducció de danys de diferents recursos de Barcelona i rodalies per a elaborar un guió detallat.

Es va plantejar fer dos grups focals en horaris diferents per englobar tots els perfils possibles. En un principi s'havia plantejat per fer-ho amb deu persones, cinc per grup, però finalment van assistir-ne sis en total. La durada dels grups focals va ser aproximadament d'una hora i mitja i era una activitat remunerada. Durant el transcurs d'aquesta es va fer enregistrament per àudio amb prèvia autorització dels participants.

Els grups focals es van realitzar el 29 de desembre del 2021 al centre REDAN la Mina de manera presencial per proximitat física i volum de persones usuàries.

El grup focal estava format per a dues educadores socials i la treballadora social del REDAN de la Mina que tenien el paper de moderadores i dinamitzadores, una intèrpret i els participants.

Els objectius principals eren:

- Obtenir informació sobre el coneixement i necessitats de les persones usuàries de drogues d'origen georgià respecte als serveis i recursos socio-sanitaris.
- Obtenir informació sobre el coneixement respecte els riscos relacionats amb el consum de drogues.
- Identificar possibles mancances i/o necessitats per tal de millorar-ne l'atenció
- Identificar possibles barreres en l'accés als serveis i recursos assistencials.

El guió estava dividit en diferents apartats i blocs temàtics:

- Consum, pràctiques de consum i riscos.
- Metadona.

- Coneixements de serveis d'atenció a les drogodependències i altres serveis.
- Accés a la informació.

Dins de cada bloc es van formular diverses qüestions que es volien abordar per a generar debat. A continuació presentem els participants i exposem les conclusions extretes de les preguntes realitzades durant el Grup focal.

PRESENTACIÓ. BREU HISTÒRIA DE VIDA D'USUARIS PARTICIPANTS

- Us1. Home de 47 anys, porta 2 anys a Espanya, el seu germà també està aquí en la mateixa situació que ell. Des de que arriba consumeix. Antecedents de marihuana. Situació de sensellarisme.
- Us2. Home de 42 anys, porta 8 anys a Espanya, parla castellà. Abans d'estar a Catalunya treballa a França. El consum s'inicia a Europa, però s'incrementa quan arriba a Catalunya. Situació de sensellarisme
- Us3. Home de 40 anys que porta 2 anys i mig aquí i un any consumint. Fa 10 anys que consumia a Geòrgia arrel de la mort del seu pare torna a fer-ho. El seu principal problema es que no treballa. Viu amb la seva dona.
- Us4. Home de 38 anys, Fa 6 mesos va tenir una hemorràgia i els metges a Geòrgia li van receptar morfina generant una dependència. Fa un mes que arriba a Barcelona per tractar-se una malformació artereovenosa localitzada en el tronc cerebral ja que a Geòrgia no hi havia tractament. Des de que arriba aquí es consumidor ja que aquí no li recreen morfina. Comparteix pis. EXITUS.
- Us5. Home de 27 anys. Fa 2 anys que està a Catalunya. Està esperant el seu primer fill. Viu amb la



seva dona. Fa 4 anys que es consumidor i ha estat abstinent en el procés de quedar-se embarassat.

- Us6. Home de 32 anys. Fa 10 anys que està a Espanya. Té un fill de 9 anys. Tan la dona com el fill viuen a Geòrgia. Fa 4 anys que consumeix.

CONCLUSIONS EXTRETES PER BLOCS DEL GRUP FOCAL

- **Consum, pràctiques de consum i riscos:** Penseu que les persones georgianes tenen alguna característica específica a l'hora de consumir?
 - Consum predominant speedball per via endovenosa.
 - Els sis participants consideren que les persones georgianes no tenen cap característica comuna i específica a l'hora de consumir, tot i que quan desenvolupen la resposta, especifiquen que, els agrada compartir el post-consum amb altres georgians en un espai que identifiquin com segur per ells, ja que forma part del ritual de consum quedar-se després parlant.
 - El consum d'heroïna s'inicia en tres d'ells a Geòrgia de manera esporàdica i també per via endovenosa. Els altres el primer contacte amb l'heroïna és a Espanya. Quan arriben a Espanya, aquest consum s'incrementa, pel fet

de que troben més accessibilitat per aconseguir les substàncies i menys control policial. Especifiquen que a Geòrgia poden entrar a presó 5 anys pel fet de portar droga a sobre per consum propi. L'objectiu inicial de l'arribada al país és laboral, però quan no l'aconsegueixen durant un període prolongat inicien el consum.

- La droga aquí està més adulterada que la de Geòrgia, per tant, els cal consumir amb més freqüència.
- En relació amb la família, les persones sense xarxa al territori oculten el consum a la família. En canvi, aquells que conviuen o tenen part de la família aquí, sí que la família és conscient d'aquest consum. Hi ha famílies que donen suport a l'usuari i d'altres on l'usuari no especifica que està en consum actiu, tot i que el sospiten. En tots els casos, donen importància a la necessitat de sentir-se acompanyats en aquest procés.
- **Pràctiques de consum:** Coneixeu quines són les pràctiques segures de consum?
 - Sobre les pràctiques segures de consum, consideren que al estar vinculats al REDAN (centre de reducció de danys) i gràcies a participar a tallers del centre estan més informats i coneixen els riscos i la possibilitat de tractament. Dos dels participants, estan als tallers de VHC. Saben les malalties que pot causar un consum de risc, etc. Tot i així, aquest interès els sorgeix un cop s'han infectat de VHC.
 - A Geòrgia hi ha molts casos de VHC. Molts s'infecten allà i a Espanya és re-infecten. També consideren que aquí hi ha més facilitat d'accés a aquest tractament i arriben al centre per aquest motiu.
 - En el moment que es parla de VIH, gairebé tots els usuaris participants s'incomoden i verbalitzen que no els agrada parlar d'aquest tema.
 - Molts trenquen l'agulla per prevenció. Creuen que d'aquesta manera ningú li donarà ús després a la xeringa i llencen les restes a les escombraries. A altres centres aquest punt no s'ha detectat.
 - Aquí troben tot el material esterilitzat, en canvi a Geòrgia no hi ha opció ni de comprar material d'aquest tipus.
 - En les dinàmiques de consum hi ha una diferència clara entre les persones consumidores

que tenen vida normalitzada (sostre, família, xarxa social, feina, etc) i les que es troben en situació de carrer i manca de xarxa/referents. Les que tenen vida normalitzada no s'emporten material a casa, ja que allà conviuen amb altres persones no consumidores. En el cas dels usuaris sense llar el consum diari és més continuat, i si fan ús de l'intercanvi de xeringues (PIX).

• **Metadona Què sabeu sobre la Metadona? Com s'accedeix al tractament?**

- Saben que és i els seus efectes. La compren fins a vincular-se al CAS o quan no poden sostenir el vincle amb el CAS per incompatibilitat horaria. A Geòrgia no estaven vinculats al tractament.
- Consideren que la metadona és pitjor que la heroïna, ja que l'abstinència de metadona no es supleix ni consumint heroïna.
- Molts usuaris georgians s'injecten la metadona (en substitució d'heroïna), i la barregen amb cocaïna per crear un speedball.

CONEIXEMENTS DE SERVEIS D'ATENCIÓ A LES DROGODEPENDÈNCIES I ALTRES SERVEIS.

• **A part d'aquest centre, quins altres centres socio-sanitaris coneixeu?**

- Coneixen l'existència de diferents espais de les rodalies de la Mina on recollir material higiènic, però no identifiquen ni reconeixen cap CAS més enllà del de la Mina. Com a altres REDAN, reconeixen Baluard, Fòrum i el Bus de Sant Roc, tot i que refereixen no anar-hi.
- Per realitzar tràmits o vincular-se a altres recursos de la xarxa acudeixen a la sala, ja que és on tenen més vincle amb els professionals.
- Tots tenen TSI (targeta sanitària), la demanen per tenir algun document vigent que acrediti que resideixen a Catalunya.
- Saben que al CAS es dispensa la metadona i és on regulen la medicació psiquiàtrica. El principal objectiu que tenen quan es s'hi vinculen és la medicació.
- Saben que existeixen comunitats terapèutiques, només un d'ells ha estat en una (parla castellà). Els altres mai han fet el pas ja que no els agrada estar tancats tant temps o creuen

que no ho necessiten (els que tenen habitatge). A més a més la barrera idiomàtica també és un handicap. També es parla de les normes que haurien de complir i que no volen assumir.

- Coneixen les comunitats evangèliques ja que altres persones de la comunitat georgiana hi han estat i es basen en la seva experiència. Comenten que es molt dur ja que no pots prendre medicació ni pots tenir contacte amb la família.
- Venen a demanar ajuda al REDAN pel vincle que tenen, els que tenen xarxa no.

• **Accés a la informació Us agradaria tenir més informació sobre algun aspecte en concret?**

- Els hi agradaria tenir accés a més cursos amb intèrpret.
- Consideren que és important tenir aquests espais per conèixer i entrar dins la xarxa.

CONCLUSIONS GENERALS

- Quan arriben a Espanya el consum augmenta i es més freqüent.
- Necessitat general de sentir-se acompanyats per la xarxa.
- La barrera idiomàtica és una problemàtica per conèixer i vincular-se a altres recursos i tenir opcions al món laboral.
- A través dels cursos de VHC han après pràctiques segures i són coneixedors del tractament. El fet de tenir traductora al centre facilita l'accessibilitat i la confiança.
- Tots saben què és la targeta sanitària i la volen per tenir algun document oficial de Catalunya. Sensació de seguretat.
- Arriben al REDAN a través d'altres persones georgianes.
- Díficil accés a CT si no coneixen idioma i no entenen el circuit.

XXXXXXXX

Xxxbkjkb

7 Usos del cànnabis a presó des de l'acció comunitària

Raúl Jiménez Vinaja

EDUCADOR SOCIAL. SERVEI CATALÀ DE LA SALUT / FUNDACIÓ SALUT I COMUNITAT

El projecte d'Agents de Salut que es porta a terme als centres penitenciaris de Brians 1 i 2 a Barcelona es desenvolupa mitjançant la metodologia *bola de neu* i pretén la construcció d'un espai de participació mitjançant relacions d'ajuda mútua i educació entre iguals.

S'inicia amb la formació d'un petit grup de persones usuaris de drogues vinculades al Centre d'Atenció i Seguiment (CAS) a les drogodependències en qüestions de salut i usos de drogues, utilitzant el propi coneixement del participants envers aquets temes com a nucli central de l'experiència formativa.

El procés i desenvolupament del grup tracta de generar un clima de confiança i seguretat on poder coproduir estratègies per millorar les condicions de vida dels participants i de totes les persones que conformen la comunitat penitenciària mitjançant el disseny i la posada en marxa d'accions de promoció de la salut.

L'enfoc de la reducció de danys permet avançar utilitzant mètodes percebuts com a vàlids pels col·lectius d'usuaris de drogues respectant la seva posició i decisió respecte el canvi. En el nostre cas la participació activa d'aquestes persones en les estratègies que desenvolupem genera un moviment de simples subjectes beneficiaris cap a agents que participen democràticament en la construcció de polítiques que els afecten directament.

Des del grup d'Agents de Salut es provoca un procés d'acció comunitària enfortint a les persones i col·lectius participants des d'una perspectiva inclusiva dels diferents actors que forma la institució penitenciària amb l'objectiu de la millora de les condicions de vida d'aquets grups.

Una d'aquestes accions nascuda al projecte va ser l'exploració dels diferents usos que fan del cànnabis les persones que es troben dins d'un centre penitenciar pagant una condemna. La pregunta per començar a parlar d'aquest tema va ser: "quines qüestions que es viuen com a positives o beneficioses i quines altres com a negatives alhora d'utilitzar cànnabis el context penitenciar?".

Aquest procés d'investigació el qual compta amb la participació directa dels Agents de Salut en varies fases del estudi finalitza amb la recent publicació d'un article



científic l'any 2022 (<http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/628>).

A mes a mes d'engegar propostes per sensibilitzar sobre les persones infectades per VIH o VHC, informar sobre els riscos de patir una sobredosis o apropar reflexions envers la violència de gènere es demostra que la persones usuàries de drogues organitzades mitjançant projectes o grups socials tenen la capacitat de generar coneixement científic.

Concretament van participar en dos qüestions claus de l'exploració. En un primer moment aporten informació clau sobre l'ús que es fa del cànnabis a presó i que orienta tant el disseny del qüestionari com en la definició dels objectius de l'estudi mitjançant converses en sessions de treball grupal. La següent aportació elemental va ser poder aconseguir que persones usuàries de cànnabis empresonades estigueren disposades i confiessin en poder contestar el qüestionari i no sentir que estaven posant en risc el seu procés penitenciar (permisos) pel fet de verbalitzar la utilització d'aquesta substància prohibida.

La mostra va ser de 63 subjectes i un dels motius principals que van adduir els reclusos per consumir cànnabis era reduir l'ús d'altres medicaments o drogues, per això la utilització d'aquesta planta es pot entendre com una estratègia de reducció de riscos i danys. Altres raons esmentades van incloure la disminució de l'estrès o de la tristesa i el fet de dormir millor. En general, el consum de cànnabis per part dels reclusos constitueix una conducta que busca pal·liar o esmorteir

alguns dels efectes perjudicials sobre la salut que té la vida a la presó portant a conceptualitzar aquest us com a estratègies d'autoatenció.

Tal i com concloem en aquest estudi es necessita més investigació per explorar si l'ús de cànnabis en el context penitenciari té beneficis o no, no només per a símptomes concrets, sinó també per reduir l'estrès relacionat amb la institució. Aquests resultats mereixen més investigació que pugui donar suport a consideracions més serioses sobre programes de reducció de danys o fins i tot programes pilot de dispensació de cànnabis dins dels centres penitenciaris.

Per últim des de l'exploració realitzada proposem permetre l'ús de papers de fumar cànnabis als centres penitenciaris per tal de reduir els danys potencials associats amb l'ús d'aquesta substància amb la idea de implementar estratègies bàsiques per millorar la seguretat en l'ús de drogues.

XXXXXXXXXX

Xxxbkjkbk

8 Distribución de papel de aluminio para el consumo de drogas por vía pulmonar desde CAS Brians 1

Rafael Clua García

CAS BRIANS 1. SERVEI CATALÀ DE LA SALUT / FUNDACIÓ SALUT I COMUNITAT

A finales del año 2020 se impulsó desde el CAS Brians 1 la distribución de papel de aluminio para la promoción de la salud entre las personas consumidoras de drogas por vía pulmonar del medio penitenciario. En esta ponencia se expone el proceso de implementación, el perfil de las personas usuarias y una evaluación general de dicha intervención.

Desde los centros de atención y seguimiento (CAS) a las drogodependencias de Brians 1 y 2 (Sant Esteve Sesrovires, Barcelona) se llevan a cabo programas de reducción de daños (tratamientos de sustitución de opioides, programas de intercambio de jeringuillas, intervención con pares, entre otros) para dar cobertura a las necesidades de personas consumidoras de drogas en el medio penitenciario (1, 2).

En los últimos años, se detecta un aumento de personas que consumen drogas por vía pulmonar, siendo un reclamo la introducción de estrategias de reducción de daños para el consumo de drogas por esta vía. Con motivo de la crisis del Covid-19, en noviembre de 2020 se puso en marcha en el centro penitenciario Brians 1 la distribución de kits de láminas y cánulas de aluminio bajo en plomo, con los siguientes objetivos:

1. Reducir las infecciones de transmisión sanguínea (VHC, VIH, etc.) y de transmisión aérea (Covid19, gripe, etc.) por compartición de material de consumo.
2. Fomentar la transición inversa del uso de drogas por vía parenteral a vía pulmonar.
3. Reducir las sobredosis por consumo de opioides.
4. Acercar a las personas consumidoras a servicios especializados en drogodependencias (CAS).

PERSONAS BENEFICIARIAS E INTERVENCIONES

La promoción del kit de aluminio se realiza en los distintos espacios de intervención del CAS. Específicamente, se promociona su distribución entre personas consumidoras de drogas por vía pulmonar, personas usuarias del programa de intercambio de jeringuillas (PIJ), personas usuarias de los tratamientos de sustitución de opioides (TSO) y entre agentes de salud del CAS.

Entre noviembre de 2020 y marzo de 2022 han participado 40 personas diferentes con las siguientes

características sociodemográficas: 22 hombres y 18 mujeres, con edad media de 41,1 años y entre las cuales 8 (20%) eran extranjeras. En relación con las prácticas de consumo, 22 consumían principalmente por vía pulmonar y 18 por vía parenteral. Respecto al uso de los programas de reducción de daños, 22 estaban en TSO y 18 utilizaban habitualmente el PIJ.

Durante este tiempo, hemos realizado 115 intervenciones de distribución de material de consumo. En muchos casos, se ha detectado la dispensación secundaria entre usuarios y otras personas internas, consiguiendo aumentar la cobertura de la intervención a poblaciones ocultas.

EVALUACIÓN GENERAL

La distribución del papel de aluminio se realiza con mínimas barreras de acceso, dando cobertura a las necesidades de las personas beneficiarias. Éstas utilizan el papel de aluminio para consumir heroína, pero también crack, utilizando el aluminio para la fabricación de pipas artesanales.

En general, las personas usuarias valoran positivamente la distribución del kit de papel de aluminio bajo en plomo. Refieren recibir una buena atención e información por parte del personal del CAS y mejorar las prácticas de consumo por vía pulmonar. Específicamente, consideran positivo poder consumir sin necesidad de utilizar métodos nocivos (papel de chocolatinas o de paquetes de tabaco, latas o tapas de yogures), así como sentir menos efectos dañinos postconsumo (mal sabor de boca, picor pulmonar, etc.). En el caso de las personas inyectoras, se destaca la alternancia de con-

sumos con la vía pulmonar, reduciéndose los riesgos asociados al consumo por vía parenteral.

Entre las mejoras por parte de las personas usuarias, se realizan dos propuestas:

1. Distribución de kits para el consumo de crack, que incluyan pipas y bicarbonato para transformar el clorhidrato de cocaína en crack. Esta estrategia puede servir para reducir los problemas de salud por fumar crack y acercar a más personas consumidoras a servicios de reducción de daños (3).
2. Distribución de papel de fumar. Este puede servir para reducir los daños potenciales asociados con el consumo de cannabis y derivados en prisión (4).

BIBLIOGRAFÍA

1. Clua R, Salcedo D, García M, Peralta E. (2022) Atención de enfermería a usuarios de drogas en prisión. *Revista Rol de enfermería*. 45(1):27-32.
2. Sander G, Scandurra A, Kamenska A, MacNamara C, Kalpaki C, Bessa CF, Laso GN, Parisi G, Varley L, Wolny M, et al. (2016) Overview of harm reduction in prisons in seven European countries. *Harm Reduction Journal*. 13(1):28.
3. Prangnell A, Dong H, Daly P, Milloy MJ, Kerr T, Hayashi K. (2017) Declining rates of health problems associated with crack smoking during the expansion of crack pipe distribution in Vancouver, Canada. *BMC Public Health*. 17(1):163.
4. Jiménez-Vinaja R, Imbernón M, Parés-Bayerri A, Ona G, Parés Ò, Bouso JC. (2022) Jailhouse rock: Health status, patterns of use, and subjective benefits of cannabis use in a sample of inmates in Spanish prisons. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 24(1):9-14.

9 Projecció de la Filmació, “El recurs de l’art per la salut mental”

Blanca Gimeno

PSICÒLOGA I COORDINADORA D'ALTERARTE DEL CENTRE DE FORMACIÓ I PREVENCIÓ (CFP)



10 20 Anos depois, o que estamos a aprender com as salas de consumo assistido

Publicado em *Comportamentos Aditivos. Perspetivas e desafios*.

https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/228/DossierTematico_ComportamentosAditivos_Perspetiva_e_desafios.pdf

Autorizada su reproducción a través de Ricardo Fuertes

Adriana Curado

Coordenadora de projetos na área das drogas no Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT): Programa de Consumo Vigiado Móvel desde 2019 (GAT, MdM, CML); Estudo de Hepatite C – avaliação da prevalência (e dos comportamentos de risco) em ambiente de consumo injetado de drogas entre 2017 e 2020 (ISAMB, ANF, GAT, CEFAR); Projeto EUROSIDER – A European Safer Injecting Drug Use Education entre 2018 e 2019 (Grant do Programa de Justiça, coordenada pelo INSERM). Representante do GAT no Fórum Europeu da Sociedade Civil para as Drogas (2018-2021). Licenciada em Psicologia.

Elsa Belo

Diretora Técnica em Ares do Pinhal e no Projeto Programa de Substituição de Baixo Limiar de Exigência da cidade de Lisboa desde 2015. Desenvolvimento da estratégia de tratamento das doenças infecciocontagiosas da Associação Ares do Pinhal desde 1998. Formação de médicos internos de psiquiatria das Equipas de Tratamento (SICAD, ARSLVT) desde 2016. Técnica Superior de Serviço Social no projeto de “Prevenção do Uso de Drogas e outras substâncias no meio Escolar” no Município de Santarém (IDT, 2004-2005). Técnica Superior de Serviço Social graduada pelo Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, 1998.

Ricardo Fuertes

Técnico na Sala de Consumo Assistido SAPS da Cruz Vermelha de Barcelona (2006 - 2009). Mediador de pares com homens que têm sexo com homens no Checkpoint Barcelona (2009 - 2010) e CheckpointLX (2011 - 2013). Coordenador do centro de redução de Danos IN-Mouraria (2012 - 2017). Assessor para as áreas LGBTQI+, VIH e Dependências no Gabinete do Vereador Manuel Grilo, Câmara Municipal de Lisboa (2018 - 2021). Licenciado em Psicologia. Cumpridos 20 anos do atual modelo de políticas de drogas em Portugal é tempo de olhar para o futuro, sendo o presente texto uma reflexão a partir da experiência de implementação dos programas de consumo vigiado em Lisboa.

À data estão em funcionamento um programa móvel, a intervir desde abril de 2019 em três freguesias de Lisboa, e um programa fixo, aberto em maio de 2021 no bairro da Quinta do Loureiro. Ambos são da iniciativa da Câmara Municipal de Lisboa, com gestão de organizações não governamentais¹ e acompanhamento técnico e institucional por parte do SICAD e da ARSLVT. O surgimento destes programas acontece mais de 30 anos depois da primeira experiência europeia, na Suíça em 1986 (Hedrich, Kerr & Dubois-Arber, 2010), e quase 20 anos depois do Decreto-Lei n.º 183/2001 que regula as respostas de redução de danos em Portugal,² onde se incluem os programas de consumo vigiado.

Ainda assim, a implementação dos programas em Lisboa coloca Portugal no restrito grupo de doze

países que contam com este tipo de estrutura, dez na Europa, mais Canadá e Austrália (HRI, 2020). Não obstante tentativas anteriores e a pressão que já existia por parte de organizações da sociedade civil e ativistas, este processo de implementação inicia-se com o diagnóstico realizado pela ARSLVT em 2015 no qual é reconhecida a necessidade de criar vários programas de consumo vigiado (DICAD/ARSLVT, 2015), descentralizados, para complementar a rede existente de respostas. Depois, em 2017, a Câmara Municipal de Lisboa apoiou a realização de diagnósticos locais e iniciativas de capacitação técnica das equipas e parceiros, tendo-se depois comprometido no Programa de Governo da Cidade³ a criar, durante o mandato 2018-2021, três salas de consumo – duas fixas e uma móvel.

1 O Programa de Consumo Vigiado Móvel é gerido pela Médicos do Mundo e GAT; e o programa fixo pela Ares do Pinhal.

2 <<https://dre.pt/pesquisa/-/search/362322/details/maximized>>.

3 Assembleia Municipal de Lisboa: Grandes Opções do Plano para a cidade de Lisboa 2018-2021. Disponível em <<https://www.amlisboa.pt/451200/1/008906,000500/index.htm>>.

O novo diagnóstico, atualizado pela ARSLVT em 2019, veio confirmar essa necessidade (DICAD/ARSLVT, 2019). O facto de terem existido no passado várias tentativas de implementação fez com que se tivesse optado, desta vez, por uma estratégia que tornasse o processo mais sólido, apesar de não existirem fórmulas garantidas a priori.

Assim, escolheu-se um discurso comum entre todas as entidades e pessoas envolvidas, utilizando os mesmos dados de diagnóstico, comunicando de forma cuidada e articulada, recorrendo a uma terminologia legalista (Programa de Consumo Vigiado), nomeando frequentemente os resultados expectáveis na área da saúde e segurança; e salientando em todo o processo a solidez da proposta em termos institucionais – através da realização e divulgação de protocolos de colaboração – e em termos políticos. As duas propostas de financiamento dos programas foram votadas favoravelmente em reuniões da câmara de Lisboa, por partidos do executivo e da oposição, com o voto contra apenas de um partido.^{4 5}

Fora da discussão alargada na comunicação social ficaram algumas questões importantes para as pessoas que usam drogas e para os profissionais da área, mas que tornariam o processo mais confuso para a população geral e para a opinião pública. Por isso, não foram aprofundadas análises sobre as prevalências de consumo a nível local; sobre a designação do programa, que alguns técnicos e ativistas preferiam ter chamado de “Espaços de Consumo Protegido”; sobre o desequilíbrio de género entre utentes que acedem aos programas; sobre o perfil dos profissionais que atuam nas salas e os limites da sua intervenção, ou até mesmo reflexões sobre o direito ao prazer e a autogestão de espaços de consumo, entre outros.

Agora, estando duas salas a funcionar, é um momento oportuno para refletir sobre o processo de implementação e desafios futuros.

O PAPEL DAS CIADES

O papel de algumas cidades na implementação de respostas de redução de danos já era uma realidade no final dos anos 80 e início dos 90, devido à urgência de

atuar face ao crescimento de casos de SIDA e a fenómenos de consumo a céu aberto.

Ainda assim, prevê-se que esse papel, em Portugal e em várias regiões do mundo, seja cada vez mais ativo, tanto na área do VIH –veja-se, por exemplo, a iniciativa Fast Track Cities–⁶ como na das drogas. Tal deve-se à cada vez maior concentração de população nas cidades e à elevada pressão para que, a nível local, sejam encontradas respostas, que na maior parte das vezes não se cingem às questões de consumo, mas que interseccionam com diversas outras problemáticas que ameaçam a coesão social e a qualidade de vida das populações, como a pobreza, as desigualdades ou a marginalização de certos territórios ou grupos de pessoas. Outra das grandes possibilidades que se abre às cidades é a capacidade de desenhar e implementar projetos-piloto adaptados ao contexto local e com uma abordagem participativa.

Este papel cada vez maior das cidades nas intervenções sociais e de saúde tem, no imediato, impacto no desenho de medidas que assegurem o acesso à saúde, promoção da coesão social e segurança, em articulação com as comunidades e parceiros da cidade. E, ainda mais além, abre o caminho a que num futuro próximo as cidades possam estar envolvidas em experiências de regulamentação do acesso a substâncias atualmente consideradas ilícitas (*Global Commission on Drug Policy*, 2021).

Alguns princípios sobre o papel das cidades nas políticas de drogas estão já descritos na Declaração de Praga lançada em 2010.⁷

A IMPORTÂNCIA DO QUADRO LEGAL

Os programas de consumo vigiado estão incluídos no decreto-lei que regulamenta as respostas de redução de danos em Portugal. A legislação define que os Programas devem ser da iniciativa de municípios ou entidades particulares com intervenção na área das dependências, e dependem de autorização renovável anualmente pelo IPDT (atualmente pelo SICAD). É regulada a constituição da equipa (técnicos psicossociais, profissionais de saúde), horário (fixo, mas adaptado às necessidades dos utentes), localização (fora de áreas urbanas consolidadas) e perfil dos utentes (maiores de idade, com dependência de substâncias) e número máximo de

4 Câmara Municipal de Lisboa. 3º Suplemento ao Boletim Municipal nº1340. Disponível em <<https://www.amlisboa.pt/documentos/1582295425Y1qNC7ow6Id97HN4.pdf>>.

5 Câmara Municipal de Lisboa. Ordem de Trabalhos da Reunião da Câmara Municipal de 28 de novembro de 2018. Disponível em <<https://informacoese-servicos.lisboa.pt/informacao-administrativa/publicacoes-e-notificacoes?category=49&cPage=5>>.

6 <<https://www.fast-trackcities.org/>>

7 <https://www.praha.eu/public/8d/1/35/1216959_176129_PrgDeclEN.pdf>

utentes a utilizar o programa em simultâneo (10 nos programas fixos, 2 nos programas móveis).

A avaliação é baseada em indicadores também contemplados na legislação, como o número de pessoas atendidas; número de pessoas que aceitaram programas de tratamento; número de utentes que aceitaram rastreios de doenças infecciosas; número de pessoas que aceitaram transitar para outros programas e ações de redução de riscos; número de mortes por dose excessiva ocorridas e evitadas no âmbito do funcionamento do programa.

Ao contrário do que aconteceu em Portugal, a ausência de legislação específica levou muitas cidades a optar por implementar salas de consumo assistido ao abrigo de estudos, de regulamentos genéricos sobre serviços de saúde, ou a alterar legislação nacional (Schatz & Nougier, 2012) ou mesmo a optar por estratégias de “better to ask forgiveness than permission”, como vimos acontecer em Espanha. Consideramos que o facto de existir em Portugal legislação que enquadra estes programas foi uma vantagem. Ainda assim, sendo uma legislação com 20 anos, nunca atualizada, faz com que vários aspetos sejam insuficientes ou ambíguos, nomeadamente a obrigatoriedade de instalar programas em zonas de grande concentração (como se mede?) de consumidores por via endovenosa fora de zonas urbanas e residenciais, a limitação do número de pessoas que podem utilizar o dispositivo em simultâneo, o deixar de fora o consumo fumado ou mesmo os indicadores escolhidos para a sua monitorização. Os programas de redução de danos e os espaços que permitem um consumo mais seguro, como já foi referido, têm a sua génese em cenários de emergência (epidemia VIH e consumo a céu aberto no centro das cidades) (Csete & Grob, 2011; Köthner, Langer & Klee, 2011; Kerr et al., 2017). Atualmente parte da discussão sobre a sua implementação ainda radica num contexto de crise e também, importa dizê-lo, num paradigma proibicionista em que o mercado de drogas ilícito e desregulado não proporciona qualquer segurança aos consumidores. Na América do Norte trata-se da crise dos opioides (71 000 mortes por overdose em 2019 só nos EUA) (Mattson et al., 2021), inscrita numa crise mais ampla de falência do modelo proibicionista (Tsai et al., 2019; Tyndall & Dodd, 2020), e em França e Paris a discussão sobre as salas é feita em pleno debate sobre uma alegada epidemia do crack.⁸ Se, por um lado, é de

8 “Crack à Paris : Anne Hidalgo veut ouvrir quatre nouveaux sites pour les consommateurs”: <https://www.lemonde.fr/politique/article/2021/08/31/a-paris-anne-hidalgo-veut-ouvrir-quatre-nouveaux-sites-pour-les-consommateurs-de-crack_6092870_823448.html>. À Paris, l'épineuse gestion de la crise du crack: <<https://www.la-croix.com/France/A-Paris-lepineuse-gestion-crise-crack-2021-08-04-1201169346>>



valorizar a capacidade destes programas para responder de forma eficaz e pragmática a situações de crise, consideramos que é necessário contemplá-los para contextos em que os problemas não são agudos nem de emergência, mas em que persistem pessoas em situação muito vulnerável e marginal. Sem essa visão, mais qualitativa do que quantitativa, torna-se difícil pensar estes equipamentos para a realidade contemporânea de muitas cidades europeias. A existência de fenómenos de consumo menos visíveis, mais integrados na malha urbana, aparentemente menos numerosos, pode ter impossibilitado a abertura de salas nalgumas cidades, como foi recentemente o caso de Dublin⁹ ou Glasgow¹⁰ (Lloyd et al., 2016) e poderá dificultar a criação de salas em Portugal, em zonas de consumo nos centros urbanos e centros históricos onde esse consumo existe e a necessidade de salas tem sido identificada, como por exemplo na Mouraria, em Lisboa, ou na Sé, no Porto. A experiência das salas já em funcionamento em Lisboa tem mostrado um perfil de consumidores que continua a precisar desta resposta, consumidores com muitos anos de consumo, com consumos de alto risco (injeções na virilha e pescoço), e com uma situação social e de saúde muito deteriorada (Curado et al., 2020). Também não podemos

9 High Court decision on supervised injecting centre will cost lives, claims TD: <<https://www.irishtimes.com/news/social-affairs/highcourt-decision-on-supervised-injecting-centre-will-cost-lives-claims-td-1.4621680>>

10 <<https://www.sdf.org.uk/impassioned-pleas-westminster-debate-drug-consumption-rooms-rejected-uk-government/>>

ser alheios à grande adesão que se verifica no programa de consumo vigiado fixo –com mais de 870 utentes inscritos nos primeiros seis meses de funcionamento– e à elevada procura por parte dos consumidores por via fumada. Num país com maior tradição e experiência na intervenção sobre consumos injetados, tal facto abre espaço para se refletir sobre o futuro das estratégias e programas de redução de danos, o que poderá reforçar a necessidade de um maior investimento em espaços para consumo fumado e na disponibilização de cachimbos para consumo de cocaína crack de forma mais permanente.


ALGUMAS NOTAS SOBRE O MODELO

A maior parte das salas de consumo assistido na Europa privilegia a integração de vários serviços num mesmo espaço (EMCDDA, 2018) e a opção por um modelo mais técnico do que comunitário, no sentido em que são raras as experiências de autogestão por pessoas que usam drogas ou mesmo o emprego formal de pares nas equipas. Em Lisboa, o modelo de implementação adotou uma via mista, com uma clara vertente comunitária, que incluiu a integração de pares e mediadores comunitários nas equipas; não esquecendo também a vertente técnica que este tipo de programas habitualmente implica, sobretudo no consumo injetado e quando uma parte da intervenção é medicalizada e exige a presença de profissionais de saúde para garantir o funcionamento do programa. Assim, tornou-se inevitável, numa fase piloto, a opção por um modelo misto, sobretudo quando foi necessário definir uma série de procedimentos e protocolos de atuação e o acesso à naloxona, e em particular à formulação nasal, não estava disponível na comunidade. Não quer isto dizer que outros modelos não possam vir a ser viáveis no contexto português ou que haja uma única via possível ou desejável. O modelo é função das necessidades e recursos locais, dos objetivos da intervenção, do contexto político, das condições de participação da própria comunidade e de uma infinidade de outros fatores, alguns difíceis de prever, porque intimamente ligados a dinâmicas locais. Nesse sentido, pode ser importante garantir uma fase estruturada de pré-implementação, como foi o caso de Lisboa (Taylor et al., 2019), em que estes elementos possam ser ponderados. Outra característica do modelo adotado em Lisboa foi a opção pela integração. Os programas de consumo vigiado nunca foram vistos de forma isolada da rede de respostas existente na cidade, nem como sendo uma

intervenção estrita no consumo e condições envolventes. Assim, foi com naturalidade que se desenharam serviços com componentes sociais e de saúde, e também preparados para fazer a ligação com outros níveis de cuidados. Além disso, foram implementados com uma filosofia de baixo limiar, com o mínimo de barreiras possível, contrastando com a experiência e dificuldades enfrentadas noutras salas europeias. Assim, as restrições sobre o tipo de substância ou o local de injeção permitidos, ou sobre a ajuda disponibilizada para encontrar veias ou punção foram reduzidas ao mínimo, sendo sempre privilegiada a inclusão do máximo de pessoas possível. Eventualmente, o quadro regulatório existente e o seu carácter genérico permitiram uma maior liberdade na definição de procedimentos específicos. Mas houve outros aspetos em que a lei condicionou o modelo adotado, nomeadamente quando se tratou de oferecer este serviço no centro da cidade ou em áreas urbanas consolidadas, como já foi mencionado. A opção pelo formato móvel foi em parte para ultrapassar estas limitações e outras eventualmente decorrentes de uma maior oposição social ou de custos de investimento iniciais associados a um espaço fixo. Tal como noutras cidades, a implementação em unidade móvel permitiu obviar algumas destas dificuldades por levantar muito menos objeções e ser mais barata num primeiro momento, o que podem ser aspetos importantes quando se está numa fase de construir consensos públicos acerca da necessidade e efetividade deste tipo de resposta

Para além de Lisboa, várias outras cidades optaram por unidades móveis¹¹ (Dietze et al., 2012; Mesma et al., 2019), de forma independente ou em complementaridade com salas fixas, com serviços mínimos (só disponibilizando primeiros socorros e um espaço para consumir) ou num modelo mais alargado, para abrir caminho ou responder a uma emergência. O carácter transitório ou a flexibilidade em alterar parâmetros, o responder rapidamente a reconfigurações nos territórios psicotrópicos urbanos ou a fenómenos pequenos e dispersos de consumo ditam muita da atratividade do formato móvel. Contudo, é uma opção em que as limitações também são conhecidas, como a falta de espaço e menor capacidade, a dificuldade em controlar a temperatura no interior das instalações, a maior vulnerabilidade a interrupções no serviço devido a fatores externos, a falta de privacidade, a impossibilidade de agregar outros serviços que impliquem espaço ou um

11 <<https://www.bbc.com/news/uk-scotland-53991090>>



maior tempo de permanência (duches, refeições, zonas de descanso ou de lazer). Algumas destas limitações podem de facto condicionar ou ter um impacto na qualidade do serviço prestado, e por isso é muito importante avaliar cuidadosamente todos os benefícios e custos desta opção. Os programas fixos, por outro lado, oferecem condições para realizar uma intervenção mais completa, com a possibilidade de se disponibilizar um conjunto de serviços básicos, essenciais para promover a adesão e o autocuidado de uma população que é essencialmente uma população em situação de sem abrigo. No entanto, os processos de implementação de estruturas fixas podem levantar maior oposição política ou por parte de moradores, sendo os principais motivos, comuns a outros países e cidades, o receio de estigmatização do bairro onde a sala se localiza, um eventual efeito-chamada de consumidores que não frequentam a zona, receios acerca da possível desvalorização dos imóveis, apesar da literatura não confirmar estas expectativas (Belackova & Salmon, 2017). No Lumiar, por exemplo, a oposição por parte de associações de empresários e moradores condicionou fortemente a implementação de um programa de consumo vigiado fixo, ainda sem data prevista de abertura. Na Quinta do Loureiro foi possível implementar o programa, tendo havido fatores que, na articulação com os moradores e outros parceiros institucionais, podem ter tido um papel favorável: o edifício municipal onde foi instalado o programa era já um espaço de consumo e pernoita, sendo a realidade do consumo muito visível para a população; as reuniões com moradores e uma

maior atenção institucional sobre os problemas locais coincidiram com a possibilidade de criar uma carreira de bairro, substituir a rede de abastecimento de água, e demolir grandes edifícios devolutos (como a piscina ou a escola), primeiro passo antes da construção de um pavilhão municipal, melhorias todas elas há muito reivindicadas pela população local, que nas reuniões sobre a implementação do programa de consumo nunca aceitou discutir apenas os consumos.

Ambas as experiências de implementação, móvel e fixa, valorizaram muito a relação com os bairros e os seus moradores, tanto na definição de aspetos operacionais do programa, como em todo o trabalho feito fora de portas para divulgar os programas ou fazer operações de limpeza e recolha de material de consumo deixado em espaços públicos, em contacto diário com moradores e com envolvimento dos próprios consumidores. Na Quinta do Loureiro foi constituída uma equipa comunitária, associada ao programa fixo, que começou a sua intervenção ainda antes da abertura, recolhendo resíduos e dando a conhecer o programa a moradores e consumidores, e assegurando já alguns serviços (drop-in e balneários), o que permitiu um começo progressivo e tranquilo. No programa móvel, com a criação de uma bolsa de pares no segundo ano de implementação, e aberta a possibilidade dos utentes do programa colaborarem de forma regular e remunerada em diversas atividades do programa, intensificou-se a intervenção nos bairros onde o programa intervém, com ações de limpeza e manutenção dos espaços de consumo a céu aberto. Na Quinta do Lourei-

ro, este pensamento estruturado sobre as necessidades do bairro esteve também na origem da intervenção de prevenção e capacitação de pais e professores realizada pela equipa da DICAD/ ARSLVT em projetos com crianças e jovens (Programa Escolhas), reforçando a ideia de que a intervenção das equipas que trabalham na área dos comportamentos aditivos e dependências num bairro de consumo/tráfico deve ser multidimensional, não se limitando à área da redução de danos. Por último, foi também muito importante que no decurso destes processos tenha havido uma articulação cuidada com a comunicação social, dando tempo às equipas, consumidores e moradores de conhecerem e de se apropriarem da resposta. Há muito que estão enunciados, em mais de 30 anos de experiência europeia, os objetivos das salas de consumo e que passam pela criação de um ambiente mais seguro para a realização do consumo, atração de consumidores em maior risco, redução das consequências imediatas associadas à morbilidade e mortalidade, promoção do acesso a outros serviços de saúde, e diminuição dos impactos do consumo em espaços públicos e nas comunidades envolventes. São objetivos que aliam a saúde pública à segurança das comunidades. Não obstante, as experiências de implementação são muito mais ricas do que o cumprimento estrito destes objetivos e trazem à luz múltiplas possibilidades e reflexões. Há alguns aspetos que gostaríamos de realçar. O primeiro é o contributo que as salas podem ter na aproximação entre vários elementos que habitam a mesma comunidade, o mesmo bairro, e que, muitas vezes, por processos de marginalização, estigma e isolamento, estavam desligados e raramente haviam ensaiado uma aproximação. Temos visto que as salas podem ser o motor de alguma aproximação, solidariedade e até identificação, sobretudo quando há experiência de pobreza nessas comunidades. Assim, é frequente vermos moradores virem conhecer os programas e as suas equipas, e a quererem ativamente contribuir com donativos ou outras formas de entreaajuda.

Também não é infrequente que os consumidores sejam olhados de forma mais empática pelos bairros depois da implementação das salas, e que a necessidade de intervenção e mediação das equipas seja reconhecida e muito menos controversa do que seria de esperar. Outro dos aspetos que nos trouxe alguma surpresa, e que nos é dado pela imensa procura dos consumidores por via fumada, é que a motivação para consumir numa sala vai muito além dos motivos óbvios de segurança, higiene e privacidade. A vontade de evitar a violência de rua, a procura por um ambiente calmo e acolhedor,

a valorização de experiências de socialização e afeto, com pares e profissionais, sobrepõe-se muitas vezes às razões da saúde pública. Assim, as salas podem ter um efeito empoderador e de redução do estigma associado ao uso de drogas, proporcionando ferramentas para uma melhor gestão dos consumos e das práticas de risco. Um outro aspeto que queremos realçar é que quase sempre nas experiências de implementação, se forem privilegiadas abordagens participativas e houver abertura para a mudança, as equipas podem realmente encontrar pequenas soluções com inovação e criatividade que podem fazer toda a diferença na criação de um ambiente favorável à intervenção. Falamos, referindo exemplos concretos, de arranjar solução para um consumidor que vem com o seu cão, de um jardim que alguém quer cuidar ou de uma música que é tão importante ouvir naquele momento. Por fim, gostaríamos de dizer que alguns dos esforços dos primeiros tempos de implementação não devem ser abandonados e um deles é o constante investimento na comunidade e nos bairros onde se localizam os programas, tendo sempre noção que a intervenção fora de portas é igualmente importante (e implica recursos), seja no constante contacto com os moradores e as suas expectativas, seja com os consumidores que, sempre em maior risco, ainda consomem fora de um espaço mais seguro.

REFERENCIAS

- Belackova, V. & Salmon, A.M. (2017). Overview of International Literature. Supervised injecting facilities & drug consumption rooms - issue 1. Sydney: Uniting Medically Supervised Injecting Centre.
- Csete, J. & Grob, P.J. (2011). Switzerland, HIV and the power of pragmatism: lessons for drug policy development. *International Journal of Drug Policy*, 23, 82–6.
- Curado, A. et al. (2020). Programa de Consumo Vigiado Móvel em Lisboa: resultados do primeiro ano de implementação. Poster. 12ª Jornadas de Atualização em Doenças Infecciosas do Hospital Curry Cabral. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/349662487_Programa_de_Consumo_Vigiado_Movel_em_Lisboa_resultados_d_o_primeiro_ano_de_implementacao
- DICAD/ARSLVT (2015). PORI – Plano Operacional de Respostas Integradas. Resumo do diagnóstico do território: concelho de Lisboa. Disponível em http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/Programas/PORI/Lists/SICAD_DOCUMENTOS/Attachments/18/PORI_Resumo%20Diagn%C3%B3sticoTerrit%C3%B3rio%20Concelho%20de%20Lisboa%20_2015.pdf

Inauguració del Forum

Abordatge de les substàncies no prescrites Avui i demà: Fòrum d'idees, persones i entitats

Joan Colom i Farran

SUBDIRECTOR GENERAL D'ADDICCIONS VIH, ITS I HEPATITIS VÍRIQUES

Les dades de l'Observatori del Sistema de salut a Catalunya mostren relació entre l'empitjorament dels indicadors socials i econòmics i el seu impacte negatiu en la salut de la població, especialment sobre la salut mental.

Aquest impacte s'evidencia més en els col·lectius més vulnerables: infància, joves, persones grans, població desocupada, persones sense llar, dones amb infants o familiars a càrrec... i persones que consumeixen drogues. D'acord amb el darrer estudi bioconductual de *Monitoratge del VIH, VHC i dels seus determinants en persones que s'injecten drogues usuàries dels Centres de Reducció de Danys a Catalunya*,¹ el 45% de les persones que s'injecten drogues (PQID) no té domicili fixe (n=697), situació que s'agreuja amb el temps, si tenim en compte que en l'estudi Redan 2015 el 28% de les persones entrevistades estaven en aquesta situació.

En les persones que inicien tractament, un 6% té un allotjament inestable (Sistema d'Informació de Drogodependències de Catalunya, 2020, n= 11.353), percentatge que s'incrementa a un 16% entre les persones que inicien tractament per consum d'heroïna. Altres fonts coincideixen en la vinculació entre exclusió residencial i trastorn per consum de substàncies. L'informe de salut de Caritas indica que el 90% de les persones en risc o en situació d'exclusió residencial ateses per Càrites tenen associat algun trastorn de salut mental o addicció, a l'alcohol o altres substàncies. El trastorn per consum

d'alcohol és 9 vegades més freqüent en aquestes persones que en la població general (Osorio).

En aquest context, aquesta jornada estableix el marc idoni per poder generar un espai d'intercanvi per a donar a conèixer treballs, experiències i projectes que s'estan duent a terme en l'atenció a les persones que consumeixen drogues en els diferents àmbits de salut, social i comunitari i especialment adreçats a fer front a situacions de vulnerabilitat relacionats.

És una jornada en què es fa palesa la necessitat de treballar en xarxa integral centrada en la persona i que englobi els aspectes socials i de salut. Va en la línia de les polítiques d'intervenció en consum de drogues i les addiccions a Catalunya, Pla sobre drogues i addiccions comportamentals 2019-2023 (Pla DAC),² que incideix en els factors estructurals i els eixos de desigualtat social i que fa seu el compromís de “no deixar ningú enrere” donant prioritat a col·lectius especialment vulnerables (infants i adolescents, dones embarassades, persones grans, entre altres).

La Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD) és un exemple d'adaptació dels recursos i serveis, de forma dinàmica, als paradigmes emergents en cada moment per donar resposta a les diferents necessitats i noves tendències. La XAD disposa d'una varietat de tipologia de recursos: a dia d'avui, 63 Centres d'Atenció i Seguiment (CAS), 39 serveis de reducció de danys (centres fixes, unitats mòbils, equips de carrer), 15 sales o espais de consum supervisat, 21 comunitats terapèutiques, 5 unitats de patologia dual, 11 unitats

1 Monitoratge del VIH, VHC i dels seus determinants en persones que s'injecten drogues usuàries de Centres de Reducció de Danys a Catalunya Estudi REDAN, 2019. <https://drogues.gencat.cat/web/content/minisite/drogues/professionals/reduccio_danys/informes/REDAN_Informe_2019_def.pdf>

2 Pla de Drogues i Addiccions Comportamentals 2019-2023. <<https://drogues.gencat.cat/ca/canalsocults/pla-drogues/>>

hospitalàries de desintoxicació, 1 hospital de dia, 10 centres de dia i 22 pisos de reinserció social.

El Pla DAC es caracteritza per:

- Model integral i multidisciplinari centrat en la persona i que ha de garantir l'accessibilitat al recursos assistencials
- Apostar per una xarxa de recursos inclusiva (habitatges temporals per a persones amb consum actiu, recursos d'alta hospitalària) que permeti iniciar processos de recuperació de persones afectades per consums problemàtics.
- Promoure tractaments efectius, integrals i integrats d'atenció a la comorbiditat orgànica, mental i social per a totes les persones, en especial per als joves, per els que es troben en centres penitenciaris i per a la gent gran i en situació d'alta complexitat.
- Promoure el suport a entitats que treballen amb persones que consumeixen drogues en situació de vulnerabilitat, facilitant-los l'accés als recursos socio-sanitari als quals tenen dret.
- Desenvolupar mesures per a la prevenció de les drogodependències i addiccions comportamentals en l'àmbit dels serveis socials i de justícia en especial entre els infants i joves en situació de vulnerabilitat (tutelats per la DGAIA, en justícia juvenil), les dones en situació de violència masclista, les persones amb discapacitat i en mesures d'execució penal.
- Com a exemples de programes i projectes impulsats per la Subdirecció General d'Addiccions o que participa en el seu desenvolupament enfocats per combatre els eixos de desigualtat destaquen, entre els serveis i programes de reducció de danys en zones obertes de consum (centres fixes, unitats mòbils, espais de consum supervisat, programa d'intercanvi de xeringues), garantir l'accés a la salut de les persones amb consum de substàncies en situació vulnerable programa de targeta sanitària individual per la via ràpida), el Programa per a l'abordatge de les violències masclistes a la XAD, el programa *A primera línia* d'abordatge socioeducatiu del consum de substàncies adreçat a joves en situació d'alt risc i vulnerabilitat, Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR), abordatge de l'envelliment prematur en les persones amb consum de substàncies de llarga evolució, abordatge de la complexitat, amb el programa del Departament de Salut PAICSAMAEC (d'abordatge integral dels casos de salut mental i addiccions d'elevada complexitat), els recents *Equips Guia*

d'atenció a joves entre 12 i 25 anys en situació de complexitat amb diagnòstic clínic trastorn mental, trastorn per consum de substàncies i trastorn de conducta disruptius amb impacte social; el programa sostre 360 impulsat per la Secretaria General d'Atenció a la Infància i Adolescència i adreçat a joves majors d'edat que es troben en situació d'exclusió residencial i alta vulnerabilitat social.

Cal destacar la iniciativa d'incorporar les persones en situació de vulnerabilitat, sense documentació o insuficient, a la xarxa de centres i serveis del sistema sanitari públic, identificant-les i permetent-ne l'accés a través del Programa de Targeta Sanitària Individual (TSI) de la Subdirecció. Es facilita una cobertura sanitària general amb una alta immediata i s'envia, a través dels centres de referència, una targeta amb caducitat de dotze mesos i de renovació automàtica, demanant les dades mínimes dels usuaris per protegir-ne la intimitat i garantint-ne la confidencialitat.

Com a conclusions:

- Cal abordar el consum de drogues i les addiccions des d'una perspectiva transversal i que integri diferents eixos vitals de la persona, vetllant per garantir els seus drets humans i necessitats bàsiques, com el dret a disposar d'una llar.
- L'abordatge ha de ser integral i interseccional, considerant els diferents eixos de desigualtats existents: gènere, edat, origen, situació social i econòmica...
- Cal treballar perquè les persones amb addiccions tinguin accés als recursos socio-sanitaris en condicions d'igualtat respecte a la població general.
- La tendència creixent de situació de sensellarisme, conjuntament amb altres factors de vulnerabilitat (envelliment prematur, manca de vincles socials, etc.) requereix avançar cap a una xarxa de recursos inclusiva que permeti iniciar processos de recuperació de persones afectades per consums problemàtics de manera coordinada dins l'estratègia integral per a l'abordatge del sensellarisme (model housingfirst, habitatges temporals, adquisició de recursos a l'alta hospitalària).
- Iniciatives com la creació de l'Agència Integral social i sanitària han de proporcionar les estratègies i estructures per oferir aquesta atenció integral.³

3 Canal drogues. <<https://drogues.gencat.cat/es/inici/>>

Pla d'Acció sobre Drogues i Addiccions de Barcelona 2021-24

Montse Bartroli

CAP DEL SERVEI DE PREVENCIÓ I ATENCIÓ
A LES DROGODEPENDÈNCIES
DE L'AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA

Joan Colom

DIRECTOR DEL PROGRAMA PCAVIHV (PREVENCIÓ,
CONTROL I ATENCIÓ AL VIH, LES ITS I LES HEPATITIS
VÍRIQUES. SUBDIRECTOR GENERAL DE DROGODEPENDÈNCIES

El Pla d'Acció sobre Drogues i Addiccions de Barcelona 2021-24 (PADAB 2021-24) és el 10è pla de drogues de la ciutat. El primer pla es va aprovar l'any 1987 amb la intenció d'integrar i formalitzar les estratègies i intervencions que es feien a la ciutat des de la dècada dels 80 per a l'abordatge del consum de drogues i les addiccions. Des d'aleshores els diferents plans han gaudit d'un ampli consens entre les forces polítiques i les diferents entitats, professionals i agents involucrats. Amb el lideratge de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) i la implicació i complicitat de les diferents institucions i entitats involucrades, els diversos plans s'han anat acomplint per tal d'ajustar-se i donar resposta als nous reptes d'aquesta complexa i canviant realitat.

La definició del Pla de Drogues i Addiccions de Barcelona (PADAB) 2021-24 s'ha liderat des de la institució de salut pública de la ciutat, l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), seguint un procés de planificació que s'ha iniciat amb l'avaluació del pla anterior i ha seguit amb l'anàlisi de la situació actual del consum de drogues a la ciutat, el coneixement dels actius de la ciutat, les recomanacions basades en l'evidència científica, les percepcions i opinions de diferents actors que influeixen en

el model de governança de la ciutat (ciutadania, professionals relacionats directament o indirectament amb el consum de drogues i l'atenció a les drogodependències i partits polítics), i d'acord amb el model d'atenció de les drogodependències de la ciutat de Barcelona.

Per a desenvolupar els diferents apartats que configuren aquest Pla s'ha utilitzat una metodologia mixta. Aquest enfocament combina la metodologia quantitativa, que consisteix en la recollida de dades empíriques que ens serveixen per poder quantificar un fenomen, amb la metodologia qualitativa, per poder obtenir informació sobre aquells fenòmens que no són quantificables i dels quals es vol aconseguir un coneixement profund. Així mateix, el PADAB 2021-24 parteix i comparteix línies estratègiques i objectius amb els plans i estratègies sobre drogues europeu, estatal, autonòmic i amb els plans d'actuació municipal.

La missió del Pla d'Acció sobre Drogues i Addiccions de Barcelona és fer una ciutat més saludable i amb menys desigualtats a través de les polítiques de drogues. Per això es desenvolupen i impulsen polítiques efectives per a la ciutadania vinculades als problemes relacionats amb les drogues, per tal de prevenir i reduir el consum de substàncies psicoactives, tant les lícites – alcohol, psicòtrops i tabac – com les il·lícites, i les seves repercussions negatives en els àmbits individual, familiar i social.

El Pla d'Acció sobre Drogues i Addiccions de Barcelona comprèn grans directrius i els objectius que cal portar a terme durant el període 2021-24 a la ciutat. Les diferents accions i àmbits d'intervenció s'agrupen en 4 grans línies estratègiques i 10 objectius generals:

1. **Abordatge de ciutat per una salut integral.** Política transversal per tal de dissenyar una estratègia comuna pel que fa al consum de drogues al conjunt de la ciutat. No només s'ha de tenir en compte el govern municipal, autonòmic o estatal, sinó que també tenen un paper important el sector privat

i la societat civil, i tenint present la diversitat i les particularitats dels diferents territoris. Inclou aspectes com la reordenació d'espais, el control de l'oferta i el compliment de la normativa vigent en promoció, publicitat i venda a persones menors. Així mateix, la ciutat ha d'oferir ajuda a la primera oportunitat que es presenti i assegurar-se que els serveis de tractament i reducció de danys estan disponibles i accessibles. Cal adequar i mantenir la xarxa assistencial en tots els nivells i garantir l'accés als recursos amb la major rapidesa possible, així com una atenció integral amb un abordatge biopsicosocial i la continuïtat assistencial entre serveis. Per tot això, cal estimular i millorar la col·laboració, coordinació i lideratge participatiu entre les diferents parts que aborden les diverses perspectives del consum de drogues a la ciutat, ja siguin institucions públiques o privades, o entitats no governamentals.

2. **Promoció de la salut i prevenció.** Les persones tenim característiques individuals que ens poden fer vulnerables als problemes relacionats amb el consum de drogues i les addiccions. A més, no vivim aïllades, sinó que formem part d'una família, vivim en un barri i ens relacionem en entorns com el laboral. Les condicions d'aquests entorns poden afavorir o no els problemes relacionats amb el consum de drogues. Per això, en la promoció de la salut i la prevenció són importants estratègies tant en l'àmbit individual com també en els entorns. Incidir en l'entorn també pot crear canvis en les actituds individuals i en les normes de les comunitats, i a llarg termini tenir un impacte potencial superior. Les accions d'aquesta línia aniran encaminades a la promoció de la salut i la prevenció universal del consum de l'alcohol i altres drogues, alhora que es dirigiran esforços a poblacions específiques i grups d'alt risc mitjançant intervencions de prevenció selectiva i/o indicada amb un abordatge biopsicosocial.
3. **Trencant l'estigma per una major inclusió social.** La comprensió dels processos pels quals diferents factors individuals, familiars, comunitaris i socials interactuen per produir i mantenir l'estigma, és una tasca complexa que requereix una mirada multidisciplinària i multisectorial. Així doncs, el seu abordatge implica la coordinació i l'esforç de nombrosos sectors i professionals (governos estatals, autonòmics i locals, fundacions privades,

institucions acadèmiques, institucions de salut, persones amb trastorn per consum de substàncies, etc.), planteja diverses qüestions ètiques i culturals, i comporta la necessitat de tenir en compte nivells d'anàlisi múltiples. Caldrà treballar per superar les barreres d'accés al tractament, alhora que continuar formant i sensibilitzant a tota la xarxa de professionals de salut així com al conjunt de la ciutadania, i promoure la participació de la pròpia comunitat i de les associacions de persones afectades així com la seva reinserció social i laboral.

4. **Qualitat, innovació i recerca.** Cal enfortir la investigació i la formació en el camp de les drogodependències, assegurar que el coneixement generat sigui comunicat i aplicat, i vetllar pel benestar dels i les professionals i pacients. A banda, els centres assistencials avançaran cap a una gestió de qualitat i excel·lència, segons els models de gestió ISO 9001 i EFQM.

En aquesta última línia estratègica és on s'emmarca aquest Fòrum d'Idees, Persones i Entitats. Serà al llarg d'aquests tres dies on aprendrem els uns i els altres i reflexionarem sobre aquells aspectes que s'estan aplicant en altres espais i que potser podem aplicar en el propi o sobre aquelles innovacions sobre les que cal seguir treballant per millorar la nostra tasca.

En aquest fòrum es presenten experiències que donen resposta a aspectes clau del Pla d'Acció sobre Drogues i Addiccions de Barcelona 2021-24 i en general als reptes actuals que ens trobem en l'àmbit de les drogodependències, com l'abordatge de les persones usuàries de drogues en situació de sensellar, la supervisió de la metadona injectada, l'atenció al creixent consum per via inhalada, la patologia dual, els joves, l'atenció comunitària, el repte de la microeliminació de l'hepatitis C, l'atenció a les dones, la violència, l'atenció a l'alta complexitat, el consum de metamfetamina o la possibilitat de dispensar heroïna com a programa de tractament.

CITA RECOMANADA DEL PADAB 2021-24

Bartroli M, Clotas C, Barbaglia G, Caballé M, Garrido A, Gotsens M, Pasarín M (Reds). Pla d'Acció sobre Drogues i Addiccions de Barcelona 2021-24. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2021.

11 “Housing First/Primer la Llar-Programa Municipal d’atenció al Sensellarisme”

Carme Fortea

DIRECTORA SERVEIS D’ATENCIÓ AL SENSELLARISME. INSTITUT MUNICIPAL DE SERVEIS SOCIALS

SENSELLARISME

- Procés d’exclusió de caràcter estructural (crisis, condicions socioeconòmiques, habitatge, inserció laboral, immigració, dificultats de padró,...).
- Drets vulnerats especialment en població sense llar amb malaltia mental, patologia dual o drogo-dependència. Accés a serveis i recursos. Accés a habitatge.
- Perfils de persones amb característiques molts diferents. No parlem d’un grup homogeni.

Persones sense llar amb addiccions/patologia dual

- Diversitat de situacions:
 - Persones de llarga trajectòria a carrer amb consums alcohol amb greu impacte en la salut (en tractament o no).
 - Persones joves de procés migratori amb important dependència a tòxics amb o sense seguiment mèdic (rellevància us rivotril).
 - Persones consumidores d’heroïna, cocaïna i d’altres substàncies no reglades.
 - Persones sense llar joves i adultes amb patologia dual. Diagnosticades o no.
- Diferents graus us, abús i dependència.

PRIMER LA LLAR APLICACIÓ MODEL HOUSING FIRST

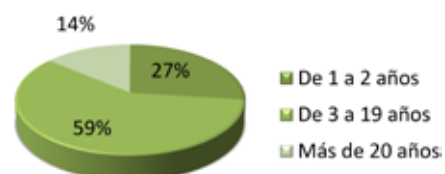
- 2015 Posta en marxa Housing First/Primer la Llar municipal.

- Es un nou model d’atenció a les persones sense llar que ofereix una vivenda estable a persones sense llar de llarga trajectòria a carrer amb malaltia mental i drogo-dependència amb un acompanyament socioeducatiu multidisciplinar en l’habitatge. Neix a EEUU.
- Projecte pilot adreçat amb 50 habitatges i un equip multidisciplinari social i sanitari(S). 3 avaluacions.
- Presència a carrer d’un 34% de persones a carrer amb dificultats de vinculació a serveis(recurrents).
- Coneixement èxit experiència americana i europea.

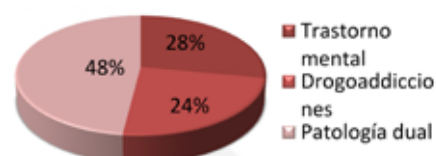
PERFILS ATEOSOS

- 20% dones.
- 72% d’edats entre 41 i 60 anys.
- 62% espanyols.

TEMPS CARRER



ESTAT DE SALUT

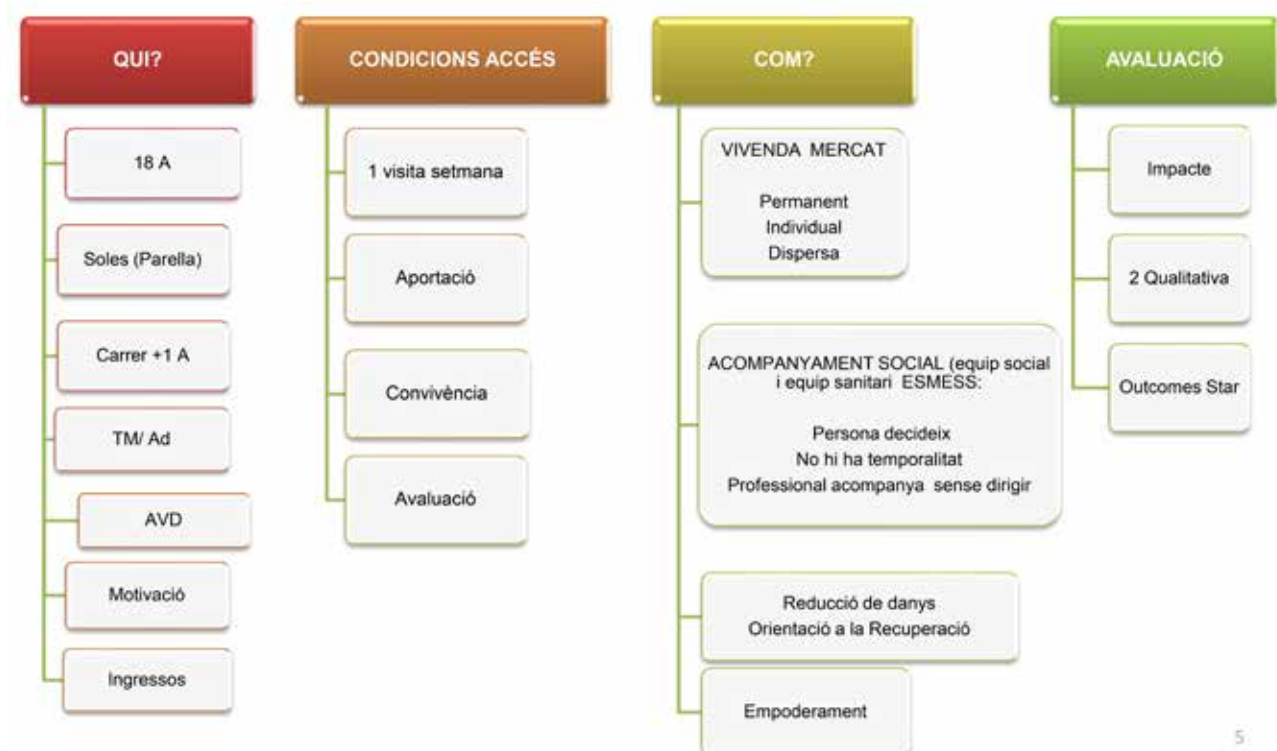


GUÍA HOUSING FIRST EUROPA

<www.housingfirstguide.eu>, <<http://housingfirsteurope.eu/guide/>>



PILOT “PRIMER LA LLAR”



5

AVALUACIÓ

Sosteniment de la vivenda

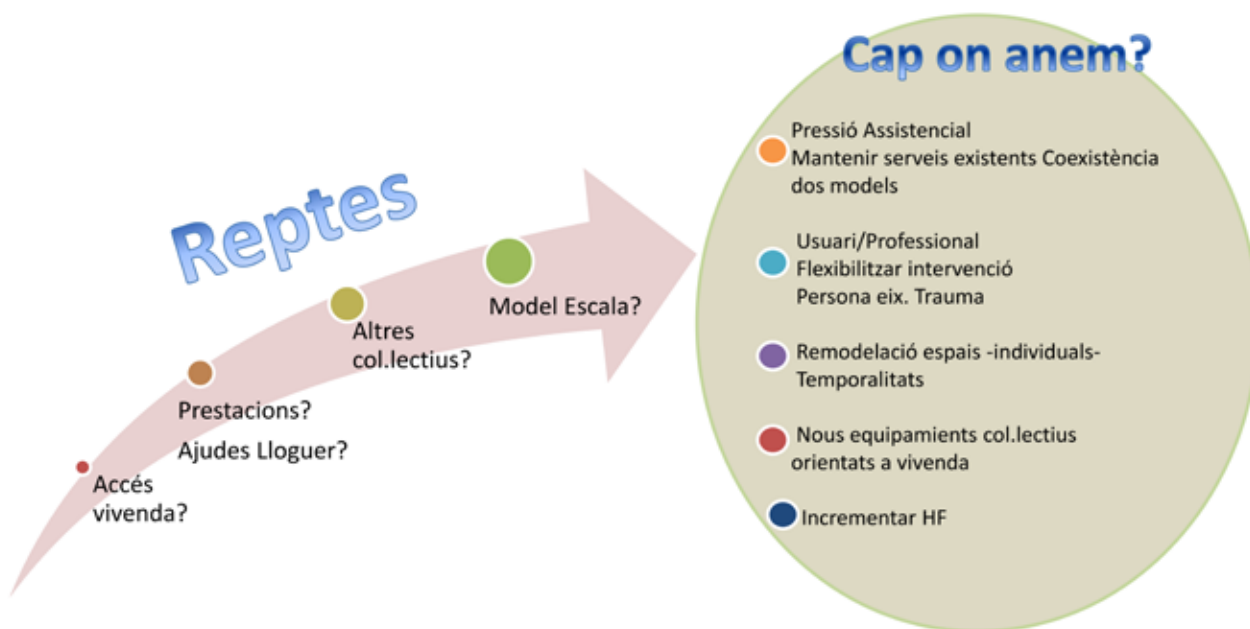
- Millora en la qualitat de vida. Millora en la salut mental, dolor corporal i salut general en el curt termini així com millora en la vitalitat dels participants en el mig termini.
- Millora de les relacions socials en general en el mig-llarg termini.
- Recuperació personal. Reforç de la motivació i augment de l'autoestima en el curt termini.

PROGRAMA MUNICIPAL D'ATENCIÓ A PERSONES EN SITUACIÓ DE SENSE LLAR

- Es el sistema d'atenció social dels més exclosos on hi cau tot i on sovint se li demana que ho atengui tot. Calaix de sastre. Es despleguen equips, recursos allotjament, centres de dia i serveis higiene.

- Especialització per atendre les problemàtiques que es detecten a carrer. I que no troben resposta en altres sistemes (joves migrats sols DGAIA, persones malaltes mentals o amb patologia dual, centres de dia on accedeixen persones consumidores,...) Llar oportunitats, Cal Muns, Llar Pere Barnés.
- Acompanyar processos i persones.
- Flexibilitzat. Recursos on s'accepten persones consumidores, tot i que no es permetin consums dins dels serveis. No es un requisit per accedir ser abstinent. Altres recursos de més alt compromís on si és un condicionant. Adaptació d'espais en centres residencials per a fumadors.
- Desplegament Agència de Salut Pública de Barcelona del Centre Guinardó per a drogodependents en actiu.
- Equip psiquiàtric específic per atenció a persones sense llar S, dimensionat per atendre trastorn mental sever, iniciada atenció a patologia dual.

SOBRE PRIMER LA LLAR/PROGRAMA MUNICIPAL



DIFICULTAT I REPTES EN L'ATENCIÓ A PERSONES SENSE LLAR AMB ADDICIONS

- Bona valoració del projecte Primer la Llar, especialment en la reducció de danys en alcoholisme i malaltia mental. Com podem escalar projecte.
- Casos exclosos doncs no hi ha recurs específic davant de deteriorament cognitiu i manca autonomia per consums, prematura abans dels 65 anys.
- Persones en situació irregular amb addiccions que no accedeixen al contínuum assistencial especialitzat ni social ni sanitari, ni a prestacions ni a formació ni inserció laboral.
- Dificultat d'accés a serveis i recursos i tracte discriminatori. Estigma. Pensions, habitacions de re-lloguer, recursos sanitaris i recursos socials, cossos seguretat,...
- Necessitat de millorar la coordinació entre serveis socials i sanitaris específics per a drogodependents: coneixement d'ambdòs sistemes, establiments de protocols de circuits per seguiment de casos o per millora de les derivacions(CAS, comunitats terapèutiques,...).
- Altes hospitalàries no coordinades, la persona demana alta o no se li assegura continuïtat assistencial. Manca de diagnòstics.
- Vincle del nou servei del centre Guinardó drogodependents en actiu amb el Programa municipal d'atenció a persones sense llar.
- Dificultat accés a tràmits: online, d'accés a prestacions, empadronament, habitatge.... Com podem fer l'acompanyament.



12 Albergs amb espais de consum de substàncies no prescrites

Ester Aranda

ÀREA DE DROGUES DE L'ASSOCIACIÓ
BENESTAR I DESENVOLUPAMENT

Catrina Clotas

AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA
DE BARCELONA

La ciutat de Barcelona compta amb una àmplia xarxa de recursos d'atenció a les drogodependències que inclou, entre d'altres, programes de reducció de danys (REDAN) dirigits a les persones que consumeixen drogues. Aquests programes tenen com a objectiu minimitzar les conseqüències negatives a nivell individual i social derivades del consum de substàncies. Els programes REDAN usualment inclouen intervencions com l'intercanvi de material higiènic per els consums (xeringues, paper de plata, pipes, etc.), tractament de manteniment amb opiàcis, espais de consum higiènic supervisats i equips d'intervenció comunitària, entre d'altres.

L'any 2019, els programes REDAN de Barcelona van atendre 4.216 persones, de les quals al voltant del 40% eren persones sense llar. Segons la diagnosi de l'Ajuntament de Barcelona, el mateix any 2019, prop de 3.700 persones es van trobar en situació de sensellaris-

me a Barcelona [1]. Aquesta situació de vulnerabilitat és especialment greu en les dones, que pateixen grans nivells de violència. Segons un estudi fet a 120 dones usuàries de centres de reducció de danys a Catalunya el 2014-15 [2], la prevalença d'agressions en els últims 12 mesos va ser del 45,8%. Un dels factors més associats a patir violència va ser el fet de no tenir un domicili fix.

Fins a l'any 2020 la ciutat de Barcelona no disposava de recursos de pernocta de baixa exigència adreçats a persones sense llar que consumeixen drogues. Els recursos d'allotjament no permeten el consum de drogues al seu interior, la qual cosa representa una barrera per l'accés i permanència per les persones consumidores d'alcohol i altres drogues [3].

Tenir un allotjament estable és fonamental per aconseguir seguretat física i emocional, per mantenir relacions personals i activitats professionals i per re-



Alberg amb espai de consum. Menjador



Alberg amb espai de consum. Habitació

construir la pròpia identitat. En el cas de les persones que consumeixen drogues, a més, és essencial per a desenvolupar estratègies per minimitzar o evitar el consum de substàncies psicoactives [4]. A més a més, és important tenir en compte que, tot i que l'habitatge és un bé de primera necessitat, cada cop son més els sectors socials sensibles que pateixen situacions d'exclusió del dret a l'habitatge, com les persones joves, les persones grans, les persones immigrants, les persones que consumeixen drogues i/o en situació de risc d'exclusió social, entre d'altres . Tot i això, tant l'Estatut de Catalunya del 2006 com la Constitució espanyola reconeixen el “dret a gaudir d'un habitatge digne i adequat” [5, 6]. Malgrat no li assignen caràcter de dret fonamental vinculant, sí que ha de servir com a principi rector per als poders públics, com ara l'administració local, que “promouran les condicions necessàries i establiran les normes pertinents” per fer-ho efectiu.

És per això que, tant el Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona 2017-2020 [7], com plans de drogues anteriors, ja plantejaven la necessitat de disposar de recursos d'allotjament adaptats a les necessitats de les persones que consumeixen drogues i que aquests estiguessin coordinats amb la xarxa específica d'atenció a les drogodependències i amb la resta de la xarxa de

serveis sanitaris i socials. No obstant això, fins el 2020, aquesta necessitat no va ser coberta.

L'arribada de la pandèmia de la COVID19 i el decret de l'estat d'alarma del 14 de març de 2020 va limitar la lliure circulació de les persones a l'espai públic i el confinament domiciliari obligatori, evidenciant la impossibilitat pel compliment en el cas de les persones sense llar. Davant d'aquesta situació excepcional, per acord entre el Departament de Salut i l'Ajuntament de Barcelona, l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), de la mà de l'Associació pel Benestar i el Desenvolupament (ABD), va obrir a la ciutat de Barcelona el primer centre residencial per a persones sense llar consumidores d'alcohol i altres drogues, per tal d'oferir-los un espai de confinament amb atenció sanitària i social.

Aquest centre de primera acollida és un servei que té com a principal objectiu garantir la cobertura de necessitats bàsiques (alimentació, higiene, sostre) per a persones que consumeixen drogues des d'un enfoc de reducció de danys i amb perspectiva de gènere. Es pretén millorar la qualitat de vida d'aquesta població i que les persones tornin a sentir-se subjectes de dret i deures. Es tracta d'un centre pioner i únic a tot Catalunya i a l'Estat. L'equipament actualment té capacitat per a 50 persones, està obert les 24 hores cada dia de l'any,

i disposa de programes d'atenció social i sanitària, incloent-hi programes de reducció de danys pel consum de substàncies amb espais de consum supervisat. A més de la realització i participació de les persones residents en les activitats bàsiques del dia a dia, també es realitzen activitats diàries d'accés lliure per les persones residents (biblioteca, jocs de taula, accés ordinadors, televisió, etc.), així com activitats de suport i complement al pla de treball: tallers i activitats d'inserció, activitats lúdiques, tallers instrumentals, espai sociolaboral, grups de suport, espai de bugaderia i costura de caràcter personalitzat, etc.

El centre, ofereix espai de consum supervisat injectat i inhalat, però també ofereix un programa de reducció de danys associats a l'alcohol a les persones amb un trastorn per consum d'alcohol o que reporten un consum elevat diari d'alcohol. L'objectiu d'aquest programa, pioner a la ciutat de Barcelona, és reduir els danys associats al consum excessiu d'alcohol, com podria ser el fet de beure begudes adulterades o tòxiques i reduir tant la possibilitat d'aparició sobtada del síndrome d'abstinència com el número i la gravetat dels episodis d'intoxicació etílica. Aquest programa consisteix en dispensar una quantitat d'alcohol supervisada segons la valoració de l'equip sanitari. En general, es dispensa un màxim del 50% de les unitats de beguda estàndard que la persona refereix consumir al accedir al centre. També s'estableix un pla d'intervenció individual on l'ocupació del temps és l'estratègia principal per a la millora terapèutica.

Des de l'inici de l'activitat del centre s'ha dut a terme un abordatge amb perspectiva de gènere amb l'objectiu de donar resposta a les necessitats diferencials de les dones i de les persones del col·lectiu LGTBIQ reduint així les barreres que afronten per a accedir i romandre als recursos. Amb aquest objectiu, s'ha comptat amb la col·laboració i supervisió d'una persona experta en la implementació de la perspectiva de gènere en recursos d'atenció a les drogodependències. A banda de la prioritització i horari diferencial en l'accés al recurs per a les dones i persones no binàries, altres estratègies que s'han dut a terme han inclòs la reserva de places exclusivament per a dones i persones no binàries, la creació d'un grup de dones residents, així com també d'homes per transformar les masculinitats, el desenvolupament d'activitats i creació d'espais no mixtes, l'atenció a la salut sexual i reproductiva, l'atenció psicològica a les violències masclistes viscudes i la formació en perspectiva de gènere de les persones professionals.

Fins el dia d'avui el centre ha allotjat un total de 269 persones (145 homes, 124 dones i 11 persones no



Alberg amb espai de consum. Espai de consum supervisat injectat

binàries), sent l'edat mitjana de 41 anys. La substància de consum principal ha estat la cocaïna (66.6%), seguida per l'alcohol (30.0%) i l'heroïna (22.2%). Fins ara, la ciutat no comptava amb cap recurs d'aquestes característiques. La creació d'un allotjament destinat a persones en situació de sense llar i consum de substàncies contribueix a afavorir la seva inclusió social.

BIBLIOGRAFIA

1. De Inés, A., Guzman, G., Verdager, M., i Contreras, M. 2020. "Diagnosi 2019. El Sensellarisme a Barcelona. Evolució i Joves En Situació de Sensellarisme." Barcelona.
2. Folch Toda, Cinta, Jordi Casabona, Xavier Majó, Mercè Merroño, Victoria González, Joan Colom, M. Teresa Brugal, and Albert Espelt. 2016. "Mujeres Que Usan Drogas Inyectadas y Violencia: Necesidad de Una Respuesta Integrada." Adicciones
3. Arrels Fundació. 2018. "Cens 2018." 2018.
4. Brooke, Simon. 2011. "Housing People Who Misuse Substances: Making Housing First Work." Dublin.
5. Estatut de Catalunya 2006, article 26, Materials de Pau i Drets Humans, 15. El dret a l'habitatge
6. Constitució espanyola 1978, article 47, Materials de Pau i Drets Humans, 15. Dret a l'habitatge
7. Brugal, Maria Teresa, Ester Teixidó-Compañó, AM Guitart, Albert Espelt, and Marina Bosque-Prous. 2017. "Pla d'acció Sobre Drogues de Barcelona 2017-2020." Barcelona.

13 L'experiència de la llar Pere Barnés: una aposta per la reducció de danys amb una mirada diferent per a cada persona

Laia Vila

CAP DE LA LLAR PERE BARNÉS

A la llar Pere Barnés hi viuen persones amb llargues trajectòries de vida al carrer, amb un estat de salut deteriorat i elevats consums d'alcohol. La mirada centrada en la persona ens ha ensenyat, al llarg dels anys, a treballar des de la reducció de danys i a adaptar cada intervenció a cada persona, pactant amb elles i buscant la seva complicitat a través del vincle.

Està comprovat que haver de viure al carrer comporta per a les persones un deteriorament important del seu estat de salut i escurça els anys de vida. Per això, és important comptar amb recursos que donin resposta a allò que necessiten les persones, i fer-los accessibles. Tenint en compte aquest context, des d'Arrels vam crear la llar Pere Barnés l'any 2007. Detectàvem que hi havia persones sense llar que no s'adherien als recursos que existien, que hi havia normatives que no acabaven d'encaixar a les seves situacions ni a les patologies que presentaven les persones.

Parlem de persones amb anys de vida al carrer, amb deteriorament cognitiu que els dificultava la memòria, la planificació del dia a dia i la comprensió, entre d'altres; amb trastorns mentals severos i malalties orgàniques greus que necessitaven tractament; amb diversitat funcional i elevats nivells d'apatia i poques ganes de mirar cap al futur; i amb consums elevats d'alcohol i tòxics. En aquest context, l'objectiu de la llar Pere Barnés era intentar dignificar la seva vida i fer que fos menys dura.

A la llar, la majoria de les habitacions són individuals i la mirada del nostre acompanyament està enfocada en la persona, en la seva situació present, i en intentar que tingui cabuda en el recurs. Aquesta manera individualitzada ens va mostrar al llarg dels anys que hi havia residents que necessitaven un acompanyament en el consum de l'alcohol. Ens referim a persones que tenien un consum molt elevat que era molt perjudicial per a la seva salut, però que no es podien plantejar deixar de consumir.

Des que la llar Pere Barnés es va posar en marxa fa catorze anys, ha acollit unes 350 persones sense llar

amb problemàtiques com les que acabem de descriure. Són persones que, en la seva majoria, no es plantegen deixar de consumir perquè o bé no poden o bé no saben com fer-ho i, des de la nostra mirada professional, el repte era respectar la voluntat de la persona de seguir consumint, però alhora, evitar sobreïngestes en la mesura del possible. Amb l'experiència vam aprendre que una persona no podia començar a viure a la llar sense deixar-la consumir i sense oferir-li una alternativa. A poc a poc, i gràcies en bona part a la creació de vincles amb les persones, vam aprendre que per proposar a una persona consumir menys li havíem d'oferir una alternativa per controlar els símptomes d'abstinència. I aquí és quan apareix l'acord i el pacte amb la persona i comencem a treballar amb una mirada de reducció de danys.

UN PACTE A TRES BANDES PER MINIMITZAR DANYS

El pacte que des de la llar Pere Barnés busquem amb cada persona resident ha d'encaixar en alguns dels següents objectius, però no necessàriament en tots. Un d'aquests objectius és que, en un futur a llarg termini, la persona pugui deixar de consumir, i que a curt termini es vinculi a un Centre d'Atenció i Seguiment a les drogodependències (CAS) i visiti de manera regular el metge. També contemplem que la persona vulgui fer un ingrés hospitalari per desintoxicació i, mentrestant, necessiti el nostre acompanyament en la reducció de danys. Que es comprometi a les cures i a certa regularitat en les pautes sanitàries és també un dels possibles objectius que tenim en compte, com que la persona vulgui reduir de manera acompanyada la dosi d'alcohol que ingereix i que existeixi un compromís de cura.

Es tracta, de fet, d'un pacte amb la persona que busca trobar alguna cosa que vulgui millorar en la seva vida, encara que sigui una petita cosa, i no necessàriament vinculada a l'alcohol. Treballem per reduir el



dany, i si en algun punt del pacte observem que hi ha alguna millora en la persona, per a nosaltres la intervenció ja té sentit.

Això ho fem sobretot tenint en compte la voluntat de la persona, que ha d'entendre, en la mesura de les seves possibilitats, el pacte al qual arribem; amb la implicació de l'equip professional de la llar, que sap que haurà de recordar aquest pacte de manera habitual a la persona perquè la majoria dels i les residents de la llar presenten deteriorament cognitiu; i, en tercer lloc, amb la complicitat a llarg termini dels equips sanitaris externs, del CAP i el CAS.

El resultat és que la reducció de danys que estem implementant minimitza nombroses situacions de risc per a la persona, fins i tot el risc de mort. Es minimitzen els riscos d'agressió al carrer, sobretot en el cas de les dones; també les recaigudes. I ens permet controlar possibles símptomes d'abstinència.

UNA MIRADA DIFERENT PER A CADA PERSONA

Si alguna cosa caracteritza la intervenció de la llar Pere Barnés en aquesta reducció de danys és que intentem mirar de manera diferent cadascuna de les persones residents. No tothom té el mateix pacte ni les mateixes condicions, perquè no tothom és igual ni necessita el mateix. Les persones que viuen a la llar són diferents entre elles en molts aspectes: nivells de planificació, de comprensió, de trastorns de conducta... A la pràctica, per exemple, això significa que una persona necessitarà

que li pautem el consum d'alcohol o li donem de manera acompanyada a dins de la llar i una altra necessitarà espais d'intimitat.

Aquesta mirada de reducció de danys i enfocada a cada persona l'apliquem dintre de l'espai físic de la llar Pere Barnés però també hem intentat que traspassi les seves portes, perquè les persones residents també consumeixen alcohol fora de la llar. En aquest sentit, intentem treballar perquè la persona es comprometi a no consumir alcohol fora de la llar i a beure'l de manera pautada dintre del recurs, li expliquem com pot afectar l'alcohol a la seva salut i com perd part del control de la seva vida. La majoria de les persones, però, decideixen consumir també fora perquè tenen poca capacitat d'autocontrol. Malgrat això, dintre de la llar seguim apostant per donar l'alcohol de manera pautada, perquè el consum i el risc es redueixen.

Durant aquests anys d'intervenció des de la reducció de danys hem comprovat que les persones que resideixen a la llar es vinculen al nostre recurs, que ens permeten que les aconsellem i que assoleixen una situació més estable. També hem aconseguit una millora en les seves rutines i que la recaiguda del seu estat de salut sigui més lenta. La clau és apostar per la reducció de riscos i fer-ho d'una manera personalitzada i detallada per a cadascuna de les persones que resideixen a la llar. Que sentin que també és casa seva.

Xxxxxxxx

Xxxxxxxxxx.

14 Rubí: Cases Ocupes i comunitat

Pol Vidal Pujol

TREBALLADOR SOCIAL DEL CAS RUBÍ - CST

Pep Pitart

EDUCADOR SOCIAL D'AIDE

* Aquest projecte està dut a terme entre el CAS Rubí (CST) i AIDE

A Rubí, el Centre d'Assistència i Seguiment (CAS) a les Drogodependències, forma part dels Serveis de Salut Mental "Ferran Salsas i Roig" juntament amb el Centre de Salut Mental Adults (CSMA), el Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) i el Servei de Rehabilitació Comunitària (SRC), integrats tots ells a l'Àmbit de Salut Mental del Consorci Sanitari de Terrassa (CST). Com a CAS, està integrat a la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD) de la Generalitat de Catalunya, a partir del conveni subscrit entre el Consorci Sanitari de Terrassa (CST) i el Servei Català de la Salut. És doncs, un servei de caràcter públic i gratuït. Actualment el seu àmbit territorial de referència són els municipis de Rubí i Castellbisbal.

Entenem les addiccions com un trastorn de l'àmbit de la salut mental i que es caracteritza per la seva multifactorialitat i complexitat.

L'atenció que s'ofereix des del nostre servei té en compte la globalitat del fenomen, a partir de tres eixos bàsics: l'individu, la substància i el context. Per aquest motiu, i en la mesura de les necessitats i possibilitats de cada cas, impulsem un procés diagnòstic i terapèutic a diferents nivells: psicològic, mèdic i social.

El servei es caracteritza pel respecte i la integració de diferents models teòrics, en funció de la formació de cada professional i de les necessitats de l'usuari i les seves famílies. Sempre però, des d'una perspectiva de salut mental pública i comunitària.

L'associació AIDE és una entitat declarada d'utilitat pública per la Generalitat de Catalunya que des de l'any 1994 treballa creant, implementant i gestionant projectes dins del camp de les drogodependències a la ciutat de Terrassa i en altres municipis del Vallès Occidental. Oberts a la ciutat i les persones que hi viuen, donant resposta a les seves necessitats vitals, lluny de l'assistencialisme i fomentant l'autonomia dels i les participants dels projectes.

En aquesta línia, esdevé eix estratègic d'actuació afavorir els escenaris favorables per assolir la participació activa de qui es beneficia del nostre acompanyament en els projectes. Es pretén acompanyar en el propi procés empoderador a les persones per ser par-



ticipants actives dels programes, no únicament receptors passives de serveis assistencials en totes les seves modalitats.

Per poder assolir aquest plantejament estratègic, els 28 anys d'experiència en el camp de les drogodependències ens ha permès consolidar un modus de pensament centrat en la persona, orientat a possibilitar que qui hi participi trobi resposta als seus neguits, anhels i necessitats vitals, i per tant tota la línia de pensament analítica inicial està plenament dirigida a satisfer les que per nosaltres són les necessitats essencials de les persones. Sense la cobertura i satisfacció d'aquestes, difícilment poden iniciar, mantenir i consolidar processos de canvi d'actituds i presa activa de decisions amb possibilitats d'èxit.

Amb aquesta mirada, a AIDE treballem des de la Reducció de Danys en l'àmbit de les drogodependències, que s'estructura al voltant de les intervencions dirigides a la minimització dels danys associats al consum de substàncies legals o il·legals, tant a nivell personal com comunitari.

Des d'una mirada holística del fenomen de les drogodependències i fugint de les pretèrites visions reduccionistes que plantegen unes intervencions eminentment repressives, la Reducció de Danys pretén establir un vincle amb les persones usuàries a partir del qual exercir un procés d'acompanyament basat en el paradigma de Salut Pública. Aquest model defensa una me-

todologia no estigmatitzadora ni penalitzadora de les actuacions de les persones usuàries, alhora que plantejades de la perspectiva dels drets humans en tota la seva extensió, un acompanyament en el procés de presa de decisions de qui atén.

El projecte que presentem conjuntament sobre la intervenció a cases ocupades, s'inicia a partir de finals 2020 a partir d'una denúncia per part de l'AMPA de l'escola Torre la Llebre de Rubí a l'Agència de Salut Pública Catalunya després de trobar en repetides ocasions xeringues en l'espai públic, posant en risc els infants de l'escola. Aquesta escola es troba a la vora d'una casa ocupada on hi ha consum actiu de substàncies, per tant, tot el focus i treball està centralitzat en el recinte on es troba la casa.

Cal especificar que l'aparició de material de consum per via injectada a la via pública coincideix amb una arribada massiva de població provinent de Geòrgia.

Anteriorment l'any 2013 el CAS de Rubí ja va fer una intervenció preventiva en aquesta mateixa zona, realitzant tasques de sensibilització, educació per la salut, reducció de riscos del consum, realitzant accions per la prevenció de sobredosi (tallers, distribuir kits de naloxona, etc.).

A partir del detonant del 2020 la Sub-direcció General de Drogodependències (ASPC) demana a AIDE, com a Equip Educatiu de Suport PIX (Programa d'Intercanvi de Xeringues) del Vallès Occidental, realitzar un informe per el diagnòstic de situació a la zona i primeres propostes d'actuació. Es realitzen propostes de neteja i sanejament de la zona, aproximació al col·lectiu usuàries de drogues, intervenció a nivell educatiu i reducció de danys.

Durant l'any 2021 s'han realitzat una sèrie de reunions trimestrals entre Sub-direcció General de Drogodependències (ASPC), Serveis Municipals de Rubí (Salut Pública, Policia Local, Serveis de Neteja,...), Mossos d'Esquadra, AMPA, AIDE i CAS Rubí. En aquestes reunions es va consensuar una aproximació a un diagnòstic de situació, es van acordar diferents accions orientades a reduir l'impacte negatiu a l'entorn, i a la reducció dels problemes associats al consum.

Davant la problemàtica derivada del consum de drogues per via injectada a la via pública, la troballa de material d'injecció a les immediacions de l'Escola Torre de la Llebre i la presència de persones que distorsionen les activitats de l'escola, es genera una necessitat d'intervenció per evitar un augment del clima de crispació i preocupació que des de la comunitat educativa.

A principis de l'any 2022 l'Ajuntament de Rubí crea un pla municipal per la recollida de xeringues (trucant al 092 o per mitjà App municipal).

AIDE realitza una proposta d'acció educativa conjunta amb el CAS Rubí, amb l'objectiu de crear vincle educatiu amb les persones del recinte de la casa ocupada, millorar la convivència a la zona i produir un impacte comunitari positiu.

Es tracta d'una intervenció focalitzada inicialment en la Reducció de Danys associats al consum de drogues, tant personals com comunitaris. No es descarten altres objectius orientats a iniciar altres processos relacionats amb l'abstinència sempre i quan la persona així ho decideixi. Amb aquesta intervenció, es pretén que els usuàries de drogues prenguin una actitud proactiva davant de la seva situació al voltant de la relació que estableixen amb els seus consums per acompanyar en el propi procés de presa de decisions.

Per poder fer aquesta tasca de manera efectiva, cal inicialment fer presència sistemàtica i continuada a la zona, fent contacte progressiu per acabar creant el vincle que permeti les intervencions des de la seguretat i tranquil·litat d'ambdues parts, equip i usuàries.

Aquest projecte contempla com a integrants de l'equip un educador social d'AIDE especialitzat en drogodependències i un treballador social del CAS de Rubí especialitzat en salut mental i addiccions, amb el suport d'una integradora social, dues infermeres, una psicòloga PIR i un psicòleg. Amb les actuacions a la zona, en un futur està previst fer altres tipus d'intervencions més específiques en la línia de tallers educatius en injecció higiènica, cribratges de malalties infectocontagioses com VIH i VHC, formacions en sobredosi i subministrament de kits de naloxona.

De forma genèrica, aquestes intervencions són:

- Atendre i donar resposta a les demandes que planteja la comunitat educativa.
- Estar presents de manera visible a la zona per un millor coneixement de la realitat i relació amb l'entorn (escola, AMPA, barri ...)
- Garantir la recollida sistemàtica de xeringues i material auxiliar a la zona.
- Coordinar i gestionar l'espai públic per reduir l'impacte negatiu a la zona.
- Subministrar material per el consum més segur i higiènic (kits del PIX i contenidors per la recollida de xeringues).
- Conscienciar als usuàries de la importància de fer un ús responsable del seu material de consum i per una millor relació amb l'entorn.
- Incidir en aspectes relacionats amb la salut i autonomia dels usuàries.

- Gestionar la neteja de l'espai de la casa ocupa: subministrament i retirada de contenidors municipals (vidre, rebuig..).
- Promoure la mediació entre usuaris i la comunitat.

Destacar que es vetlla per que els vincles de comunicació i coordinació entre tots els agents implicats sigui el més efectiu possible. És a dir, que els fluxos comunicatius entre l'Equip Educatiu (AIDE i CAS Rubí) els diferents departaments de l'Ajuntament de Rubí, Comunitat de l'Escola Torre de la Llebre, Policia Local, Mossos d'Esquadra, i amb l'assessorament de la Sub-direcció General de Drogodependències, esdevinguin una potencialitat per poder caminar en la recerca de la convivència positiva a la zona.

Finalment el projecte es va començar a dur a terme a principis del mes de febrer del 2022 i després de

les intervencions que s'han dut a terme, cal destacar que s'ha aconseguit crear un vincle de cordialitat entre els habitants de la zona, identificant-nos com a personal de suport per la millora de la seva qualitat de vida. Hi ha hagut canvis de cara al consum, vinculacions al CAS, a menjadors socials i fins i tot, un ingrés a Comunitat Terapèutica. Tot i així la intervenció educativa que s'ha dut fins ara només és la punta de l'iceberg, queda molt per treballar.

XXXXXXXX

XXXXXXXXXX.

15 Alternatives arquitectòniques

Miquel Corominas Ayala

DR. ARQUITECTE, CATEDRÀTIC D'URBANISME A L'ESCOLA TÈCNICA SUPERIOR D'ARQUITECTURA DE LA UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE BARCELONA

Davant la qüestió de l'allotjament nocturn temporal de consumidors de substàncies no prescrites sorgeixen una sèrie d'aspectes a considerar:

LOCALS DE PLANTA BAIXA AMB ACCÉS DIRECTE AL CARRER

En aquets moment a les ciutats, especialment a Barcelona, comencen a trobar se molts locals buits. Alguns fa molts anys que estan buits. Cada cop hi haurà mes locals sense activitat a les plantes baixes de les ciutats. L'increment del comerç de gran superfície i la venda online, fa que aquesta situació vagi en augment.

Una rehabilitació senzilla d'aquests locals permetria adaptar-los a l'ús nocturn d'espai dormitori. En el cas de l'àmbit de l'Àrea metropolitana de Barcelona, si s'assimilés a un habitatge temporal, el local requeria una superfície útil de 16m²+ 10m² per cada llit. Per exemple un local de una superfície útil de uns 200

m²un cop organitzats els espais d'higiene, podria acollir per dormir unes 18 persones.

Des del punt de vista de l'ús habitatge, sempre es permet en planta baixa, tot i que no tingui una gran tradició. Evidentment el local hauria d'acomplir uns criteris de habitabilitat (alçada interior, ventilació, il·luminació...) que l'hi atorguessin la possibilitat d'aquest ús. També caldria verificar que la nova densitat residencial és compatible amb les Normes urbanístiques dels Plans d'ordenació urbana, però gaire be segur que si, degut a les recents modificacions a la baixa de la superfície mitjana de l'habitatge, que s'utilitza per aquest còmput al menys en l'Àrea metropolitana de Barcelona.

En el cas de venda d'edificis en règim de propietat horitzontal caldria l'autorització de la comunitat pel canvi d'ús. En cas d'edificis de propietat vertical, de lloguer, nomes caldria l'autorització del propietari.

Fora bo redactar una normativa urbanística específica que ho amperes, igual que es va fer al seu dia amb

el Pla d'Hotels, el del Comerç alimentari o altres plans de regulació dels usos.

Aquesta solució temporal podria tenir el rebuig dels veïns i caldria fer una bona mediació per explicar les condicions. Per un altre costat es podria acordar un termini temporal d'ús i després passar a espai d'equipament social per als veïns a nivell de mançana o carrer. En aquest sentit fora bo involucrar als ajuntaments per que compressin els locals.

LOCALS EN EDIFICIS PRODUCTIUS

Especialment en àmbits productius dins el teixit urbà també es trobem locals buits. De vegades per la poca idoneïtat del local per a la seva funció, de vegades per estar dins de sectors amb processos urbanístics, de llarg tràmit, el que afavoriria l'ús temporal.

En aquest cas la possibilitat d'ús residencial requeriria de la redacció inevitablement d'una normativa urbanística i de la compatibilitat i conformitat amb les activitats de les parcel·les veïnes, per no limitar el seu desenvolupament. No és el mateix tenir una indústria que habitatges en la parcel·la veïna a l'hora de poder tenir instal·lacions industrials més potents.

També caldria fer unes obres d'acondicionament del local, poder molt costoses des del punt de vista de aïllament tèrmic i acústic a mes de les anteriorment comentades d'habitabilitat.

LOCALS EN EQUIPAMENTS

Aquesta situació es molt semblant a l'anterior amb la diferència que molts equipaments tenen espais amb una bona condició arquitectònica i per tant amb una millor facilitat per al canvi d'ús.

Una avantatge addicional és que molts dels equipament són de titularitat pública o d'institucions amb fins socials, que podrien cedir els locals temporalment sense cost. L'altra gran avantatge és que no hi haurien veïns residint en els immobles.

OBRES D'HABILITACIÓ

En tots els casos al tenir un caràcter temporal s'hauria de pensar en la instal·lació de un sistema higiènic prefabricat de fàcil transport i instal·lació, capaç d'esser traslladat a altres locals. La indústria de la construcció utilitza aquests tipus de casetes, de venda i lloguer, que

es podrien instal·lar dins dels locals escollits, moguts per toros.

Les condicions d'accés als locals i sobretots les bones condicions arquitectòniques dels locals que no requereixin un alt cost d'adaptació son fonamentals dins aquest concepte de dormitori nocturn temporal.

Arquitectònicament les coses temporals són cares i per tant tampoc s'haurien de descartar (?) actuacions de mig i llarg termini, en funció del finançament de que es disposi.

HABILITACIÓ D'ESP AIS D'ACOLLIDA NOCTURNA EN SOLAR BUITS

La ciutat disposa de solars pendents de llicències, inclosos dins àmbits de transformació o altres tipus d'espais vacant que temporalment es podrien utilitzar com dormitoris temporals.

Aquesta és una opció senzilla però que requereix tenir o llogar un conjunt de tendes o mòduls prefabricats, o fins i tot contenidors, per organitzar un sistema de campament.

Té una gran avantatge, no te veïns residents dins, però un cost econòmic alt, al no disposar d'espai edificat. Com avantatge té també la possibilitat d'incrementar o disminuir el programa en funció de la demanda o en funció d'un nombre de llits adient per un millor funcionament mèdic-social.

INTERVENCIONS EN ESP AIS LLIURES PÚBLICS O ESP AIS VIALS

Aquesta opció no es recomanable per la seva inseguretat, per la poca idoneïtat dels espais lliures públics per acollir edificis encara que siguin provisionals o prefabricats. Hi ha molts altres espais que no són aquests que ho poden acollir.

LA TEMPORALITAT

La temporalitat és un aspecte que no es té en compte en els plans urbanístics o en les ordenances municipals i que segurament és imprescindible regular. De totes maneres, com en l'administració de justícia, les situacions no es regulen fins que apareixen. Per tant tocaria impulsar aquesta normativa a nivells municipals o metropolitans per poder aplicar la millor sense dubtes i sense necessitar interpretacions esbiaixades.

Salut Mental

16 ESMES. Equip d'atenció en Salut Mental a les persones en situació de sense llar a Barcelona

Xxxxxx

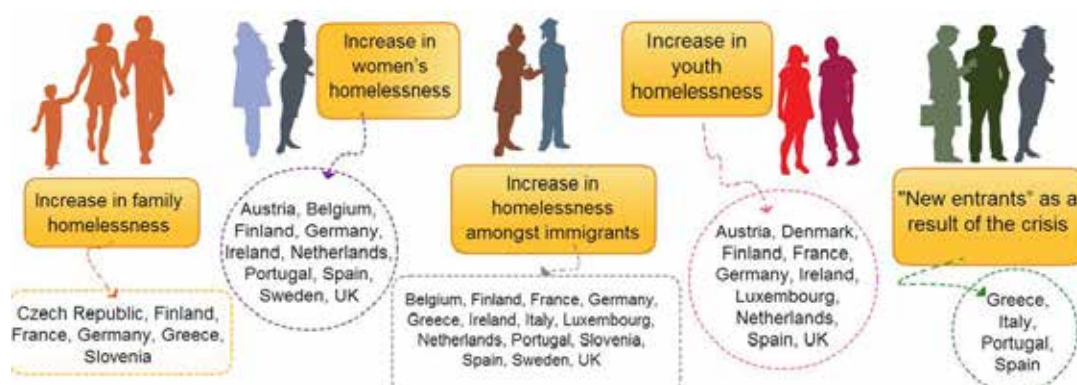
PARC SANITARIA SANT JOAN DE DÉU

COM DEFINIM A LA POBLACIÓ SENSE LLAR

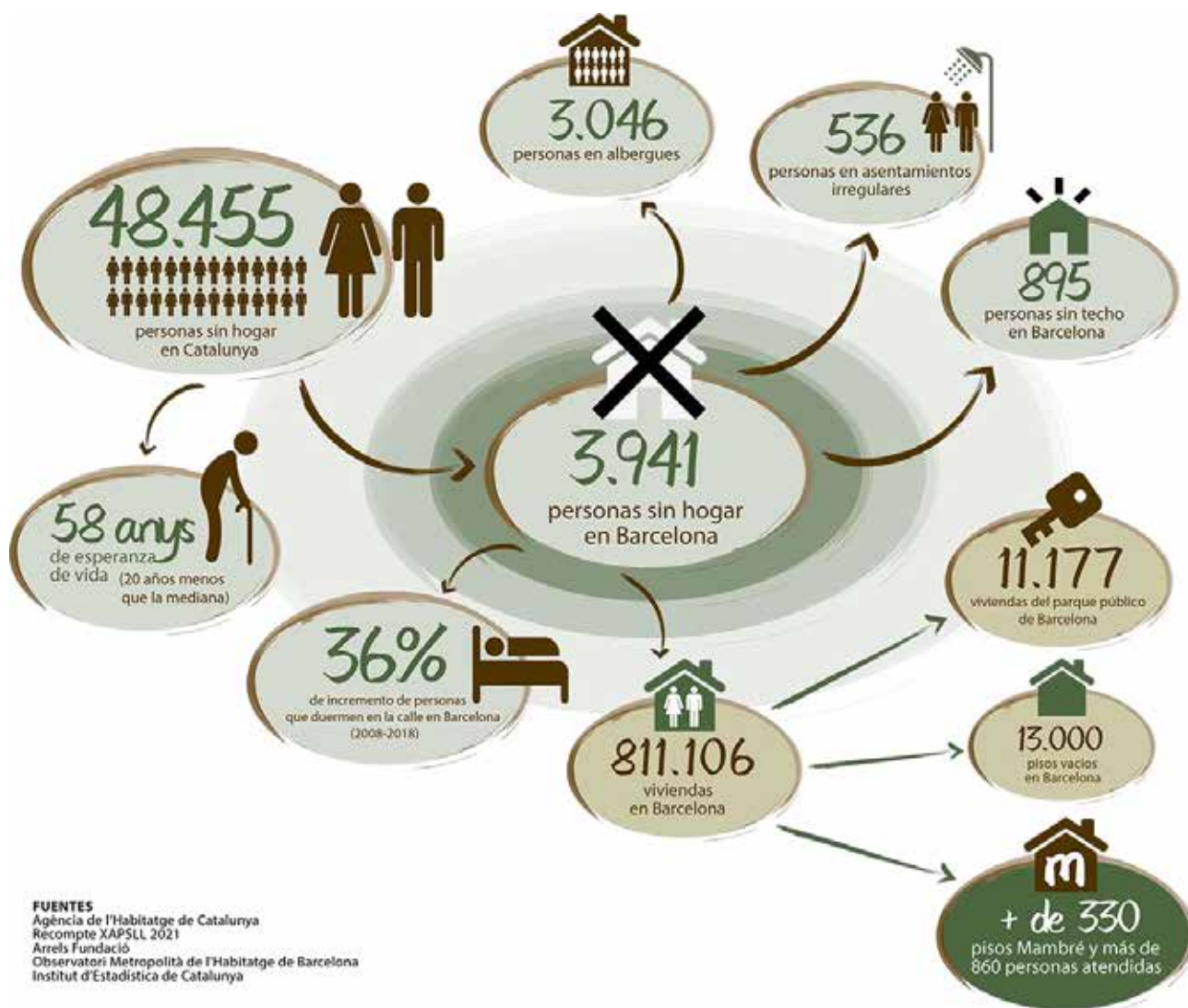
ETHOS: Tipologia Europea de Sense Llar i Exclusió Residencial (font: FEANTSA –Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri–).

- Sense Sense (*Roofless*).
 - Viure a un espai públic (sense domicili).
 - Pernoctar a un alberg i/o estar forçat a passar la resta del dia a un espai públic.
- Sense vivenda (*Houseless*).
 - Estances a centres de serveis o refugis (hostals per als sense llar que permet diversos models d'estança).
 - Viure a refugis per dones.
 - Viure a allotjaments temporals reservats als immigrants i als demandants d'asil.
- Viure a institucions: presons, dintre d'atenció sanitari, hospitals sense tenir a on anar, etc.
- Viure a allotjaments de suport (sense contracte de lloguer)
- Vivenda insegura (*Insecure housing*).
 - Viure a una vivenda sense títol legal (viure temporalment amb familiars o amics de manera involuntària, viure a una vivenda sense contracte de lloguer –queden exclosos els ocupes–, etc.).
 - Notificació legal d'abandonament de la llar.
 - Viure sota l'amenaça de violència per part de la família o la parella.
- Vivenda inadequada.
 - Viure en una estructura temporal o barraca.
 - Viure a una vivenda no apropiada segons la legislació estatal.
 - Viure a una vivenda masificada.

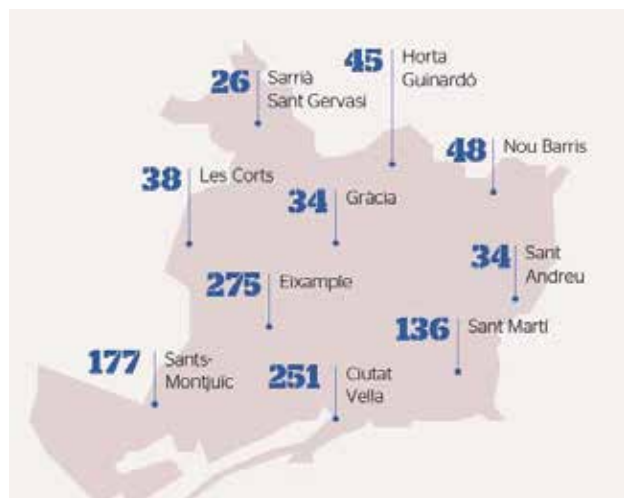
PERFILS DE LA POBLACIÓ SENSE LLAR



POBLACIÓ SENSELLAR A BARCELONA



PERSONES QUE DORMEN AL CARRER



(recompte 2021, Arrels)

ELS ESTUDIS DIUEN...

Segons una revisió sistemàtica (Faze, Khosla, Doll & Geddes, 2008) que analitzava la prevalença de trastorns mentals entre la població sense llar a Europa i Amèrica del Nord, es constata que la prevalença de depressió major i psicosi és més elevada en aquesta població (rang 2,8% - 42,3%), destacant per altra banda la dependència enòlica (prevalença 8,1% - 58,5%) i de tòxics (rang 4,5% - 54,2%).

- Prevalença dels trastorns psicòtics en persones sensellar:
 - Esquizofrenia: 10,29%.
 - Trastorn esquizofreniforme: 2,48%.
 - Trastorn esquizoafectiu: 3,53%.
 - Trastorn psicòtic no especificat 9%

Ayano, Tesfaw y Shumet (2019)

LA SALUT DE LES PERSONES EN SITUACIÓ DE SENSELLARISME

- Les persones sensellar tenen una esperança de vida menor així com major prevalença de malalties físiques i mentals que la població general (Fazel, 2014 y Aldridge, 2017).
- Psicosis, traumes múltiples i adiccions són causes freqüents de sensellarisme, mentre que la angoixa emocional, la ansietat i la depressió són respostes del sensellarisme (Leng, 2007).
- La multimorbiditat és la situació habitual en la salut d'aquestes persones.

ESMES

L'ESMES es posa en marxa com a pla pilot l'any 1998. Es consolida com a equip l'any 2006 i s' amplia al 2017. Som un equip multidisciplinari integrat per psiquiatres, infermeres especialistes en SM i Gestors de casos.

Els objectius del programa són:

- Donar assistència i tractament a les persones amb trastorn psiquiàtric greu i en situació de sense llar de tota Barcelona que estiguin desvinculats de la xarxa de salut mental.

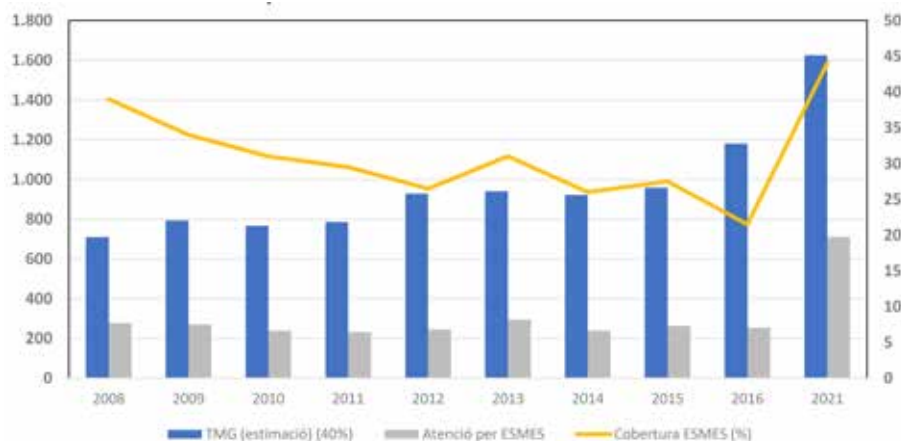
- Afavorir l'acompliment del seguiment del seu trastorn mental i/o patologia dual.
- Millorar i fer més accessible la utilització dels recursos d'hospitalització psiquiàtrica.
- Millorar i fer més accessible la utilització dels serveis socials específics.
- Millorar la permanència en habitatges de la població sense llar.

CRITERIS DE SEGUIMENT A ESMES

- Tr. Esquizofrènic.
- Tr. Depressiu major-episodi recurrent.
- Tr. Afectiu bipolar maníac.
- Tr. Afectiu bipolar depressiu.
- Tr. Delirant.
- Agorafòbia amb atacs de pànic.
- Tr. Obsessiu Compulsiu.
- Personalitat esquizotípica.
- Tr. Límit de la personalitat - Gravetat clínica (GAF <50).
- Pacients amb dependència enòlica i/o patologia dual.
- En els casos on el diagnòstic principal és un t. per consum de tòxics, l'equip ESMES pot contribuir a la vinculació del pacient a la xarxa específica d'atenció d'aquests trastorns.

PERSONES SENSE LLAR A BCN I SALUT MENTAL

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2021
Població sense llar	1.752	1.959	1.893	1.941	2.292	2.321	2.277	2.365	2.914	4.010
TMG (estimació) (40%)	710	793	767	786	928	940	922	958	1.180	1.625
Atenció per ESMES	277	270	239	231	245	294	239	263	253	711
Cobertura ESMES (%)	39	34	31	30	27	31	26	28	22	44



CIRCUIT D'ATENCIÓ



QUÈ FEM

- Oferim assistència en l'entorn de la persona, sigui al carrer o a centres residencials, de la xarxa d'equipaments socials de la ciutat i a les unitats d'hospitalització psiquiàtica.
- Utilitzem elements de diferents models d'intervenció, basats en la intervenció en primera persona, tractament assertiu comunitari i el respecte als drets de la ciutadania.
- Acompanyem durant el procés fins la vinculació als serveis de salut mental de la xarxa.

COM HO FEM?

Outreach, és la idea de sortir a trobar a les persones, a vegades sense que ho demanin, en lloc d'esperar que vinguin a demanar ajuda .

- Procés no urgent , trobades regulars basades en la vinculació i detecció de necessitats
 - Fase de contacte: establir una relació
 - Fase de clarificació: conèixer, confiar, esbrinar les necessitats
 - Fase d'integració: oferir ajuda

- Fase de recolzament: seguiment
- Fase de conclusió: alta
- Procés urgent:
 - Trasllet voluntari: s'activa el 112.
 - Trasllet involuntari: valoració pel psiquiatre i infermer/a de l'equip.

COM ATENEM?

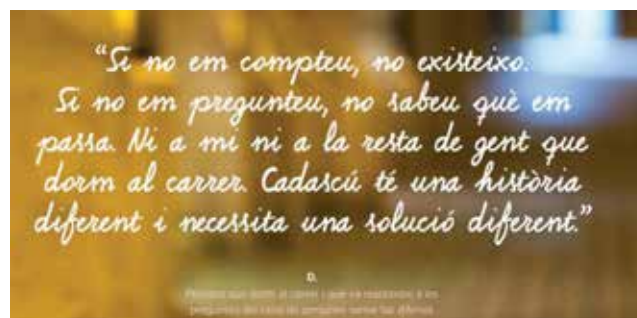
Dret a prendre decisions de forma lliure sobre les seves vides i el seu tractament.

Decidir sobre el tractament que s'administra, decidir sobre aspectes quotidians de la seva vida (on viure i amb qui, tenir parella, tenir fills, treballar, etc.), no ser objecte de incapacitacions arbitràries promovent mesures menys invasives de suport a la presa de decisions. Llibertat de decisió (Art. 3, 12, 14, 23 i 25)

- Eines i metodologia
 - Temps
 - Paciència
 - Confiança
 - Credibilitat
 - Creativitat
 - Oportunitat
 - Empatia i implicació
 - Supervisió
- SUPORT EN LA PRESA DE DECISIONS

REFLEXIONS

- Abordatge dels condicionants socials en les problemàtiques de salut mental
- Importància d'atendre al carrer a les persones en situació de sensellarisme en
- totes les seves dimensions
- Mancaça de recursos d'allotjament de baixa exigència i de reducció de danys
- Importància de les polítiques de protecció social



17 CECAS, una porta per sortir de la droga

Xxxxxxxx

XXXXXXXXXXXX



S'atén tant la persona com el seu entorn familiar.
Per realitzar aquesta tasca compta amb recursos propis i amb convenis amb l'administració.

VISIÓ

Volem generar espais per atendre, acompanyar i tractar educativa i terapèuticament persones amb problemes addictius, amb especial sensibilitat per aquelles que es troben en situacions de marginació o pocs recursos i que no se'n sortirien fàcilment, amb la màxima qualitat de mitjans humans tècnics i econòmics, per ajudar-los a millorar la seva qualitat de vida, autonomia i benestar tenint en compte la seva realitat, potencialitats i capacitats.

MODEL COMUNITARI RESIDENCIAL

- Equilibri entre allò que és individual i allò que és col·lectiu o comunitari.
- Garanteix un espai afectiu que dóna la convivència.
- Renovar l'autoconcepte i reforçar la sensació d'autoeficàcia.

El CECAS és promogut per la Conferència Episcopal Tarraconense i Càritas de Catalunya, i rep el suport de l'Orde Hospitalari de Sant Joan de Déu i la Unió de Religiosos de Catalunya (URC).

El seu àmbit territorial és Catalunya. Té 92 places residencials, 30 persones voluntàries i 48 treballadores.

Atèn anualment unes 600 famílies i el seu pressupost anual de 2.200.000€ aproximadament.

COM HO FEM? MISSIÓ, VALORS I VISIÓ

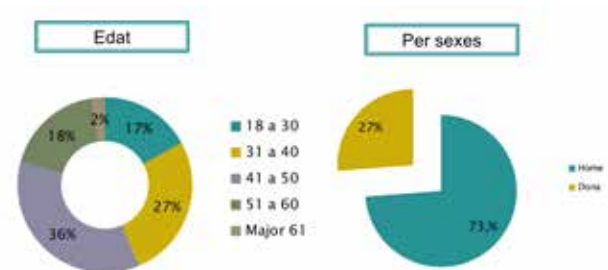
VALORS

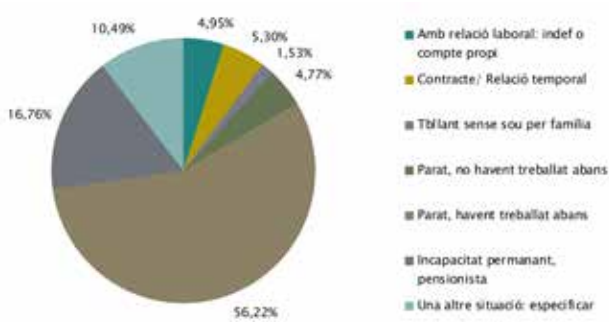
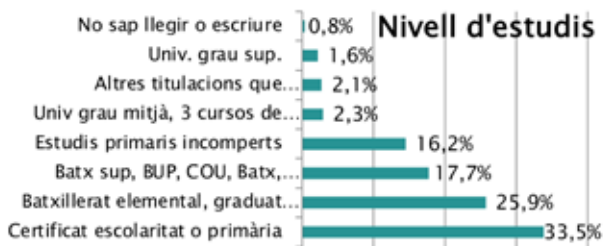
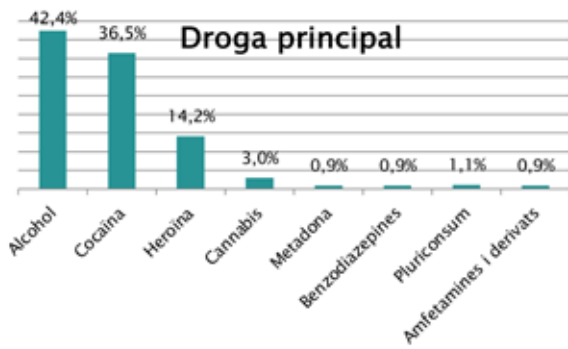
Afecte, Solidaritat, Responsabilitat Social, Lluita contra la Marginalitat, Compromís, Motivació, Entusiasme, Esperança, Pacència i Tolerància.

MISSIÓ

El CECAS és una Fundació privada sense ànim de lucre que es dedica a l'atenció de persones amb drogo-dependència, especialment aquelles que es troben en situació d'exclusió social, amb tractaments biopsicosocials i reeducatius considerant les patologies derivades.

PERSONES ATESES

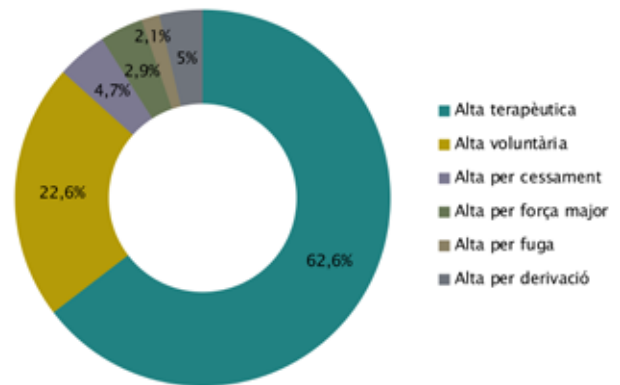




PERFIL PERSONES ATESES 2021

- 600 persones ateses.
- 150 Grups de família realitzats.
- Retenció: 90%
- Índex d'Èxit: 65%
- Centres de Derivació
 - CAS
 - Càritas
 - Iniciativa pròpia
 - Centres penitenciaris

TIPUS D'ALTA (CENTRE DE DIA I RESIDENCIAL)



LA SEPARACIÓ DE GÈNERE: UNA OPORTUNITAT



L'ABORDATGE DE LA PATOLOGIA DUAL DINS D'UN ESPAI INTEGRAL (COL·LABORACIÓ AMB SANT JOAN DE DÉU)

El projecte de Patologia Dual es va iniciar com a Prova Pilot al 2007 i al cap d'un any ja es va consolidar, oferint un espai de Centre de dia de més baixa exigència a través d'un equip interdisciplinari integrat per professionals de diverses disciplines d'ambdues xarxes: drogues (CeCas) i Salut Mental (Programa ESMES de St. Joan de Déu).

L'equip està format per:

- Una Psiquiatra (St. Joan de Déu) i una Infermera especialitzada en Salut Mental (St. Joan de Déu) totes dues de l'equip ESMES un cop per setmana
- Treballadora Social
- Psicòleg
- Metge
- Educadora
- A més a més de l'equip d'Acollida del CECAS

Per tant es va reestructurar la dinàmica del centre per oferir els següents serveis als usuaris de Patologia Dual:

- Entrevistes de seguiment quan es valorés amb l'equip de salut mental i l'equip de Centre de Dia
- Grups Terapèutics amb el Grup de PD
- Seguiment Educador/a i suport Psicòleg/a
- Dinàmica del dia a dia amb la resta de companys. (Virtualitat Sana participant a activitats conjuntes com feines de sector per treballar hàbits laborals, seminaris, esmorzar, etc..)
- Altres activitats / Tallers dins i fora del centre
- A nivell familiar (grups de famílies amb la resta d'usuaris del programa i també només del grup PD)
- Els usuaris faran tot el procés en un mateix espai: des de l'acollida a la reinserció i integració a la comunitat.

Procés d'Entrada:

- Entrevista Treballadora Social:
 - Estudi Social.
 - Estudi Econòmic.
 - Coordinació externa.
 - Gestió llista d'espera.
- Entrevista Mèdica:
 - Exploració Orgànica.



- Administració Medicació.
- (Consulta Psiquiàtrica).
- Entrevista Psiquiàtrica.

Críteris per la consulta Psiquiàtrica i valorar tractament al CD de PD:

- Pacients amb un llarg recorregut d'unitats Psiquiàtriques.
- Intents de Suïcidi recents (últim any).
- Ideació suïcida.
- Pacients amb diagnòstics previs.
- Verbalització per part del pacient de trets psiquiàtrics.
- Presència de Medicació Psiquiàtrica.
- Observació dubtosa.

Itinerari i Pla de treball amb la persona:

- Centre de Dia:
 - La importància de construcció d'un vincle, tant amb els professionals com amb la resta d'usuaris
 - Necessitat de ser escoltat
 - Necessitat de ser Cregut
 - Sentiment de pertanyença al grup
 - Consciència de problema

- I sobretot sentir-se en un espai segur per anar agafant seguretat.
- Objectius específics per cada persona (Pla de tractament individualitzat).
- Coordinació amb altres centre en funció dels objectius que treballem conjuntament amb els usuaris i el perfil de l'usuari.
- Possibilitat d'entrar al pis per un temps limitat (2 places PD)

Alguns dels objectius que es treballen amb la persona durant el procés de tractament:

- Vinculació al CD
- Mantenir l'abstinència
- Millorar hàbits: horaris, salut, higiene personal, alimentació, laborals....
- Seguir pauta medicació
- Treballar les habilitats socials
- Treballar identificació dificultats i aspectes a treballar
- Treballar les responsabilitats
- Treballar la consolidació abstinència
- Treballar ser capaç de demanar ajuda per prevenir recaigudes i identificar situacions de risc
- Treballar la integració a la comunitat
- etc, etc....

La importància del Treball social en la derivació o Desvinculació Gradual, treball en xarxa

La coordinació amb altres entitats permet realitzar la desvinculació d'una manera molt gradual.

Algunes de les entitats amb les que ens coordinem i n'hi ha més:

- Tres Turons.
- La Calaixera (AREP)
- Joia
- F. Tallers de Catalunya
- Parc Sanitari St. Joan de Déu.
- Fundació Dau
- Club Social Aixec
- Club Social Marianao
- CSMs
- CAS de referència
- Gimnasos
- Centre Cívics...
- Fundació Mambré

Valoració general que en fem :

- Poder atendre a una població amb altres tipus de demandes.
- Entendre la funcionalitat de la drogodependència en alguns casos.
- Oferir un espai segur al pacient. "Actuar In situ"
- Alt grau de permanència / vinculació al grup.
- Presència de la Família.
- Vincular a l'usuari amb centres adequats a les seves necessitats. (pre-laborals, sanitàries, oci...)
- Quan hi han recaigudes es re-estableix el vincle, treballar la recaiguda.

" Hablo solo para calmarme pero la gente se aparta."

" Ahora he encontrado mi sitio: el Pre-laboral. Ahora veo que lo que tengo es una enfermedad mental. Las drogas las tomaba para estar bien con la cabeza."

" Al consumir me crecen las paranoias."

" Vine aquí sin ninguna motivación, obligado, casi a rastras; lo pase muy mal al principio, hasta que entendí y acepté mi situación."

" Tengo miedo a la Soledad, a no saber reaccionar, a recaer..."

PROGRAMA DE SUPORT FAMILIAR

"La família esdevé un dels factors de protecció i d'inserció més importants per a les persones"

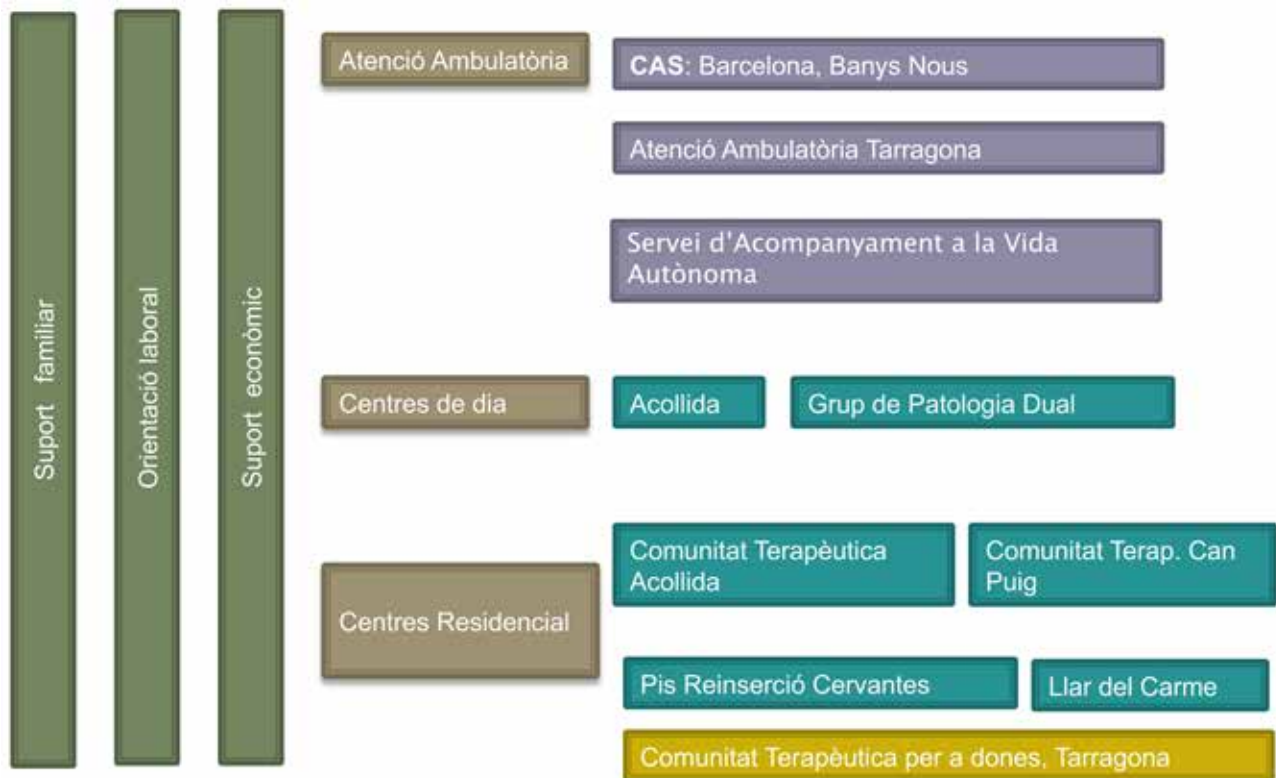
Informe FOESSA

- Atendre a tothom, especialment a les persones amb major risc d'exclusió social. S'atenen a persones sense papers
- Que els recursos econòmics no siguin mai un criteri d'exclusió. Això és possible gràcies al suport del Patronat

Repte: Lluita contra l'estigma



ELS CENTRES I SERVEIS



Comunitat Terapèutica per a dones. Tarragona

- Edifici Carmelitas
- 20 places residencials
- Atenció ambulatoria
- 106 dies d'estada mitja (3,5 mesos)



Comunitat Terapèutica Can Puig, Sant Cugat del Vallès



Edifici Banys Nous. Barcelona

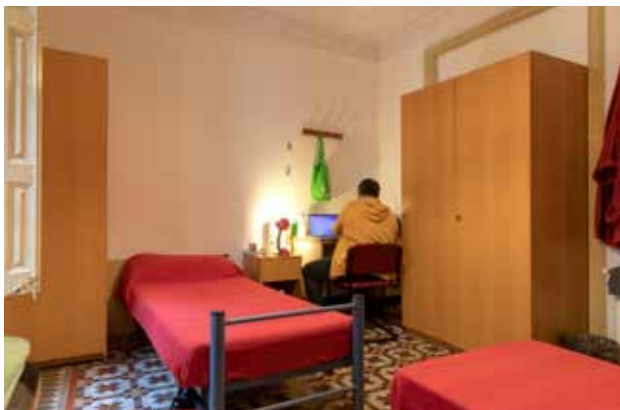
- CAS
- Centre de Dia.
- Comunitat Terapèutica: Fase Acollida.
- Serveis Generals

- Parc de Collserola
- Col·laboració amb Consorci Serveis Socials de Barcelona
- 35 Places
- Comunitat Terapèutica
- 104 dies d'estada mitja (3,5 mesos)

Pis d'inclusió Llar del Carme. Barcelona



Pis Cervantes. Barcelona



Col·laboració amb

- Fundació Mambré.
- Pis cedit per
- l'Ajuntament de Barcelona.
- 5 places

- Pis de Reinserció Social
- 8 places
- 87 dies d'estada mitja (3 mesos)



18 Hospital de dia de salut mental i addiccions de baixa exigència

Anna Romaguera

PSIQUIATRA CENTRES DE SALUT MENTAL I ADICCIONS (CSMIA) GRÀCIA, HOSPITAL MARE DE DÉU DE LA MERCÈ, BARCELONA

JUSTIFICACIÓ

La filosofia assistencial de l'Hospital Mare de Déu de la Mercè parteix d'una concepció integral biopsicosocial de l'individu, una anàlisi multidimensional de les necessitats dels usuaris, realitzat per tot l'equip interdisciplinari i una planificació assistencial individual per objectius personalitzats.

El model d'atenció a la salut mental i addiccions que es va consensuar a Catalunya entre Administració, professionals, entitats i usuaris i que està impulsant el Pla Director de Salut Mental i Addiccions (creat per decret 30/2006 de 28 de febrer), té com a objectius:

- **L'enfocament comunitari** en els serveis i en les prestacions.
- Amb un model d'**atenció més preventiu i proactiu**, orientat a les necessitats dels serveis i amb una visió global i de continuïtat assistencial basat en el treball en xarxa.
- **Model basat en la integració** com a objectiu de millora permanent, integració entre les **xarxes especialitzades de salut mental i drogodependències** i la integració en l'entorn de l'**atenció primària de salut**, amb una organització eficient dels serveis i amb base territorial.
- El model s'organitza en àmbits d'intervenció diferenciats per tipologia de malalt i **complexitat d'intervencions**, entesa com a complexitat d'**atenció integral** més que al grau d'especialització, i entorn de serveis on aquests poden resultar més eficients.

L'Hospital de dia de Salut Mental i Addiccions de Gràcia, que neix l'1 d'abril de 2021, està dirigit a una població en edat adulta amb simptomatologia psiquiàtrica i conductes addictives en actiu.

Per tant, a l'hora d'estructurar un programa terapèutic, abordem la simptomatologia psiquiàtrica i l'addicció present, integrant accions de prevenció de recaigudes, espais d'esport i meditació, educació sanitària en recuperació d'hàbits, grups d'autoconeixement i creixement personal, consciència de malaltia etc., sota



Menjador

una perspectiva multidisciplinària i biopsicosocial, són capaços d'abordar el procés de l'addicció i de consciència de malaltia.

MISSIÓ I VISIÓ DEL RECURS

Atendre en format d'hospitalització de dia a persones amb malaltia mental greu i a persones que puguin presentar de forma afegida una addicció que d'una o altra manera modifica i condiciona l'evolució del trastorn mental i possiblement afecta a tots els àmbits de la vida de la persona més enllà de la individualitat: familiar, educacional, laboral, social, etc.

L'atenció d'aquestes persones ha de ser amb un enfocament biopsicosocial i espiritual, a més de fer-ho d'una manera integrada amb tots els dispositius sanitaris, socials i de forma interdepartamental.

L'Hospital de Dia estarà dirigit als usuaris dels CAS/CSMA/CSMiA que sense necessitar o voler una hospitalització requereixen d'una atenció més global i intensiva que la que se'ls hi pot oferir en aquests recursos.

En la nostra pràctica clínica diària s'evidencia un buit assistencial per alguns usuaris afectes de malaltia mental i ús de substàncies o de trastorn per ús de substàncies únicament, que no són subsidiaris d'entrar en

una Unitat d'hospitalització, però tampoc no poden entrar en un Hospital de Dia d'addiccions donat que aquests tenen programes d'alta exigència demanant abstinència complerta, essent el consum de drogues un criteri d'exclusió.

OBJECTIUS

Proporcionar atenció intensiva a les persones que es trobin afectes d'un trastorn per ús de substàncies o patologia dual, oferint-los orientació, intervenció integral i tractament específic, i que no requereixen o no desitgin una hospitalització total, i/o que encara es troben en estats previs al tractament (estats contemplatius, de decisió i d'acció).

- Contenir les recaigudes dels usuaris del CAS/CSMA/CSMiA que es troben en situació de fragilitat i que requereixen d'un suport més intensiu per tornar a assolir l'abstinència, i en els que l'atenció al CAS/CSMA/CSMiA no és suficient.
- Oferir un espai especialitzat de contenció i treball psicoterapèutic i mèdic previ a la hospitalització, el que suposaria en molts casos una reducció dels consums i secundàriament una millor evolució dels pacients durant el procés de desintoxicació hospitalària.
- Desenvolupar segons necessitats del territori abastat un programa per usuaris afectats de consum d'alcohol, amb especial èmfasi en la gent gran. L'Hospital Mare de Déu de la Mercè es troba en disposició d'aconseguir una homogeneïtzació de l'atenció de les persones afectes de trastorn per abús d'alcohol des de l'edat adulta jove fins l'adult gran, incloent l'atenció en tots els àmbits, ambulatori, atenció domiciliària, hospitalització parcial, hospitalització total; i atenent a diferents situacions clíniques, incloent les alteracions cognitives de divers grau, així com les diferents situacions socials, des dels pacient amb suport sociofamiliar, fins a les persones sense sostre
- Nosaltres detectem una elevada prevalença al nostre sector de consum problemàtic de cànnabis en gent jove, que es troben en estats previs al tractament (fases de precontemplació, i contemplació), que no serien candidats a un ingrés hospitalari, però sí requereixen un treball específic per les característiques d'aquest grup i podrien en alguns casos beneficiar-se d'una hospitalització parcial.



Sala de reunió

- Ens plantejarem un continuïum assistencial entre el Hospital de dia de St. Pau i el nostre Hospital de dia en casos d'elevada fragilitat i en que el risc de recaiguda i les dificultats a nivell funcional i/o social exigeixen un treball a més llarg termini.

CRITERIS

Criteris d'inclusió

- Usuaris del CAS/CSMA/CSMiA en situació de fragilitat que requereixen d'un suport més intensiu que el que pugui oferir els recursos ambulatoris per mantenir l'abstinència i/o contenir recaigudes.
- Usuaris afectes d'un trastorn per ús de substàncies psicoactives i/o patologia dual, que no vulguin o no requereixen una hospitalització complerta.
- Usuaris en període d'espera per a ingrés a Unitats hospitalàries de desintoxicació, a fi de treballar reducció de consums i preparar el procés.
- Usuaris que han sigut alta de les Unitats de desintoxicació en casos de risc de recaiguda o fragilitat important.
- • de dia d'addiccions de St. Pau (d'alta exigència) en casos d'elevada fragilitat i en que el risc de recaiguda i les dificultats a nivell funcional i/o social exigeixen un treball a més llarg termini.

Criteris d'exclusió

- Pacients que requereixen d'una hospitalització per descompensació important de qualsevol de les patologies
- Pacients amb risc orgànic important.
- Trastorns de conducta disruptius.



Sala snoezelen

- Pacients amb consums de tòxics molt importants i/o poc insight, més candidats a REDAN.
- Quan l'ingrés no tingui una motivació clínica. En aquest sentit cal precisar que el Hospital de Dia no és una unitat de compliment de mesures penals alternatives per a persones amb aquesta patologia o un recurs social, sinó que es tracta d'una unitat d'hospitalització parcial.
- Discapacitat intel·lectual moderada o greu que dificulti la integració en el normal funcionament de la unitat.

PROCÉS ASSISTENCIAL

Fluxe assistencial

Procedència

- Xarxa de salut mental:
 - Unitats d'hospitalització d'aguts de salut mental o patologia dual (servei de psiquiatria d'un hospital general o la secció corresponent d'un hospital psiquiàtric).
 - Centres de salut mental d'adults (CSMA/CSMiA).
 - Hospital de dia de salut mental.
 - Unitats d'aguts de salut mental o patologia dual.
 - Centres de dia de Salut Mental.
- Xarxa d'atenció a les drogodependències:
 - Centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS/CSMiA).
 - Unitats hospitalàries de desintoxicació.
 - Hospitals de dia d'alta exigència d'atenció a les drogodependències

En els 89 pacients amb ingrés i alta entre l'1 d'abril de 2021 (apertura del recurs) i el 30 d'abril de 2022, la procedència va ser:

	Freqüència	Percentatge
CAS	17	19,1%
CSMA	1	1,1%
CSMiA Gràcia	41	46,1%
UHD	7	7,9%
Subaguts	15	16,9%
Aguts	2	2,2%
Ingrés mèdic	1	1,1%
Urgències	1	1,1%
Neuropsiquiatria	2	2,2%
REDAN	1	1,1%
UADP	1	1,1%
	89	100,0%

Procediment d'alta del Hospital de Dia

- Una vegada complert l'objectiu d'ingrés a la Unitat i amb l'objectiu d'assegurar la continuïtat de cura, el pacient serà derivat al tractament hospitalari corresponent. Anteriorment es contactarà telefònicament amb el professional responsable per acordar la data de alta, en menys de 15 dies.
- La derivació, de la que es farà saber al pacient amb la suficient antelació, sempre inclourà l'informe d'alta. Es veurà per la màxima comunicació entre el personal de la Unitat i el pacient al llarg de tot el període de permanència en la mateixa.

Derivacions a l'alta:

- CAS o CSMA de referència.
- Centres de la xarxa de drogodependències: pisos de reinserció, centres de dia, comunitats terapèutiques.
- Centres de la xarxa de Salut mental: serveis de rehabilitació comunitària, centres de dia, clubs socials, entre d'altres.
- Programes de reinserció sociolaboral: entitats de servei prelaboral, cursos del SOC, cursos de formació d'entitats privades, cursos d'idiomes, entre d'altres.
- A serveis o entitats per oci i temps lliure: com voluntariats

En els 89 pacients amb ingrés i alta entre l'1 d'abril de 2021 (apertura del recurs) i el 30 d'abril de 2022, un 42,7% de les altes van ser terapèutiques (CSMA, CAS,

CSMiA, CT, PPRR) i un 21,3% dels pacients van ser derivats a ingrés (UHD, subaguts, HD, medicina). La resta d'altres han estat en la seva majoria per absentisme (23,6%), encara que també hi ha hagut altes voluntàries (5,6%) o per expulsió en cas de conflicte (6,7%). Els destins a l'alta van ser:

	Freqüència	Percentatge
CAS	20	22,5%
CSMA	6	6,7%
CSMiA	38	42,7%
UHD	10	11,2%
Subaguts	7	7,9%
CT	1	1,1%
PPRR	4	4,5%
Ingrés Medicina	2	2,2%
HD Neuropsiquiatria	1	1,1%
Total	89	100,0%

Tipologia de la intervenció

El tipus d'intervenció a l'hospital de dia ha de tenir present diferents línies d'intervenció:

- Perspectiva holística, integral i multidisciplinària de les intervencions.
- Integració de les necessitats bio-psico-socials i espirituals.
- Individualització del procés a les necessitats de cada pacient.
- Adaptació de la intervenció segons diferents moments de la malaltia.

El programa d'atenció treballa diferents aspectes en forma de tallers i grups que es realitzen tant dintre com a fora del espai físic del hospital de dia. S'estableixen objectius individualitzats per cada persona que es treballen cada setmana així com enfocant cada sessió grupal a les necessitats presents de cada un/a de les persones ateses.

La intervenció es realitza des de les vessants:

- **Psicoeducativa:** Informació actualitzada i comprensible sobre la malaltia, emfatitzant la relació entre vulnerabilitat biològica i psicosocial, i la susceptibilitat a l'estrès i sobre-estimulació. Els ensenyem a discriminar els símptomes i els pròdroms, així com a valorar el tractament com a factor de protecció. També se'ls hi ensenya a reconèixer els possibles efectes secundaris de la medicació i a saber informar d'ells al psiquiatra. I s'incrementa la comprensió i habilitat d'afrontament de l'estrès ambiental i la solució de problemes en matèria de prevenció

de recaigudes, considerant-lo com un factor de risc, juntament amb el consum substàncies tòxiques i els canvis en les circumstàncies de la vida quotidiana.

- **Funcional:** Per millorar les activitats de la vida diària i habilitats socials, factors clau per la reintegració en la comunitat.
- **Física:** El sedentarisme, el consum de substàncies, els hàbits dietètics inadequats i l'afectació metabòlica relacionats amb la malaltia i amb alguns psicofàrmacs, incrementen notablement la mortalitat i agreugen les dificultats cognitives, motivacionals i motrius. Son necessaris els controls mèdics i la promoció de l'exercici físic.
- **Participació de les famílies** per a la consecució d'aquests objectius, tant a través dels Grups d'Ajudà Terapèutica per a famílies i cuidadors del CS-MIA, com a través del Programa de Sessions Educatives per a la família (emmarcat en el programa de formació de l'Hospital). També es poden treballar aspectes individuals de cada persona atesa en sessions individuals amb la família.
- **Integració a la Comunitat:** augmentem les possibilitats de participació social i promovem la igualtat d'oportunitats en l'exercici de rols a la comunitat a través del programa de sortides terapèutiques, de la coordinació amb altres recursos socials i de l'entorn cívic.

Tipologia d'usuàries

S'analitzen a les dades dels pacients amb ingrés i alta entre l'1 d'abril de 2021 (apertura del recurs) i el 30 d'abril de 2022.

Al llarg d'aquests 13 mesos s'ha ingressat i donat l'alta a un total de 89 pacients, sent un 56,2% homes, un 42,7% dones i 1,1% sexe no binari, amb una mitjana d'edat de 42,38 anys. La durada mitjana de l'ingrés va ser de 3 mesos. La substància principal que va motivar l'ingrés va ser l'alcohol en un 44,9%, seguida de la cocaïna (37,1%) i el cànnabis (11,2%). Un 83,1% dels pacients eren duals. A l'ingrés es trobava en consum actiu de la substància principal el 82% i a l'alta el 64% dels pacients.

Un 83,1% dels pacients eren duals, associant-se al diagnòstic d'un altre trastorn per ús de substàncies (TUS) o altres diagnòstics psiquiàtrics no TUS: 39,3% tr. Personalitat, 36% tr. afectiu, 21,3% tr. Psicòtic, 9% tr. Ansietat, 11,2% TDAH, 2,2% joc patològic, 6,7% TCA, 6,7% deteriorament cognitiu.

A més de l'ús de la substància principal, un 92,1% presentava TU nicotina, un 73% TU alcohol, un 44,9% TU cocaïna, un 41,6% TU cànnabis, un 13,5% TU se-

dants, un 7,9% TU amfetamines, un 6,7% TU mòrfics, un 5,6% TU heroïna i un 1.1% TU ketamina.

Es tracta d'un dispositiu jove en el seu primer any de funcionament. S'objectiva un elevat percentatge de pacient dual, amb temps més llargs d'ingrés i coordinació contínua amb altres dispositius. Cal destacar la bona convivència dels pacients en consum encara actiu amb aquells en abstinència primerenca.

Recursos humans del hospital de dia

- Un/a professional responsable del recurs y psicologia: 37,5 hores a la setmana.
- Un/a professional en psiquiatria: 26,5 hores a la setmana
- Un/a professional d'infermeria: 36,5h hores a la setmana
- Un/a professional d'integració social: 36,5 hores a la setmana.
- Un/a professional en treballadora social: 9 hores a la setmana.

També hem contat amb personal de voluntariat i pacients experts donant alguna classe i taller.

Programa d'intervenció

S'organitza a partir dels següents supòsits:

- Perspectiva holística, integral i multidisciplinar de les intervencions.
- Integració de les necessitats bio-psico-social i espirituals.
- Individualització del procés a les necessitats de cada pacient.
- Adaptació de la intervenció segons diferents moments de la malaltia.

En circumstàncies normals es desenvolupava normalment tan dins, en tallers, grups i espais individuals amb cada professional del hospital de dia, com fora del centre en sortides culturals.

Programa d'intervenció i tractament

El programa d'intervenció comprèn grups i tallers de diferents temàtiques i dissenyats i impartits pels diferents professionals del centre. Aquest són els següents:

- **PSIQUIATRIA**
 - Assemblea

- Mindfulness
- Teràpia intensiva d'addiccions
- Autoconeixement i sexualitat
- **PSICOLOGIA**
 - Assemblea
 - Gestió d'emocions diàries
 - Autoconeixement i creixement personal
- **INTEGRACIÓ SOCIAL**
 - Assemblea
 - Reinserció sociolaboral
 - Habilitats socials
 - Objectius diaris i setmanals
 - Esport
 - Cine fòrum
 - Biblioteca
 - Jocs de taula creatius i de pensament constructiu
 - Educació financera, gestió econòmica i familiar
 - Relaxació
 - Sortides culturals
- **INFERMERIA**
 - Assemblea
 - Control d'impulsos
 - Hàbits saludables
 - Esport
 - Medicació conscient i consciència de malaltia.
 - Cine fòrum
 - Ioga
 - Reducció de danys
 - Sortides culturals
- **TREBALL SOCIAL**
 - Recursos personals i socials
- **ALTRES COL·LABORADORS**
 - Voluntariat: classes de català per adults.
 - Pacients experts: Espai d'escriptura creativa i poesia i classes de llengua castellana. Art-teràpia.
- **SORTIDES CULTURALS:** ParcGüell, Cosmo-caixa, Búnquers del Carmel, Expo Disseny HUB, Laberint d'Horta, Masia Can Verdaguer-parc Guineueta, MNAC, Museu Picasso, Palau Virreina, Ruta Pareds amb ànima, Parc de Torre Baró...
- **VISITES I CONFERENCIES**
 - Hem tingut la ponència de Jordi Llovet, actor.
 - Hem tingut la visita de Brigitta Lamoure, col·laboradora de BTV
 - Hem tingut un taller de Ball a càrrec de Laurence de Maeyer, professor de dansa a Operación Triunfo.

Exemple horari d'activitats Hospital de dia

HORARI I ACTIVITATS						
HOSPITAL DE DIA SALUT MENTAL I ADICCIONS CSMIA GRACIA						
 Germanes Hospitalàries <small>HOSPITAL NARI DE DÍU DE LA HERED</small>		DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOUS	DIVENDRES
	8h a 9h	REUNIO EQUIP HD				
	09h	ARRIBADA	ARRIBADA	ARRIBADA	ARRIBADA	ARRIBADA
GRUP	09h a 9:50h	OBJECTIUS DIARIS I SETMANALS	ESPORT	YOGA (cada 15 dies) BIBLIOTECA (cada 15 dies)	ESPORT	OBJECTIUS DIARIS I SETMANALS
		Sara	Sara i Randy		Sara i Randy	Sara
	9:50h a 10h	DESCANS	DESCANS		DESCANS	DESCANS
GRUP	10h a 10:50h	GESTIO D'EMOCIONS DIÀRIES	AUTOCONeixEMENT I CREIXEMENT PERSONAL		RECURSOS SOCIALS	OCI I TEMPS LLIURE
		Gemma	Gemma	Sara/ Randy	Anna P	Sara
	10:50h a 11:20h	DESCANS	DESCANS	DESCANS	DESCANS	DESCANS
GRUP	11:20h a 12:10h	CONTROL D'IMPULSOS	HABILITATS SOCIALS	EDUCACIÓ FINANCERA / GESTIÓ ECONÒMICA I FAMILIAR	REINserCIÓ SOCIOLABORAL	HÀBITOS SALUDABLES
		Randy	Sara	Sara	Sara	Randy
	12:10h a 12:20h	DESCANS	DESCANS	DESCANS	DESCANS	DESCANS
GRUP	12:20h a 13:10h	AUTOCONeixEMENT I SEXUALITAT	TERAPIA INTENSIVA ADDICCIONS	MINDFULNESS	ASSAMBLEA	ESCRITURA CREATIVA
		Anna R	Anna R	Anna R	Sara, Randy, Gemma	Sara
	13:10h a 13:20h	DESCANS /PREPARACIÓ DEL MENJADOR	DESCANS /PREPARACIÓ DEL MENJADOR	DESCANS /PREPARACIÓ DEL MENJADOR	DESCANS /PREPARACIÓ DEL MENJADOR	DESCANS /PREPARACIÓ DEL MENJADOR
	13:20h a 14:30h	ESPAI DE DINAR	ESPAI DE DINAR	ESPAI DE DINAR	ESPAI DE DINAR	ESPAI DE DINAR
	14:30h a 14:40h	DESCANS/ENDREÇAR MENJADOR	DESCANS/ENDREÇAR MENJADOR	DESCANS/ENDREÇAR MENJADOR	DESCANS/ENDREÇAR MENJADOR	DESCANS/ENDREÇAR MENJADOR
GRUPS	14:30h a 15:20h	MEDICACIÓ CONSCIENT I CONSCIÈNCIA DE MALALTIA	CINE FORUM	LLENGUA: CLASSES D'ANGLES	REDUCCIÓ DE DANYS	ARTETERAPIA
		Randy		Randy	Randy	
	15:20 a 15:30	DESCANS		DESCANS	DESCANS	
GRUPS	15:30 a 16:20	HÀBITOS SALUDABLES		JUEGOS DE MESA	RELAXACIÓ	
		Randy		Sara	Sara	
	16:20-16:30	DESCANS	DESCANS	DESCANS		
GRUPS	16:30 a 17:00	COMIAT / REPÀS DEL DIA		COMIAT / REPÀS DEL DIA	COMIAT / REPÀS DEL DIA	COMIAT / REPÀS DEL DIA
		Randy	Sara / Randy	Randy	Randy	Sara

CONCLUSIONS

- Es tracta d'un dispositiu jove en el seu primer any de funcionament.
- En les primeres setmanes del recurs van despuntar altes voluntàries i per absentisme, que van baixar en implementar entrevistes preingrés.
- S'objectiva un elevat percentatge de pacient dual en el dispositiu, amb temps més llargs d'ingrés i coordinació contínua amb altres dispositius.

Cal destacar la bona convivència dels pacients en consum encara actiu amb aquells pacients en abstinència primerenca.

19 Programa de patologia dual en els serveis de recuperació de salut mental i addiccions

Judith Martínez

COORDINADORA ÀREA DE REHABILITACIÓ I PSICÒLOGA.
FORMACIÓ ESPECIALITZADA EN ART TERÀPIA

Laia Molist

EDUCADORA SOCIAL I PREPARADORA LABORAL.
FORMACIÓ ESPECIALITZADA EN COACHING SISTÈMIC
I EN PNL OSONAMENT



QUI SOM

Osonament és una entitat sense ànim lucre nascuda a l'any 1978 que té com a missió afavorir el desenvolupament integral de la persona i la millora de la seva qualitat de vida, mitjançant activitats i serveis d'àmbit comunitari per a la promoció, prevenció i l'atenció de

la salut mental, les addiccions i la logopèdia, a l'entorn de la comarca d'Osona

Compromís / Professionalitat / Treball en equip / Ètica i transparència/ Responsabilitat i Sostenibilitat

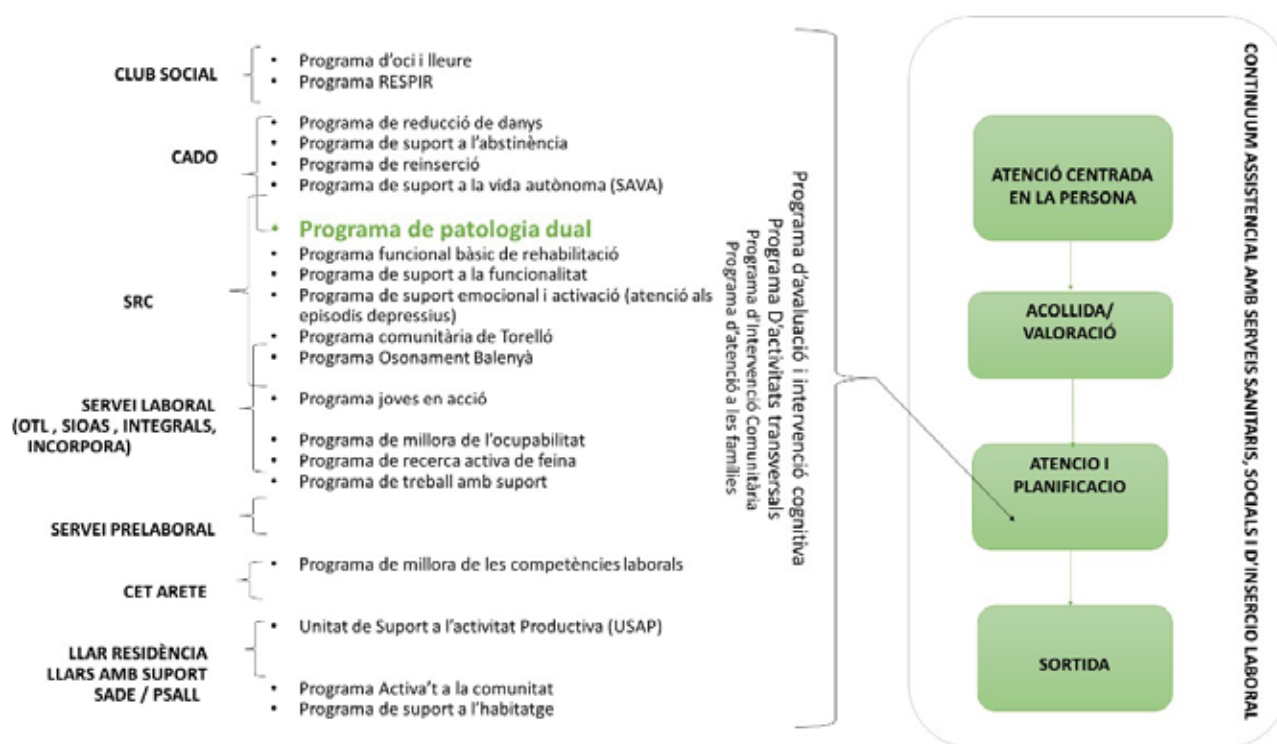
L'àmbit d'actuació d'Osonament és la comarca d'Osona, província de Barcelona. Població Osona (50 municipis).

Habitants: **163.702 persones** (131,5 hab/km²)

ORGANIGRAMA



PROGRAMES D'INTERVENCIÓ



PROGRAMA DE PATOLOGIA DUAL

A qui va dirigit?

- Persones amb diagnòstic dual (salut mental i consum de substàncies)
- Persones d'edats compreses entre els 16 i els 65 anys
- Estabilitat psicopatològica en el moment de la derivació
- Sense cap tipus de discapacitat intel·lectual de base.
- Nivell cognitiu, d'introspecció i funcionalitat mig-alt
- Mínima consciència de problema
- Motivació pel canvi
- Voluntarietat per participar al programa

Objectiu General

- Oferir una atenció integral a la persona amb patologia dual en la seva globalitat tenint en compte la interacció entre les dues patologies i la influència en la funcionalitat de la persona.

Objectius específics

- Millorar la consciència i coneixement del problema de salut mental i el trastorn addictiu

- Donar eines per poder autogestionar els símptomes del problema de salut mental i addicció
- Reduir els danys associats al consum
- Resoldre ambivalència i potenciar la motivació al canvi en relació a l'estat de consum
- Garantir la implicació i/o adherència al tractament
- Afavorir l'estabilització i prevenir recaigudes
- Potenciar la motivació laboral o formativa o ocupacional
- Identificar les pròpies competències transversals que poden ajudar al procés de recuperació

Equip professional

L'equip professional que intervé en les sessions grupals o seguiments individuals consta de 1 educadora social, una psicòloga i una preparadora laboral en funció de les necessitats de la persona.

En la elaboració dels plans de treball intervenen també els professionals de l'àrea de salut mental i addiccions del consorci hospitalari de Vic. S'elabora una pla de treball integral consensuat abans amb la pròpia persona per acordar els objectius a treballar.

<p>CONSORCI HOSPITALARI DE VIC</p>	<p>osonament</p>
Serveis de psiquiatria i salut mental ✓ Infermera ✓ Treballador social ✓ Psiquiatre/a	Àrea de rehabilitació de Osonament ✓ Psicòloga ✓ Educadora social ✓ Preparadora laboral

Metodologia

El programa consta de:

- Activitats grupals: grup psicoeducatiu, grup de competències transversals, art teràpia
- Activitats complementàries (en funció de la necessitat de la persona): activitat física, gestió emocional, estimulació cognitiva i/o oci
- Seguiments individuals amb educadora social i/o preparadora laboral referent + psicologia
 - Tècniques motivacionals
 - Tècniques cognitiu-conductuals
 - Tècniques de PNL

Intervenció

La intervenció es basa en el model d'atenció centrada en la persona, èmfasis en:

- Motivació
- Reducció de danys
- Treball amb la família i/o entorn
- Inclusió
- Pro-activitat
- Objectius i interessos personals / projecte de vida

Grup Psicoeducatiu

- El trastorn addictiu
- Alteracions conductuals i psíquiques associades al consum
- Psicoeducació en salut mental
- La interacció entre el trastorn addictiu i la problemàtica de salut mental
- Riscos i factors associats al consum
- Control de danys en les addiccions
- Prevenció de recaigudes (tant a nivell de consum com de la problemàtica de salut mental)
- Psicoeducació en Tractaments farmacològics
- Tractaments psicològics: pautes de maneig de la toxicomania i de control de símptomes psiquiàtrics
- Recursos assistencials de la xarxa: tipus i accés

Competències / Art teràpia

Reforç de Competències	Art teràpia
Apoderar la persona i que ella mateixa pugui fer aquest propi apoderament.	Expressió i transformació d'emocions, sentiments i pensaments a través de la integració de diferents formes artístiques.
Evidenciar les accions positives que ha fet per millorar el seu procés de recuperació.	Potenciació de la creativitat, autoestima i les competències personals.
Treball de competències transversals per tal de buscar un objectiu més enllà del procés de recuperació a nivell de salut, ja sigui laboral, formatiu, voluntariat, ocupacional...	Treballar la comunicació no verbal i verbal.
Identificar creences personals per tal de trencar amb els patrons de conducta negatius que tenen establerts.	Afavorir la relació interpersonal, l'escolta d'un mateix i el coneixement personal.

Avaluació



RESULTATS

Dades descriptives del programa 2018-2022

- 74 sol·licituds al programa:
 - 39 persones vinculades al programa
 - 35 persones no vinculades: 14 es van derivar a altres programes de Osonament i 21 persones no es vinculen a cap servei.
- De les 39 persones vinculades al programa hi ha 11 dones i 28 homes
- La mitjana d'edat és entre 40 i 45 anys
- La substàncies principals de tractament són:
 - 11 persones amb consum d'alcohol
 - 4 persones amb consum de cànnabis
 - 13 persones amb consum de cocaïna
 - 11 persones amb policonsum
- Els diagnòstics de salut mental són:

Diagnòstics Eix I	N	%
Trastorn psicòtics	11	28
Trastorn límit de la personalitat	7	18
Trastorn bipolar	9	23
Trastorn de conducta	1	2.5
Trastorns d'ansietat	1	2.5
Trastorns dissociatiu	2	5
Trastorn esquizotípic de la personalitat	1	2.5
Depressió major	7	18

Dades de resultats 2018-2022

- Situació a final de la participació al programa:
 - 23% han finalitzat amb contracte laboral
 - 5% Han finalitzat fent una formació
 - 33% han finalitzat amb un ingrés a Comunitat terapèutica
 - 13% vinculats a activitats a la comunitat (voluntariat, centre cívics...)
 - 15% mantenen vinculació al programa actualment
 - 10% s'han acabat derivant a altres programes d'Osonament
- Avaluació de l'estat de canvi (a inici de programa les persones es trobaven en fase de contemplació o precontemplació):
 - 97% han millorat l'estat de canvi:
 - 20.5% han arribat a l'estadi de manteniment
 - 59% han arribat a l'estadi d'acció
 - 18% han arribat a l'estadi de contemplació

- Avaluació de la funcionalitat i estabilitat psicològica (Escala Eix V de Kennedy):
 - 36% han millorat
 - 31% s'han mantingut
 - 33% han empitjorat
- Avaluació del compliment (Adherència):
 - 17% d'absentisme injustificat
 - 13% d'absentisme justificat
 - 70% d'assistència
- Avaluació de la Satisfacció de les persones participants: 8/10

CONCLUSIONS

- Millora de l'adherència i recuperació amb el model d'atenció centrada en la persona
- Centralitzar el tractament amb les dues problemàtiques al mateix moment evita la porta giratòria de recurs en recurs.
- Afavorir els processos d'abstinència i d'estabilitat en la salut mental durant tot el procés de recuperació.
- Els resultats evidencien que el programa afavoreix la presa de consciència del problema i la motivació al canvi.
- Un 67% de les persones milloren o mantenen la funcionalitat i estabilitat
- Disminució de la problemàtica psicopatològica, social i judicial subjacent
- Inserció comunitària i/o laboral/ formativa
- Importància de la intervenció conjunta amb el CASD /CSMA
- Intervenció conjunta amb la xarxa de recursos socials, laborals i formatius
- Detecció de la necessitat de intensificar l'atenció per les característiques del perfil
- Durada del procés de més llarga estada i una recuperació fluctuant on les recaigudes formen part del tractament.

BIBLIOGRAFIA

XXXXXXXXXX.

20 Unitats de Patologia Dual del Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions del Parc de Salut Mar

Rosa Blanca Sauras Quetcuti

PSIQUIATRIA. UNITAT DE PATOLOGIA DUAL. CENTRE FÒRUM. INAD - PARC DE SALUT MAR

El “diagnòstic dual” o “patologia dual” es defineix com la convivència o concurrència en la mateixa persona d’almenys un trastorn per consum de substàncies i un altre trastorn mental, tal i com definí l’Organització Mundial de la Salut (OMS, 2010). Aquests pacients constitueixen un grup de risc elevat tan des del punt de vista sanitari (més gravetat dels quadres clínics, amb més ingressos hospitalaris, freqüentació dels serveis d’urgències generals, més conductes violentes i més risc d’infeccions com la del VIH, VHB, i VHC i la tuberculosi) com social (més marginalitat i més conductes il·legals) si no es diagnostiquen i tracten de forma correcta i conjunta les dues patologies (Torrens et al, 2015; Volkow et al, 2020).

Un dels principals problemes que presenten aquests malalts és la dificultat per avaluar i establir el diagnòstic psiquiàtric i per dissenyar un pla terapèutic adient que contempli les dues patologies. Els pacients amb patologia dual representen un repte terapèutic no només com individus sinó també com a grup de pacients, que molts cops no encaixen en les polítiques de tractament habituals (Torrens et al, 2006; 2012). És en aquest sentit que s’emmarca la creació de la Unitat de Patologia Dual (UPD) de l’Institut de Neuropsiquiatria i Addic-

cions del Parc de Salut Mar (INAD). Al 2007 es va obrir la primera Unitat de Patologia Dual amb 11 llits, per l’àrea del Litoral i al 2010 la segona amb 13 llits per l’àrea Barcelonès Nord.

La UPD és una Unitat de la Secció de Toxicomanies de l’INAD, encarregada de l’atenció en règim d’ingrés de malalts amb patologia dual que, per les seves característiques clíniques, requereixen un abordatge intensiu en règim d’hospitalització de 24 hores.

L’objectiu principal de la UPD és el d’oferir un tractament específic i integrat tant de la psicopatologia com del trastorn derivat de l’abús i dependència de substàncies psicoactives, fent especial èmfasi en el diagnòstic i l’abordatge terapèutic.

La missió de la UPD es centra en:

- Desenvolupar un abordatge holístic de la patologia dual que possibiliti una valoració diagnòstica completa així com un tractament multimodal amb intervencions farmacològiques, psicològiques, familiars i socials, mitjançant un equip multidisciplinari especialitzat en aquesta complexa patologia.
- Assessorar els professionals dels CAS, CSM, hospitalització psiquiàtrica d’aguts i hospitalització



de toxicomanies, sobre problemes diagnòstics o dificultats en el tractament dels pacients amb trastorns mentals i consum de substàncies d'abús.

- Participar en la formació i docència en patologia dual de futurs especialistes en salut mental (MIR, PIR i DIR)
- Afavorir, promoure i desenvolupar activitats de recerca de qualitat en l'àmbit de la patologia dual
- Participar en la difusió del coneixement en les àrees específiques de la seva competència

El funcionament de la UPD implica l'aplicació de normativa similar a la d'una unitat de desintoxicació hospitalària (restricció de visites i de sortides) però en un perfil diferent de pacients, donat que presenten una descompensació psicopatològica aguda greu que no permet el maneig ambulatori. A més per tal d'assumir els pacients amb major gravetat psicopatològica i amb major risc d'exclusió social els ingressos es realitzen prioritàriament a través del servei d'urgències de psiquiatria i, en cas que la gravetat de la descompensació ho requereixi, es poden cursar amb caràcter involuntari.

A l'arribada del pacient a la unitat es realitza una primera acollida per infermeria i una primera visita amb psiquiatria en la que es recull la història clínica i s'estableix una orientació diagnòstica. També es duen a terme exploracions de les necessitats socials, amb la finalitat d'establir un diagnòstic global i pluridimensional que faciliti el disseny d'un pla terapèutic també global. En tot moment es tracta de manera simultània la descompensació psiquiàtrica i el consum de substàncies tan a nivell farmacològic com psicoterapèutic. Durant l'ingrés, a més de les visites amb infermeria, psiquiatria i treball social, hi ha espai de teràpia ocupacional en el que s'aborden aspectes com la consciència de malaltia, la prevenció de recaigudes i l'adherència al tractament mitjançant diferents activitats. Paral·lelament, es realitzen coordinacions amb els dispositius de seguiment ambulatoris com el CSMA i el CAS per tal

d'assegurar la vinculació a l'alta. Disposem també de servei d'interconsulta de medicina interna, per aquells pacients que requereixin atenció a patologia orgànica intercurrent.

Respecte els diagnòstics duals atesos a la nostra unitat, segons les dades del darrer any, els més predominants han estat els trastorns psicòtics amb cànnabis, cocaïna, metamfetamines o alcohol comòrbid seguit dels trastorns bipolars amb consum de alcohol, cocaïna o cànnabis comòrbid. La majoria dels pacients que atenem són homes, amb una edat mitja de 38 anys aproximadament. La majoria ingressen des d'urgències i de forma involuntària i la mitjana de duració de l'ingrés és de 18 dies.

Pel que fa el pla a l'alta, un cop resolt l'episodi agut, es planteja, si escau, derivació a recursos de Subaguts, Comunitat Terapèutica, Hospitals de Dia o serveis ambulatoris. La concomitància dels dos trastorns, el psiquiàtric i el trastorn per us de substàncies, fa que sovint tinguem dificultats per establir aquestes derivacions ja que no existeixen recursos específics per pacients amb Patologia Dual. Des de la unitat treballem per minimitzar aquestes barreres i augmentar la sensibilització a l'hora d'atendre a les persones amb patologia dual.

Les Unitats de Patologia Dual del PSMAR pretenen donar resposta a la necessitat de tractament agut dels malalts amb patologia dual descompensada evitant el fenomen de la "porta equivocada" i facilitant l'abordatge integral del pacient.

BIBLIOGRAFIA

Xxxxxxxxxx.

Joves i altres grups en situació vulnerable

21 A Primera Línia. Acompanyament educatiu del consum de drogues amb joves d'alt risc d'exclusió social

Mireia Ambrós i Teresa de Gispert

XXXXXXXX

A Primera Línia és un programa educatiu adreçat a nois i noies en situació de vulnerabilitat social i alt risc de conductes problemàtiques associades al consum de drogues, des de la perspectiva de prevenció universal fins a la de reducció de riscos i danys. Es tracta d'una proposta que inclou la mirada interseccional tenint en compte la perspectiva de gènere i de diversitat cultural. Les intervencions que es proposen són selectives i flexibles per tal d'adaptar-les a les diferents necessitats dels nois i noies.

És un programa impulsat per la Subdirecció General de drogodependències i que actualment està coordinat per l'entitat Episteme. Consta de dos pilars bàsics: uns materials didàctics adreçats a la població diana i als professionals que treballen amb ella, i d'una proposta formativa al voltant de l'acompanyament educatiu del consum de drogues per a professionals.

El Programa va néixer l'any 2013 a partir de la evidència de què els programes i propostes didàctiques existents fins aleshores no eren prou significatives per aquesta població més vulnerada, ja que els missatges, les situacions i les imatges que apareixien, no eren representatives. També de la demanda dels professionals que atenien joves en situació de vulnerabilitat de disposar d'eines específiques per abordar els problemes relacionats amb les drogues per a aquesta població de

nois i noies. Així, es va crear una taula de treball amb professionals i amb nois i noies en situació d'alta vulnerabilitat social, per a crear les eines didàctiques d'una manera participativa.

El material didàctic resultant és el següent:

- *A primera Línia amb Elles. Sandra: Mis cosas* (diari personal i guia educativa). Consta d'un diari personal on la protagonista explica diferents situacions relacionades amb consums de drogues per les que passa, i d'una guia per a professionals. També es pot treballar amb nois.
- *A Primera Línia amb Ells* (guia educativa i onze fotografies de suport). Es treballen, a través de les fotografies, situacions més o menys freqüents relacionades amb el consum, la venda, la tinença de drogues o conductes associades.
- Si el teu amic inhala. Fullletó editat en darija, castellà i català que inclou pautes de reducció de danys per a joves que prenen inhalants, pensat especialment per a la població d'origen àrab en situació d'alt risc i adaptat a les seves pràctiques i creences.

El 2019, arran de l'increment a Catalunya de l'arribada de joves menors migrats sols, es va ampliar el programa, iniciant la creació d'una xarxa de professionals referents de les drogodependències. Actualment, la xarxa compta amb educadors/es del dels centres d'atenció i seguiment de les drogodependències Bages-Manresa, Calella, Mataró, Mútua Terrassa, Reus i Tortosa, i s'anirà ampliant a altres territoris. Aquest any s'hi adherei-

a Primera Línia

22 Joves en situació vulnerable

Lola Aparicio

PROGRAMA D'ATENCIÓ EN SALUT MENTAL PER POBLACIÓ IMMIGRADA

Muchas gracias por la invitación a participar en la jornada.

Formo parte del equipo de SATMI (Servicio de atención a la migración en salud mental). Un programa que tiene el objetivo de atender las necesidades específicas de las personas inmigradas que sufren un trastorno mental para tratar de dar una atención de calidad en el tratamiento de su patología.

Principalmente atendemos a los perfiles más vulnerables como son las personas con enfermedad mental grave (previa o sobrevenida), las mujeres que han sido víctimas de violencia machista, los solicitantes de asilo y los adolescentes y jóvenes que han venido de sus países solos o habiendo sido reagrupados.

Si bien la procedencia de nuestros pacientes es muy diversa, los adolescentes y jóvenes que atendemos que han venido solos principalmente son marroquí y procedentes de África occidental. Y de origen pakistaní y chino serían los más numerosos entre los reagrupados.

El SATMI pertenece al Parc Sanitari Sant Joan de Dèu. Somos un equipo multidisciplinar de profesionales especialistas en salud mental y contamos con intérpretes de las lenguas de nuestros pacientes en las sesiones para poder garantizar algo tan básico en nuestro trabajo como es poder comunicarnos.

Tratamos de tener en cuenta las situaciones específicas que viven nuestros pacientes en su realidad, aquello que significa ser “inmigrante” en nuestro contexto, experiencia que implica algunas posibilidades, pero también numerosas barreras, discriminación, y retraumatización.

Observamos que los factores post migratorios son en gran parte de los casos determinantes para la aparición y desaparición del cuadro clínico.

Nos centraremos aquí en los jóvenes procedentes de Marruecos principalmente que son los que han presentado con más frecuencia problemática asociada al consumo de sustancias, pero es importante tener en cuenta que en el caso de los menores reagrupados se dan situaciones complejas a nivel emocional que generan sufrimiento y patología. Por el perfil habitual de las procedencias no suele estar presente el tema del consumo.

Respecto a los menores que vinieron solos se estima que unos 6.261 han llegado a Cataluña en los últi-

mos años. Como debéis conocer se aprovecha la vía de regularización y acceso a recursos que implica llegar menor. Aunque la mayoría son chicos también encontramos un grupo significativo de chicas.

Es un perfil con gran variedad individual y necesidades terapéuticas muy diversas.

Podríamos hablar de tres grupos según los motivos principales que mueven el proyecto migratorio y relacionarlos con tres perfiles. Siempre a grosso modo y como algo orientativo.

Evidentemente puede haber jóvenes que comparten varias motivaciones principales.

1. Se busca la supervivencia propia y de la familia que vive en condiciones de pobreza. Se ha vivido una falta de recursos básicos. En este caso las relaciones han podido ser afectivamente nutricias a pesar del sufrimiento compartido por esa coyuntura de carencia. Son vínculos que se añoran y se da duelo migratorio, que no tiene por qué ser patológico siempre como ocurre en todos los duelos

También suele estar presente en estos casos la tensión en el menor por la responsabilidad con respecto a las necesidades de la familia, con hiperconciencia de esta cuestión y un posicionamiento que podemos llamar desde nuestro entorno parentalizado.

Tanto para el duelo como para la responsabilización con la familia suelen expresar que “piensan mucho” y es posible que presenten insomnio, dificultades de aprendizaje, tristeza y en ocasiones consumo de cannabis principalmente buscando efecto ansiolítico y/o hipnótico.

2. Otro grupo sería aquel que busca completar un proyecto académico y/o el acceso a mejores oportunidades laborales y que en país de origen tenía una situación menos carente en las condiciones de vida. Aquí podemos observar la afectación por la pérdida de estatus y las dificultades de convivencia en los entornos residenciales al sentirse diferente del grupo más numeroso. Esta cuestión la vemos mucho en adultos que emigran. En jóvenes la hemos visto con menos frecuencia.

3. Sería lo que podríamos denominar una migración “terapéutica”. Son aquellas situaciones en las que el menor se ha visto afectado durante su infancia por

problemática grave relacionada con negligencia en los cuidados hacia él y hacia otras figuras dependientes de la familia. Se busca con la migración una nueva experiencia que proteja y permita desarrollar aspectos relacionales y personales sanos y resilientes.

También se observa en estos casos la parentalización por los que quedan en la actualidad afectados en país de origen (madres que sufren violencia machista o abandono por parte del padre, hermanos menores también desprotegidos). Es una situación altamente generadora de angustia porque las situaciones en país de origen pueden ser graves y el joven tiene y tenía ya la misión de rescatar al resto.

Se realiza en estos casos la migración ya con importantes carencias afectivas, estructurales, una posible historia de vida en calle y adicciones. En su historia vital ha habido múltiples experiencias traumáticas y ante la frustración por los objetivos no cumplidos del proyecto, y las experiencias reales y/o vivencia de exclusión se mantienen o se vuelve a las dinámicas previas.

Vemos jóvenes que tienen mucha dificultad en tolerar el vínculo con un cuidador, que es percibido como hostil, que les infantiliza, que no es de fiar, vivencia basada en su historia relacional con esa figura principalmente paterna.

En ocasiones el menor que había podido adquirir una estabilidad y un proyecto en marcha recibe los impactos de los acontecimientos familiares que ha de resolver y se desestabiliza.

La afectación en su estado emocional dificulta los procesos de aprendizaje y cumplimiento de los planes acordados formativos, de convivencia, la capacidad para confiar y vincularse. Y el sistema parece no poder tener en cuenta las dificultades del menor y su tiempo de recuperación necesario.

Suelen ser jóvenes que han vivido experiencias de separación de sus familias por un periodo prolongado, con trayectos migratorios que pueden durar años y que les exponen a múltiples riesgos de violencia, accidentes, soledad. El reencuentro con la familia se dilata en el tiempo por la prohibición de viajar siendo menor y después hasta que no tengan resuelta su situación económica y administrativa.

Una vez llegan han de afrontar un proceso de adaptación e integración complejo en el que los más frágiles quedan fuera del sistema y más expuestos al sinhogarismo, a problemas con la justicia y a presentar patología dual.

Justo la semana pasada se hizo público que el Sindic de Greuges de Barcelona ha pedido asesoramiento



jurídico y soluciones residenciales para los menores inmigrados que al cumplir los 18 quedan desamparados. Sabemos que hay 200 que están en calle. Hay que sumar los entre 40 y 70 menores que siguen en la montaña de Monjuïc.

La ley de extranjería ha provocado una situación muy grave y paradójica en la que los menores una vez cumplían los 18 años tenían un permiso de residencia que no les autorizaba para trabajar. La reforma aprobada en octubre pasado ha resuelto esta cuestión que estaba generando gran sufrimiento en los jóvenes y generando patología mental.

A nivel clínico los trastornos adaptativos, los cuadros depresivos y el trastorno por estrés postraumático son los más frecuentes. También atendemos a jóvenes que sufren trastornos mentales graves como trastornos psicóticos que debutan aquí.

Nuestro enfoque terapéutico se basa en el vínculo, crear seguridad y un espacio de comunicación emocional, diagnosticando la problemática específica y pactando los planes de tratamiento con el joven y referentes. Consideramos clave el apoyo a los vínculos de soporte que tiene el joven con una coordinación estrecha con los referentes, tener en cuenta la relación actual con la familia, y promover la dignificación y reconocimiento frente al entorno a veces hostil y discriminatorio.

A nivel práctico se realizan entrevistas individuales y conjuntas con referentes con el abordaje interdisciplinar que sea necesario en cada caso, y recientemente hemos puesto en marcha un grupo terapéutico también con presencia de intérprete en la sesión.

Pretendemos ir creando y formando parte de una red que sostenga para crecer.

BIBLIOGRAFIA

Xxxxxxxxxx.

22 Programes guia

Magda Casamitjana

DIRECTORA DEL PACTE NACIONAL DE SALUT MENTAL
DE CATALUNYA

Jordi Quílez

TÈCNIC DE SALUT MENTAL DEL CATALUT

JUSTIFICACIÓ

El Govern de la Generalitat mitjançant L'ACORD GOV/138/2018, de 20 de novembre, crea el Programa d'abordatge integral dels casos de salut mental d'elevada complexitat, coordinat pel Departament de Salut .

El Departament de Salut ha volgut prioritzat el desplegament d'aquest programa per millorar l'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions d'elevada complexitat que generen una gran càrrega personal, familiar, social i sanitària; I garantir una atenció adequada tant a les persones afectades com a les seves famílies i facilitar als professionals eines més específiques.

L'objectiu del Programa, en coordinació amb el Pla integral d'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions i el Pla Director de Salut Mental i Addiccions, és aconseguir una atenció més eficaç de tots els agents implicats en l'àmbit de la salut mental en els casos d'elevada complexitat clínica, judicial, educativa, ètica i social, en termes de prevenció, assistència, benestar, rehabilitació i integració a la societat de les persones amb aquest tipus de trastorn i a les seves famílies .

El PAICSAMAEC vol garantir un abordatge interdisciplinari i interdepartamental, holístic, integrat i integrador tant a les persones afectades com a les seves famílies i entorns. Per aquest motiu, s'han implicat des del primer moment les diferents administracions i departaments que intervenen en l'atenció a les persones amb el compromís d'elaborar un extens mapa de recursos i serveis a les persones amb problemes de salut mental i addiccions de cada territori de referència, i el conseqüent acompanyament del desenvolupament posterior dels processos preventius i assistencials i dels circuits necessaris per garantir i fer operatives les estratègies a nivell territorial.

Des del PAICSAMAEC durant l'any 2020 es van dur a terme 19 grups de treball, amb la participació d'un total de 380 persones representants dels diferents Departaments (TASIF, Educació, Justícia i Salut), professionals de la xarxa de dispositius de salut mental, associacions de familiars i moviment en primera persona. Amb l'objectiu de elaborar un model per a l'atenció dels casos d'elevada complexitat que actualment no

troben resposta als sistemes d'atenció de manera coordinada amb els serveis socials, educatius, laborals i judicials per garantir un abordatge integrat i específic segons grups d'edat.

Al primer document del PAICSAMAEC elaborat l'any 2019 es va fer evident els diferents perfils d'elevada complexitat en Salut Mental i Addiccions més enllà dels PC i PCC. Els col·lectius sobre els que s'ha treballat han estat:

- Adolescents amb Trastorns de Salut Mental i addiccions, amb conducta disruptiva i impacte social.
- Persones amb dany cerebral, trastorns mentals i de conducta.
- Persones amb discapacitat intel·lectual i trastorn mental i de conducta.
- Persones amb trastorns del neurodesenvolupament, trastorns mentals i de conducta.
- Persones amb trastorn de l'espectre autista (TEA), trastorns mentals i de conducta
- Persones amb trastorn de l'espectre alcohòlic fetal (TEAF), trastorns mentals i de conducta.
- Persones sense llar amb trastorn mentals i de conducta amb necessitats d'atenció complexa.
- Persones en centres penitenciaris amb trastorn mentals i de conducta amb necessitats d'atenció complexa

Val a dir que, de les 180 accions recollides, 110 estan relacionades directament amb les debilitats de la xarxa existent i 70 son pròpies del PAICSAMAEC. D'aquestes, 15 accions ressalten la necessitat urgent de crear equips específics per l'atenció de l'elevada complexitat en SMiA.

Els recursos que es consideren específics d'atenció a l'elevada complexitat son els equips d'atenció comunitària i els de gestió de casos, amb una metodologia d'atenció d'Equip de Tractament Assertiu Comunitari (ETAC). El Pla Director de Salut Mental i Addiccions en les seves accions de l'any 2017 va generalitzar el Programa de Suport Individualitat (PSI) a tot el territori català. Però en l'actualitat, el Programa de Suport Individualitzat no està desplegat als recursos dirigits a la

població infantojuvenil com ara els CSMIJ, on només trobem el CSMIJ de Amposta, Tortosa, Tarragona i Reus que disposen d'un educador social cadascú que desenvolupa un programa de gestió del cas per població de 16 a 18 anys, seguint les recomanacions del grup de treball del Consell Assessor del Pla Director (Casaus, Vaquerizo), i al CSMIJ Lleida on hi ha una experiència de PSI Jove. A la resta de CSMIJ no s'ha desplegat de moment el programa PSI.

Per altra banda, les accions dirigides a la prevenció i detecció precoç ajuden a:

- Disminuir l'impacte social, familiar i la problemàtica mentalafegida, al detectar els casos en estadis precoços.
- Disminució de les complicacions i seqüeles.
- Disminució del cost assistencial.
- Evitar la cronicitat a l'etapa adulta
- Millora de la qualitat de vida dels joves i les seves famílies.

Per l'any 2021, des del PAICSAMAECes prioritza la prevenció i la detecció precoç amb el desplegament de recursos per a l'atenció a la població adolescent i joves (12-25 anys) amb trastorns de Salut Mental i addiccions, amb conducta disruptiva i impacte social mitjançant la creació d'equips territorials anomenats Equip Comunitari d'Atenció Intensiva a la Complexitat (GUIA).

POBLACIÓ DIANA A LA QUE ES DIRIGEIX L'EQUIP GUIA:

La població diana a la que s'adrecen els GUIA són els Adolescents i joves amb TSMiA i trastorn de conducta disruptius i amb impacte social, aquesta població diana, representa una complexitat evident pel moment vital que estan vivint, procés de canvis i etapa de vida marcada pels desequilibris i la reconstrucció constant. Per ajudar a entendre el perfil dels/de les joves amb aquestes característiques, es delimita una conjunció de múltiples criteris (figura 3) que abasten la seva realitat:

- Adolescents i joves entre 12 i 25 anys sense un projecte vital.
- El diagnòstic clínic com a eix central: trastorns del neurodesenvolupament (trastorn de l'espectre de l'autisme, síndrome alcohòlic-fetal, TDAH), trets disfuncionals de la personalitat (trastorn límit i trastorn dissocial en persones menors de 18 anys) i discapacitat intel·lectual.

- Adolescents i joves adults amb comorbiditat: trastorn de conducta amb intensitat clínica moderada-greu i/o trastorn relacionat amb el consum de substàncies.
- Les alteracions conductuals com a factor específic de la població diana són conductes disruptives i/o transgressores, danys a tercers, conductes de risc (consum de tòxics, sexuals), auto-lesions, risc de suïcidi, dificultats en les habilitats socials, de la interacció i la comunicació.
- Presència de conductes que generen alarma en l'entorn social, familiar i/o educatiu/formatiu/laboral.
- Factors que dificulten l'abordatge:
- Manca de capacitat de contenció per part dels tutors legals/progenitors.
- Famílies i suport social i educatiu sense alternatives per donar suport a l'adolescent/jove adult.
- Inadequació dels recursos disponibles en l'entorn per l'abordatge del problema.
- Impossibilitat o falta de capacitat de l'adolescent o jove adult per vincular-se a l'entorn i als recursos disponibles.
- Aïllament social.
- Abandonament escolar.
- Manca d'adherència al tractament.
- Mal ús dels recursos disponibles.

Criteris diagnòstic d'inclusió i d'exclusió:

Es fa necessària, donades les característiques de la població diana, delimitar els principals trastorns en salut mental que són criteri d'inclusió, així com determinar els trastorns o rang per exemple de discapacitat intel·lectual que són criteri d'exclusió.

CRITERIS INCLUSIÓ	CRITERIS EXCLUSIÓ
Trastorn de conducta amb impacte social	Discapacitat intel·lectual moderada a greu (QI <60)
Trastorn de conducta i consum de substàncies	Discapacitat intel·lectual moderada a greu i Trastorn de l'espectre de l'autisme de baix funcionament i alta dependència
Trastorn de l'espectre alcohòlic-fetal	Lesió orgànica cerebral
Trastorn de l'espectre de l'autisme	Trastorn de personalitat antisocial
TDAH sever	
Trastorn depressiu greu	
Trastorn límit de la personalitat	
Trets de personalitat dissocial (inf-juv)	
Trastorn afectiu bipolar	
Trastorn psicòtic	

Característiques dels equips GUIA

Els GUIA han de reforçar i integrar-se a la xarxa d'atenció en salut mental del territori amb les següents característiques:

- Accessibles, proactius i amb gran flexibilitat de funcionament
- Amb una temporalitat limitada amb criteris d'accés i alta
- Amb una metodologia de treball rigorosa amb resposta individualitzades a les necessitats de cada persona
- Que doni suport i treball actiu amb l'entorn del pacient
- Amb un pla assistencial compartit amb els diferents agents del territori
- Que faciliti l'abordatge transversal de les intervencions sanitàries, socials, educatives, etc.
- Amb autonomia i capacitat de presa de decisions
- Amb capacitat d'articulació i vinculació amb la resta de dispositius del territori
- On sigui present la figura del referent del cas
- Amb una formació específica dels professionals amb especial èmfasi en els aspectes actitudinals.
- Oferint una atenció especialitzada, en cap cas són equips d'urgències.

Cartera de serveis dels equips GUIA

El GUIA és un equip multidisciplinari totalment integrat a la xarxa de salut mental i addiccions del territori. Degut que els pacients sovint es troben amb moltes dificultats en poder establir relacions adequades amb els diferents serveis i recursos de la xarxa (sanitari, social, justícia, educació, benestar), el gestor de cas serà el professional que articularà la intervenció entre l'adolescent i/o jove i la resta de serveis i departaments.

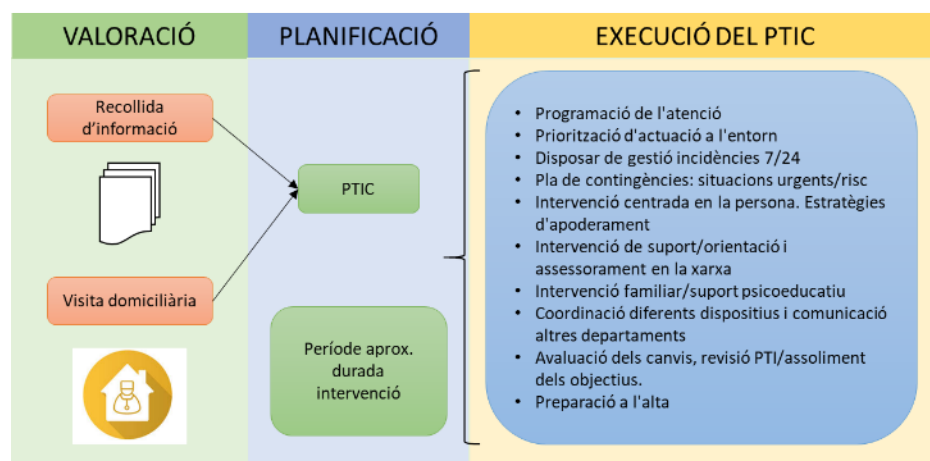
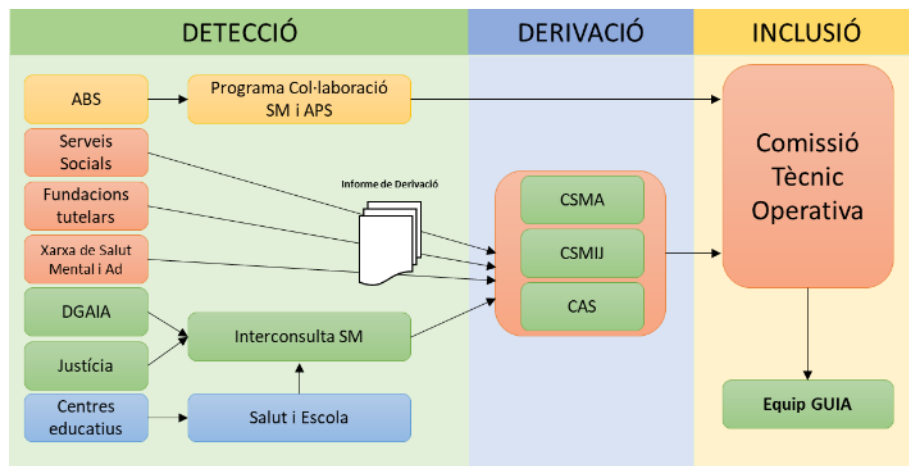
Aquest equip d'atenció (GUIA):

- Es caracteritza per una accessibilitat "àgil/ràpida immediata" minimitzant el temps d'espera d'atenció.
- La valoració es realitzarà en l'entorn natural de l'adolescent o jove de manera que es pugui adequar a les característiques del pacient i a la seva família.
- El gestor de cas dirigirà la resta de valoracions per part de l'equip multidisciplinari i acompanyarà en les posteriors visites conjuntes amb la resta de professionals.
- El gestor del cas serà el referent longitudinal durant tot el tractament
- Es recomanable la realització d'una avaluació integral per part de tots els perfils professionals implicats i la realització d'un pla terapèutic individualitzat (PTIC) que inclogui avaluació clínica, funcional, socioeducativa, de necessitats immediates i projecte de vida. Sempre s'inclourà en l'elaboració del PTIC al pacient i la seva família i els diferents recursos de la xarxa social, educativa, judicial que intervinguin en el cas.
- Els referents de salut previs no realitzaran intervenció reglada ni seguiment del cas durant la inclusió al programa, si intervindran de forma conjunta en el procés de derivació i retorn, i es mantindrà la coordinació amb CSMIJ o CSMA durant tot el procés.
- Tipus d'intervencions:
 - Tractament mèdic-psiquiàtric
 - Treball del vincle relacional i suport psicològic
 - Intervenció familiar
 - Intervenció en crisi i reducció de riscos
 - Intervenció en el propi medi social, educatiu, laboral de la persona atesa
 - Recuperació funcional i inclusió en entorn de dia (educatiu-laboral-social)

Circuits d'atenció dels equips GUIA

Processos:

1. Detecció i derivació del cas i seguiment:



2. Alta:



Temporalitat de la intervenció:

- S'estableix de manera estàndard una temporalitat d'atenció entre 6 mesos i 24 mesos des del moment d'ingrés en el programa. Els casos que requereixin augmentar el temps d'atenció seran avaluats per la Comissió Tècnica-operativa, la qual determinarà la seva adequació.

LIDERATGE I GOVERNANÇA

Lideratge territorial

Per tal de garantir el bon funcionament i desplegament dels GUIA a cada territori, es crearan una comissió Interdepartamental i dos comissions territorials que vetllaran per l'assoliment dels objectius del Programa.

- **Comissió Interdepartamental:**

La comissió Interdepartamental és un ens de govern liderat pel Departament de Salut amb col·laboració de la resta de Departaments implicats amb l'objectiu de donar una resposta supraterritorial àgil als compromisos presos que sobrepassin les competències de les comissions d'Estratègia territorial i fer el seguiment i avaluació l'impacte del programa.

- **Comissió d'Estratègia territorial:**

La comissió d'Estratègia territorial és un ens liderat pel Departament de Salut del territori amb col·laboració de la resta de Departaments implicats, amb capacitat de gestió i execució, que mitjançant una anàlisi exhaustiva i una intervenció coordinada, facilitarà la resposta a les necessitats de les persones que, per la seva especial complexitat, tenen dificultats per accedir als serveis estàndards del sistema. Aquesta comissió està integrada per diferents membres:

- **Comissió Tècnic-Operativa**

La comissió Tècnic-Operativa principalment té la capacitat de mobilitzar recursos del territori. Aquesta comissió operativament està dividida amb dos nivells funcionals:

- Grup Permanent compost pels responsables de les diferents entitats/recursos territorials .
- Grup convidats compost pels professionals dels diferents recursos dels diferents Departaments que atenen directament els casos.

CIRCUIT D'ACTUACIÓ:

Aquestes comissions han de procurar una articulació de funcionament i resolució clara, per tal de donar una resposta àgil a les necessitat territorials urgents i ordinàries.

- **Circuits de pacients prioritari:**

- pels casos urgents la comissió hauria de donar resposta 24- 48 hores. Les reunions urgents poden ser a demanda.

- **Circuit de pacients ordinari:**

- Enviament dels nous casos a la Comissió tècnic-operativa una setmana abans de la reunió per part dels equips d'atenció o directament des de la Comissió Estratègica, mitjançant la fitxa corresponent.
- Presentació dels casos a la Comissió Tècnica per part dels membres convidats a la comissió.

- Reunions de treball de la Comissió Tècnica. (primera part per tractar temes de funcionament i organització i una segona part per presentar els casos per part dels equips d'atenció).
 - Discussió de casos i proposta d'actuació.
 - Recollida de dades i elaboració de conclusions
- Elevar les conclusions i els casos que resten pendents d'accés a serveis a la Comissió Estratègica territorial.
- Presentació de la Memòria anual (casos presentats, pendents, en vies de solució, propostes millora).

EQUIP PROFESSIONAL: TIPOLOGIA DE PROFESSIONALS I EXPERTESA

La ràtio estimada de professionals per cada equip GUIA per 250.000 habitants de població ajustada a la franja d'edat de 12 a 25 anys , és la següent:

Professionals	Rati
PSIQUIATRA	1
PSICOLEG CLÍNIC	1
INFERMERA SM	1
TREBALL SOCIAL	0,5
PERSONAL ADMINISTRATIU	0,3

Tenint en compte que s'ha prioritzat la implementació d'equips funcionals, s'ha establert un reajustament de la dotació teòrica aplicable per rati poblacional i factors correctors. Per aquest motiu, cada territori o agrupació territorial disposarà d'una estructura mínima de 1 equip.

Aquests factors de correcció s'han de revisar en funció de l'avaluació anual per tal de adaptar-los a les necessitats reals d'atenció.

ÀMBIT TERRITORIAL DE REFERÈNCIA

Per ajustar els recursos territorials a les taxes d'incidència i prevalença estimades amb l'aplicació dels ratis correctors, anteriorment indicats, s'han realitzat agrupacions territorials per assignar els equips a les diferents Regions Sanitàries.

Com també s'ha indicat anteriorment, s'ha prioritzat la disponibilitat d'equips funcionals davant l'assignació teòrica per ratis poblacionals.

Als territoris on hi ha més d'un proveïdor s'establiran aliances estratègiques de treball conjunt per tal de donar resposta a les necessitats d'atenció d'aquests perfils poblacionals. Els criteris per la concessió territorial dels equips GUIA son:

Ubicació física dels equips GUIA

- Diferenciar-se dels serveis de salut mental de la xarxa, oferint una imatge més acollidora i familiar.
- Ubicat en un local extern al CSMIJ o CSMA o de l'Hospital referent.
- Espais que afavoreixin les dinàmiques d'equip com no tenir despatxos personalitzats, treballar junts a una sala ampla, etc.
- Agrupacions Territorials:
A continuació es descriuen els territoris seleccionats en relació als criteris de distribució esmenats a l'apartat 8 del document.
 - Recursos per territori:

REGIÓ SANITÀRIA	Nº GUIA
Lleida + Pirineus i Aran	1
Girona	1
Catalunya central + Cerdanya	1
Tarragona + Terres de l'Ebre	1
Metropolitana Nord	2
Vallès Occidental	1
Barcelonès Nord + Maresme	1
Metropolitana Sud + V. Oriental	2
Barcelona ciutat	2
AIS Nord + drete	1
AIS Litoral + esquerra	1
TOTAL	10

GRUP DE TREBALL

PARTICIPANTS

- **Francesc Xavier Arrufat.** Director Gerent. H. U. Institut Pere Mata
- **Àurea Autet.** Cap de Salut Mental. Fundació Althaia
- **Jordi Cid.** Coordinador de programes i Director Assistencial. Institut d'assistència Sanitària (IAS) Girona
- **Magda Casamitjana.** Directora del Programa d'Abordatge Integral dels casos de Salut Mental i

Addiccions d'Elevada Complexitat. Departament de Salut

- **Montse Dolz.** Directora de Salut Mental Infanto-juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Esplugues
- **Cristina Molina.** Directora d'Anàlisi i Estratègia de SM. Parc Sanitari Sant Joan de Déu
- **Vanessa Pera.** Cap d'Àrea SM Infanto-juvenil. Sant Joan de Déu Terres de Lleida
- **Jordi Quílez.** Tècnic de suport del PDSMiA. Cat-Salut
- **Maria Ribas.** Coordinadora Acompanya'm. Hospital Sant Joan de Déu Esplugues
- **Joan Vegué.** President del Consell Assessor de SMiA. CPB Serveis de Salut Mental

BIBLIOGRAFIA

1. Bakhshi J, Ireland V, Gorod A. (2016). Clarifying the project complexity construct: Past, present and future. *International Journal of Project Management* 34 (2016) 1199–1213.
2. David J. Snowden and Mary E. Boone. A Leader's Framework for Decision Making. *Harvard business review*, November. 2007.
3. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. (2017). *Estratègies 2017-2020*.
4. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. *Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària*. 2017.
5. Departament de salut. Generalitat de Catalunya. *Programa de prevenció i atenció a la cronicitat*. 2012
6. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). *Document d'Estratègia 2017-2020*.
7. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. *Document d'estratègia 2017-2019*
8. Generalitat de Catalunya, Institut Universitari UAB Avedis Donavedian. *Model català d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari*. Programa de serveis integrats de serveis socials i de salut d'atenció domiciliària i el seu entorn – PAID. 2018.
9. Kuipers, P., Kendall, E., Ehrlich, C., McIntyre, M., Barber, L., Amsters, D., Kendall, M., Kuipers, K., Muenchberger, H. & Brownie S. Complexity and Health care: health practitioner workforce services, roles, skills and training, to respond to patients with complex needs. 2011.

23 Programa de joves adolescents del CAS de Tarragona

Carme Casas Monté

PSICÒLOGA CLÍNICA CASD
TARRAGONA

Noemí Vivas Rubio

PSICÒLOGA SANITÀRIA CASD
TARRAGONA

Blanca Carcolé Batet

PSICÒLOGA CLÍNICA I COORDINADORA
CASD TARRAGONA

Aquest protocol, l'any 2018, sorgeix de la necessitat de donar una resposta prioritària a menors i joves amb trastorn per ús de substàncies psicoactives i a les seves famílies.

Segons estudis realitzats per científics de la Universitat de Yale, els joves són més vulnerables que els adults i la gent gran, davant les addiccions al tabac, a l'alcohol i altres drogues degut a que les regions del cervell que regeixen la impulsivitat i la motivació no estan encara totalment formades en aquestes edats.

La investigació publicada a The American Journal of Psychiatry, determina que els circuits cerebrals implicats en el desenvolupament de les aficions pateixen profunds canvis durant la adolescència, el que incita a la persones d'aquestes edats a tenir noves experiències.

A la vegada com el sistema neurològic de la inhibició esta menys madur, en aquestes edats;

els adolescents se veuen impel·lits a accions impulsives i comportaments arriscats, incloent la alimentació y el abús de drogues addictives.

La pràctica diària ens mostra un augment de joves consumidors i amb un perfil que no té res a veure amb el perfil del adult amb problemes d'addiccions, requerint atenció i recursos diferenciats.

El consum de drogues en els adolescents s'associa amb edats d'inici més precoces, amb conductes de risc i amb major vulnerabilitat a desenvolupar trastorns mentals.

El consum en adolescents té les següents particularitats:

- Menors, joves amb família i una vida estructurada (estudien o treballen)
- Inicien el consum a una edat primerenca
- Depenen econòmicament de la família
- Consum associat al temps d'oci i grup d'iguals
- Menors i joves amb família i vida desestructurada
- Menors i joves immigrants sense família

OBJECTIU GENERAL

- Afavorir l'atenció precoç als adolescents amb problemes de consum de substàncies.

- Establir aliances estratègiques i distribució de fluxos en el propi territori per a l'abordatge assistencial dels consums de substàncies psicoactives i els trastorns mentals associats que el menor presenta i d'aquesta manera optimitzar-ne la seva atenció.
- Millorar el pronòstic i l'evolució dels pacients i evitar l'aparició de més patologia addictiva o mental.
- Reduir el risc del dany que pugui resultar de l'ús continuat de substàncies, incloent al individu, la família i la comunitat.

OBJECTIUS ESPECÍFICS

- Promoure actituds, en els adolescents, responsables cap a la pròpia salut en el sentit ampli (benestar emocional, social i psicològic)
- Desenvolupar, aprendre estratègies per a la gestió i l'abordatge de situacions de risc.
- Potenciar la capacitar d'autocontrol, diàleg, reflexió i presa de decisions.
- Fomentar i incrementar les habilitats socials i personals.
- Promoure el treball integrat entre professionals socials i sanitaris dels diferents àmbits i nivells assistencials.

POBLACIÓ DIANA

- Adolescents amb edats compreses d'entre 14 i 18 anys i fins als 21 valorades prèviament.
- Adolescents i les seves famílies de els comarques del Tarragonès, Alt Camp i Baix Penedès.

CRITERIS D'INCLUSIÓ

Adolescents joves que presentin criteris d'abús o dependència a drogues i que després d'una primera visita i valoració clínica es consideri adient incloure'ls en el programa.

- Criteris Diagnòstics d'inclusió
 - Trastorns per ús de substàncies (TUS), segons DSM-V.
 - Trastorns mentals i del comportament pel consum de substàncies psicòtropes, segons CIE 10.

CRITERIS D'ALTA

- Terapèutica: Quan s'hagin assolit els objectius terapèutics del programa
- Abandonament: Quan hagin transcorregut 6 mesos sense cap activitat o hagin deixat d'acudir a 3 visites programades consecutives, sense justificació.

OBJECTIUS DE LA INTERVENCIÓ

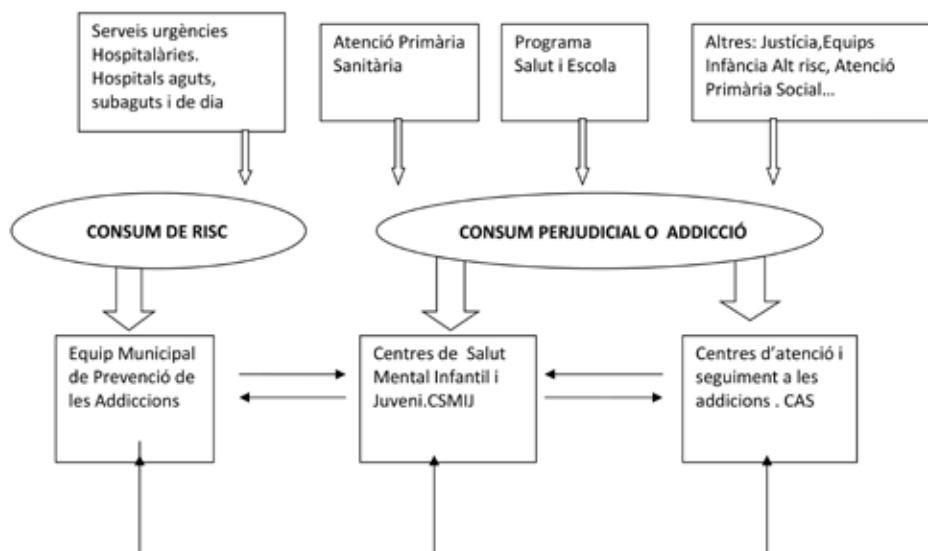
- Aconseguir un augment de consciència dels problemes associats al consum de drogues.
- Apropiar-los a la fase d'acció de canvi en relació a la cessació del consum de drogues
- Aconseguir la reducció de riscos i danys associats al consum de drogues
- Afavorir els canvis necessaris per millorar la autonomia personal
- Detecció i control de patologies orgàniques associades al consum
- Detecció i control de psicopatologia

- Afavorir la inclusió socials en totes les seves vessants (formativa, laboral, lúdic,...)

DESENVOLUPAMENT DEL PROGRAMA

- Cribatge:
 - Recollida de demandes telefòniques i/o presencials per part de les administratives mitjançant fitxa telefònica.
 - Una psicòloga anirà analitzant les diverses demandes recollides setmanalment i realitzarà entrevista inicial telefònica per valorar si procedeix.
- 1^a visita:
 - Valoració global de l'impacte del trastorn relacionat amb l'ús de substàncies.
 - Les psicòlogues faran la valoració psicoterapèutica pertinent.
- Planificació i orientació terapèutica:
 - Ho realitzaran les psicòlogues.
 - Intervenció psicoterapèutica: individual, familiar.
 - Derivació a metge per valoració orgànica i control farmacològic, si s'escau.
 - Derivació a la treballadora social per valoració social, laboral o jurídica, si s'escau.
 - Determinació toxicològica de detecció de drogues en orina, si s'escau.
- Seguiment de procés d'intervenció
 - Supervisat per les psicòlogues.

CIRCUITS DE DERIVACIÓ I FLUXES DE COORDINACIÓ



CRITERIS DE DERIVACIÓ

- La detecció de consums primerencs de substàncies psicoactives per part del menor serà el criteri de derivació al Servei Municipal de Prevenció de les addiccions.
- La detecció de consums perjudicials o de dependència, sempre i quan els criteris diagnòstics siguin clars, motivarà la derivació directa de l'adolescent i els seus familiars al CAS.
- La detecció de Patologia Dual (consum perjudicial o dependència i trastorn mental associat) serà criteri de derivació a CSMIJ quan l'adolescent presenti un trastorn psicopatològic rellevant que interfereixi negativament en l'abordatge de la seva addició.
- La detecció de Patologia Dual serà criteri de derivació al CAS quan l'adolescent presenta un trastorn mental per consum de substàncies psicoactives que interfereix de manera significativa en l'abordatge de la seva patologia psiquiàtrica.

CRITERIS DE COORDINACIÓ

CAS i CSMIJ compartiran menors en casos de Patologia Dual:

- Adolescents que es troben en tractament psicopatològic al CSMIJ i es detecti un problema de consum perjudicial o dependència de substàncies i, sempre que no es trobin en una situació d'agudització psiquiàtrica, seran derivats al CAS per valoració i seguiment de l'addició.
- Adolescents en seguiment al CAS per l'abordatge de trastorn per ús de substàncies i manifestin en el curs del tractament, simptomatologia psiquiàtrica aguda, es derivaran al CSMIJ per valoració i seguiment psicopatològic.
 - El CAS i el CSMIJ es coordinaran per valorar si es farà un seguiment individual o simultani des dels dos serveis.
 - Els menors amb Patologia Dual o Trastorn relacionat amb substàncies que segueixin tractament al CAS i que requereixin un ingrés hospitalari per desintoxicació i/o estabilització psicopatològica, seran derivats al CSMIJ per valoració del recurs de Salut Mental més adient.

Els menors amb consums de risc atesos al Servei Municipal de Prevenció de les addiccions seran derivats al

CAS quan es valori o diagnosticui un consum perjudicial o dependència que requereixi un tractament especialitzat. Si el menor presenta Patologia Dual es valorarà des d'aquest servei la derivació al CSMIJ o al CAS en funció de la patologia prominent que requereixi una intervenció més urgent.

COORDINACIÓ

A partir de l'any 2018 les coordinacions s'han anat ampliant a altres serveis de recent creació: SS 360, Coordinadora JOVES-TUS, Psicosi Incipient (SM), Serveis de salut mental infanto-juvenil Equip Guia (Departament de Salut Tarragona) i Dinamitzadors socials (serveis socials municipal) .

Evolució de la Demanda

Les demandes¹ han anat en augment per diversos factors dels que destaquem:

1) Disposem d' un programa específic per aquesta població des de l'any 2018. Abans no ateníem menors que no estiguessin inclosos en programa psicoeducatiu per sancions administratives, ja que aquests eren atesos des del servei de prevenció municipal. Els majors de 18anys s'atenien com adults sense un programa específic.

2) És un programacada cop més conegut, tant per la població general,com pels diversos serveis que treballam amb joves-adolescents.

3) L'any 2020 i 2021 es produeix una arribada massiva de joves immigrants no acompanyats en una situació de precarietat a nivell bio-psico- social que precisen ser atesos preferentment, amb múltiples necessitats i requerint molts serveis treballant simultàniament.

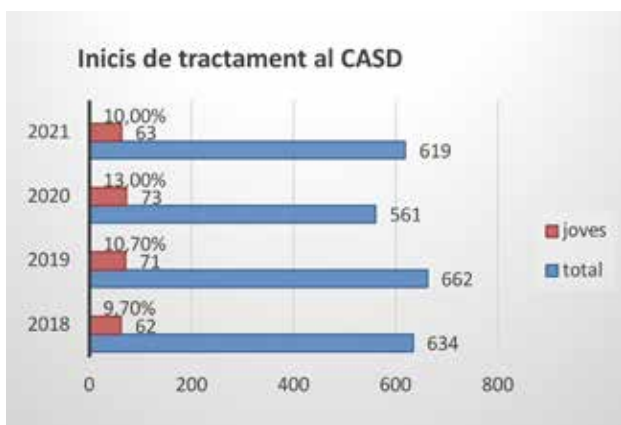
4) A mesura que hem avançat en la posada en marxa del Programa per joves- adolescents, hem ajustat aquest a les necessitats i demandes de la població diana.

5) La proporció entre abordatge per sancions administratives i abordatge per demanda de tractament també ha variat, sent actualment major les demandes de tractament enfront de una disminució de l'abordatge per sancions.

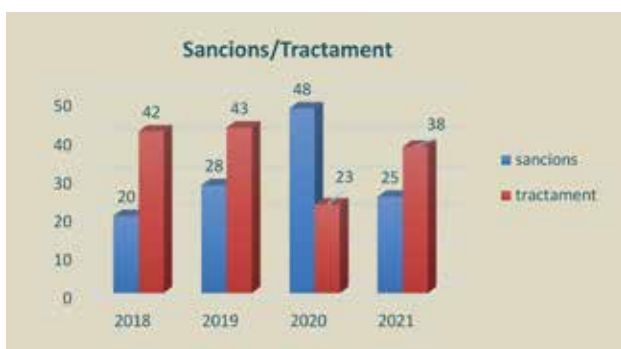
¹ Les demandes es corresponen a les fitxes telefòniques de valoració inicial



Com s'observa, el major nombre de sancions administratives és al 2020, en plena pandèmia on hi havia més restriccions però, també un major impacte emocional de la pandèmia en aquestes edats.



Es manté el mateix percentatge de joves que inicien tractament des de la posada en marxa del Programa.

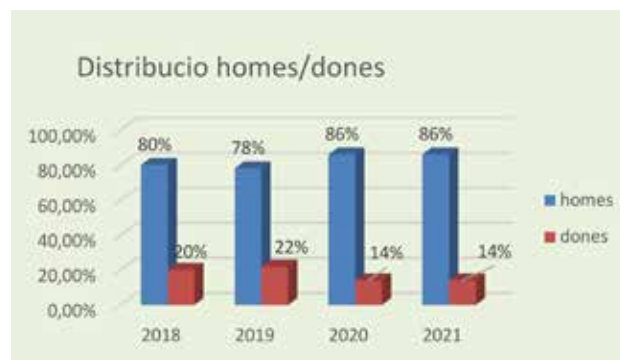


La proporció entre les sancions i els tractament solament es produeix un canvi significatiu l'any 2020 on s'inverteixen les dades, hi ha més abordatge per sancions que inicis de tractament.

Evolució del Perfil

Sexe

La proporció d'entre nois i noies es manté al llarg dels anys, aproximadament en un 80%/20%, exceptuant quan hi ha la entrada de AISS/MENAS que són tots nois.



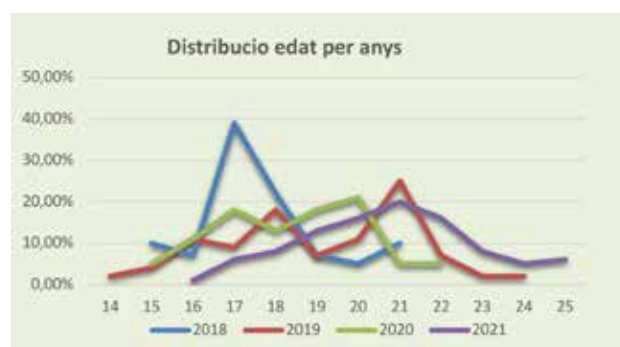
Edat

2018 la majoria de joves estan compresos entre els 17 i 18 anys

2019 el ventall majoritari es entre 18a i 21a.

2020 el ventall d'edat majoritari es de 16 a 20 degut a 2 factors: Per un costat tenim varies demandes de joves entre 16 i 17a (anteriorment molt menys freqüent) i per l'altre que s'amplia l'edat de població diana per atendre les noves demandes dels AISS/MENA que han fet la majoria d'edat i encara estan en una situació de greu desemparament assistencial.

Al 2021 el ventall majoritari d'edat dels joves que entren al programa es entre 19 i 22a però destaquem que la corba s'aplana i la distribució d'edats és més homogènia.



Substància que motiva el tractament



En quant a la substància principal de demanda de tractament es manté com a primera substància el Cànnabis.

Hem observat que s'ha produït canvis en les demandes de tractament per altres substàncies.

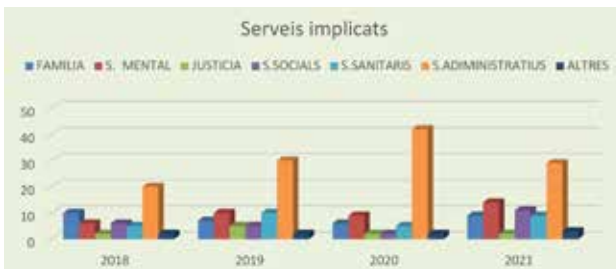
Al 2019 augmenten les demandes de tractament per consum de cocaïna i alcohol.

Al 2020 destaca l'augment de la demanda de alcohol combinat amb benzodiazepines que correspon al col·lectiu d'adolescents immigrants sense sostre (AISS) o menors no acompanyats (MENAS).

Aquesta demanda es manté a l'alça durant el 2021

Serveis derivants

En aquest punt també s'observen canvis importants:



Els primers dos anys del programa, els joves arribaven acompanyats de la família, del servei de Salut Mental Infanto-Juvenil o dels Serveis Socials.

En els anys 2020 i 2021 s'incrementa la derivació des de serveis socials degut a la arribada de joves AISS/MENA²

Retenció en el Programa

Val a dir que l'adherència al programa de sancions habitualment és elevada, ben bé del 100%.

Aquests resultats responen a que el programa de sancions acostuma a tenir un benefici econòmic immediat (els hi retiren la sanció econòmica) que és el motiu principal de la demanda de tractament. Al marge d'aquest objectiu hem constatat que aquesta intervenció esdevé una eina terapèutica per a futures demandes d'intervenció en cas que així ho precisin.

S'ha observat que en les demandes per realitzar un tractament ens trobem que la retenció en el programa es més baixa que en el programa de sancions però més alta que la retenció en la resta de població atesa gira entorn al 40%.

En una aproximació qualitativa sobre la retenció en Programa de Tractament en adolescents i joves-tinim com a resultats que de 100 demandes sol·licitades es programa una primera visita a 78 joves i d'aquests, 62(78%) acudeixen a la primera visita, és a dir inicien tractament. Dels que inicien tractament, uns 48 (61%), realitzen dos o més visites.

Factors que incideixen en la retenció del Programa

Les demandes són elevades, els professionals que hi treballem ho fem amb condicions limitades: som pocs professionals amb manca de recursos específics per aquesta població

Els tractament ambulatoris en un servei públic tenen

- Limitacions en la freqüència de l'atenció
- Manca de recursos específics per a joves amb TUS i PD

Alhora, per part dels joves, freqüentment, presenten baixa consciència del problema.

Treball en xarxa: Volem donar valor a la importància del treball en xarxa i coordinació amb altres serveis comunitaris dels àmbits social, educatiu i sanitari que milloren la gestió dels recursos i l'atenció global dels joves.

En el nostre territori i al llarg d'aquests 4 anys, a més del nostre programa, s'han endegat programes específics (Fundació Associació Eveho, Intervenció Precoç i Psicosis Incipient i CTO Equip Guia RSCT) així com equips multidisciplinaris (Coordinadora SS 360°) per l'atenció i seguiment a l'adolescència i joventut vulnerable i/o amb risc d'exclusió social.

2 Menors que als 18 anys es queden fora dels recursos tutelars que el govern havia aprovat per aquets joves. En aquesta situació de desemparament assistencial, els educadors i dinamitzadors socials tenen "la missió" de vincular-los a un servei. És així com en els darrers anys, aquests professionals esdevenen, de manera important, agents derivadors al nostre programa.

XXXXXX

XXXXXX

24 Let's chat (programa de gestió de riscos i plaers per a joves)

Sandra Ribas

COORDINACIÓ ÀREA JOVES I FAMÍLIES. GRUP ATRA

LET'S CHAT és un programa de prevenció de conductes potencialment addictives dissenyat per GRUP ATRA i en funcionament des de l'any 2017. Ofereix atenció psicològica i socioeducativa d'atenció digital i comunitària a persones de 12 a 30 anys i les seves famílies. Inclou serveis d'atenció, orientació i assessorament sobre consum de drogues, ús d'entorns digitals i comportaments potencialment addictius, així com l'abordatge d'altres conductes de risc associades. Treballa estretament amb la xarxa social, sanitària, educativa i lúdica.

L'OBJECTIU és la prevenció i l'acompanyament en la gestió de riscos i plaers associats a l'ús i abús de les TIC, al consum de drogues i aquells comportaments no saludables, potenciant el desenvolupament de les persones joves perquè siguin social i digitalment competents.

Treballa des d'un abordatge integral, adaptant-se a les característiques i realitats de l'adolescència i joventut, donant servei des d'una intervenció pròxima, flexible, d'accés immediat i amb atenció a la diversitat de gènere i condició social i funcional.

La cartera de serveis que ofereix el programa és:

- Servei d'assessorament a joves i adolescents
- Servei d'assessorament familiar
- Servei d'atenció digital: Servei de xat, Servei de videoconferència i per mitjà de xarxes socials.
- Intervencions comunitàries:
 - Càpsules per joves sobre l'ús d'entorns digitals
 - Càpsules per joves sobre drogues
 - Grups de debat amb perspectiva de gènere entorn a l'ús de les TIC i les drogues.
 - Càpsules formatives per a agents educatius formals i no formals.
- Observatori: intervencions en el medi comunitari on es reuneixen els i les joves (places i parcs) amb l'objectiu de recollir dades quantitatives i qualitatives sobre els consums de drogues i els usos dels entorns digitals.
- Acció Jove: oferta formativa a joves de 18 a 30 anys per actuar com a agents preventius amb el

grup d'iguals i col·laborar, mitjançant voluntariat, en les activitats preventives del programa. Aquesta activitat facilita la participació de joves en el disseny, desenvolupament i avaluació de les activitats preventives. Es duen a terme grups focals de debat, propostes de campanyes preventives, així com realització de càpsules preventives.

- Let's Family: sessions grupals dirigides a mares i pares per abordar aspectes clau en la prevenció de conductes potencialment addictives.

METODOLOGIA DE TREBALL

Sustentada en dos pilars metodològics fonamentals: l'ATENCIÓ DIGITAL i l'ATENCIÓ COMUNITÀRIA. Intervenció proposada en funció de cada cas, valorant factors de risc i protecció, adherència al programa, nivell de motivació i situació personal i familiar que l'envolta.

RESULTATS OBTINGUTS

En el darrer any 2021 el programa ha ofert els seus serveis a un total de 1.086 adolescents i joves, 37 famílies i 97 professionals. S'han dut a terme 50 càpsules a diferents centres de la xarxa educativa formal i no formal, arribant a un total de 984 joves.

S'han realitzat 15 grups de debat a l'entorn comunitari on es troben els i les joves, fomentant la reflexió i l'actitud crítica entorn als mandats de gènere i els mites relatius al consum d'entorns digitals i al consum de drogues, amb la participació de 39 noies i 41 nois. A més, el programa ha realitzat formacions per a professionals de joventut lligats a l'àmbit lúdic i de lleure, arribant a un total de 97 professionals. La capacitat adaptativa del programa ha permès també treballar col·laborativament amb agents educatius i socials que intervenen en el medi comunitari, com educadores de carrer (APC) de diferents districtes de BCN.



Per últim, el programa va posar en marxa, aquest darrer any, l'ACCIÓ JOVE. Aquesta activitat té com a objectiu promoure la participació de persones joves en el disseny, desenvolupament i avaluació de les accions preventives. Consta de la realització d'una formació especialitzada, la participació en activitats preventives comunitàries i la proposta de continguts preventius en matèria de consum de drogues i ús d'entorns digitals.

L'abast del servei és per a Catalunya i en el darrer any hem apliat les atencions i accions del programa en els territoris del Baix Llobregat, al Maresme, al Pallars Jussà i al Gironès, entre d'altres.

ELEMENTS DIFERENCIATS, IDENTIFICATIUS I INNOVADORS, QUE APORTEN VALOR AFEGIT

- Atenció i intervenció psicològica i socioeducativa comunitària, intervenint en l'entorn social i familiar dels joves (domicili, carrer, centre educatiu, etc.).
- Atenció de proximitat i d'accés immediat: adequat a la població diana, el programa atén a les persones joves amb un termini màxim de 24 hores per via whatsapp.
- Disseny, divulgació i intervenció específica en clau de gènere.

- Màxima prioritat a la població diana que es troba en situació de pobresa i risc d'exclusió social, treballant estretament amb serveis socials bàsics i donant oferta de tallers en barris de major marginalitat.
- Format digital i ús de les xarxes socials per la prevenció de les TIC. Amb intervenció per videoconferència, línia telefònica directa, whatsapp i amb canal de instagram actiu, arribant a més joves i a més territoris (Catalunya). Amb fàcil divulgació, comunicació i accés.
- Treball amb adolescents i joves amb trastorn mental i conductes potencialment addictives.
- Programa que actua com a connector de les diferents xarxes.
- Atenció als nois i noies i a les seves famílies amb dificultats de vinculació a la xarxa lúdica, educativa, social i sanitària.

Xxxxxx

XxxxxXxxxx

25 Joves al carrer

Ona Gázquez

XXXXXXXXXXXX

Recursos sanitaris

26 L'hepatitis C en persones consumidores de drogues: un problema de salut a eliminar

Xavier Major Roca

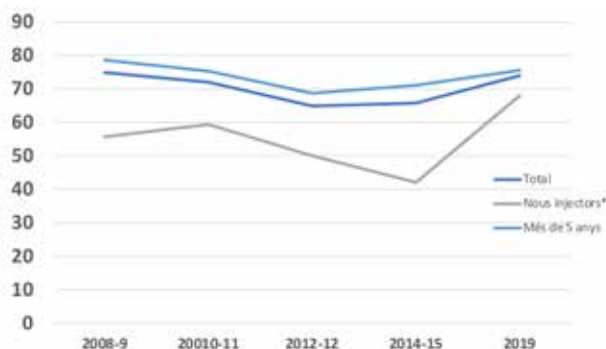
SUBDIRECCIÓ GENERAL DE DROGODEPENDÈNCIES

PROGRAMA DE PREVENCIÓ, CONTROL I ATENCIÓ AL VIH, LES ITS I LES HEPATITIS VÍRIQUES (PCAVIVH)



Idea 1: Afecta a tota la nostra població

Injectors de drogues: Estudi Redan 2019. Injecció darrers 6 mesos. N: 731. Prevalença del VHC segons anys d'injecció (REDAN, 2008-2019) (Font: Folch C et al.)



ESTUDI: RETROSPECTIU, DESCRIPTIU DE CARÀCTER POBLACIONAL

Població: Persones en tractament per alguna drogodependència admesos en els 61 CAS (01/2015–12/2019. N = 44.306)

Sistemes d'informació:



Resultats:

- Heroïna 42 %
- Alcohol: 5 %
- Cocaïna: 5 %
- Cànnabis: 3 %

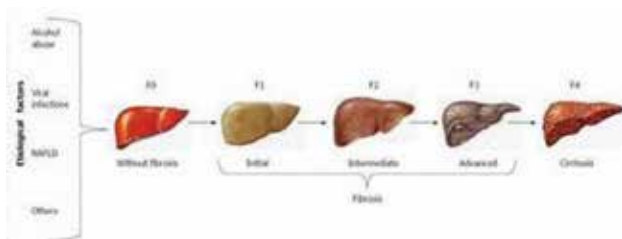
Idea 2: Es curable....la infecció



Idea 3: Cal actuar....ja

Si arribem tard: HEPATOPATIA CRÒNICA

Retard en el tractament: 1 de cada 4.



Idea 4: Tractar a tothom sense excepció

Tots els PQID infectats amb VHC, inclosos els que reben TAO (Tractament amb Agonistes Ociacis), aquells amb antecedents d'ús de drogues injectables i els que s'han injectat recentment, s'han de tractar segons les recomanacions generals (A1).

Idea 5: cap restricció al material preventiu

Cal donar més xeringues i parafernàlia de la que necessita.

OMS: 300 xeringues per usuari / any

Idea 6: Cal cribrar a tothom

Fer-lo accessible:

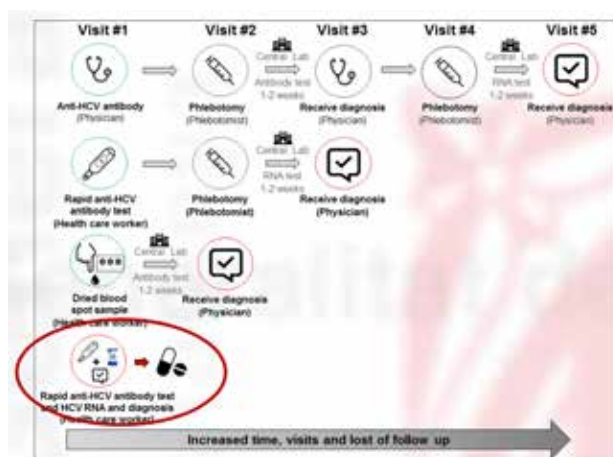
- Test a prop del pacient
- Fer-lo tothom
- A totes hores
- En tots els llocs

Idea 7: Cal fer el tractament accessible

Allà on les persones consumidores de drogues són o van

- CAS
- RD
- Presó
- Centres residencials, albergs

Testar i Tractar: Apropar l'inici de tractament al moment del diagnòstic: EVITAR LES PÈRDUES.



Idea 9: Donar protagonisme i implicar els afectat

- Sensibilitzar
- Informar
- Suport emocional
- Acompanyar
- Cribrar

Idea 10: Actuar sobre els determinants socials de la infecció

- Estigma i discriminació
- Criminalització
- Pobresa (habitatge)
- Dificultats per auto organitzar-se



27 Telederma

Jesús González

XXXXXXX

28 ISOLA-B. Estratègies d'apropament a persones que usen substàncies psicoactives. Anàlisi, reflexió i acció

Antoni Llord, Joan H Besora, Tre Borràs

SERVEI D'ADDICCIONS I SALUT MENTAL (HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS) – PLA D'ACCIONS SOBRE DROGUES DE REUS. ASSOCIACIÓ REUS SOM ÚTILS (ARSU)

INTRODUCCIÓ

El debat sobre les drogues sovint es pot encendre i polaritzar; però, almenys en un punt, hi ha un consens creixent: la «guerra contra les drogues» ha fracassat. La prohibició en l'àmbit global no només no ha dissuadit l'ús creixent, sinó que ha provocat comportaments més arriscats, la producció de substàncies més perilloses i en conseqüència més perjudicis i problemes per a la salut de les persones consumidores. Lluny de crear un «món lliure de drogues», la prohibició, sí ha creat un vast mercat il·legal governat per la violència, la corrupció i la inseguretat. Podem observar que en els últims trenta anys s'han produït alguns progressos en matèria de política de drogues i en la reforma de les lleis a moltes parts del món, però encara queda molta distància per recórrer.

Segons «l'Informe Mundial sobre les Drogues» publicat el 2021, el 2019 al voltant de 275 milions de persones va consumir drogues a tot el món durant l'últim any. Això és gairebé un 20% més que el 2010. A part d'aquesta tendència a l'alça global, que també implica el nostre context, durant l'última dècada, els mercats de drogues s'han diversificat. A més de les substàncies tradicionals de base vegetal com el cànnabis, la cocaïna i heroïna, hi ha hagut una expansió de les drogues sintètiques. La penetració del tràfic de drogues a les xarxes socials i a les populars plataformes de comerç electrònic suggereixen que la disponibilitat de les substàncies psicoactives augmenta.

La ràpida innovació tecnològica, combinada amb l'agilitat i l'adaptabilitat dels grans i petits distribuïdors que utilitzen noves plataformes per vendre drogues, podria conduir a un mercat mundial en què hi haurà més substàncies disponibles, sobretot atesa la capacitat dels distribuïdors d'adaptar ràpidament els seus canals de màrqueting a condicions canviants. Així, es preveu una acceleració i un canvi de paradigma amb relació al fenomen de consum de drogues.

ANTECEDENTS I POSADA EN MARXA

En aquest context general l'Associació Reus Som Útils (ARSU) obre el 17 de febrer de 2022 a «La Illeta» (Centre de dia activitats i acollida per a persones amb problemes socials relacionats amb el consum de drogues) amb el suport i coordinació del Pla d'Accions sobre drogues de Reus), el primer centre d'anàlisi de substàncies i informació relacionada que neix d'un i per a un recurs de Reducció de Danys i Riscos com «La Illeta» i des d'una associació de persones usuàries per la defensa dels seus drets. El servei s'anomena ISOLA-B¹ i ofereix els seus serveis els dijous de 17:00 a 19:00.²

El seu objectiu principal és el de poder analitzar substàncies provinents del mercat negre i establir-se com una eina d'apropament educatiu a persones amb consum actiu informant sobre els components (actius i adulterants) així com aportar informació subjectiva i contrastada, formació i punt de trobada al voltant del fenomen del consum de drogues.³ És important remar-

- 1 En italià *isola* és illa, en referència a La Illeta. Es combina amb la síl·laba *lab* de laboratori creant ISOLA-B.
- 2 <https://www.niusdiario.es/espana/catalunya/centro-analisis-drogas-drogodependientes-consuman-responsabilidad-reus_18_3285196119.html>, <<http://www.canalreustv.cat/noticies/reus-inaugura-la-primer-sala-danalisi-drogues-la-provincia>>, <https://www.diarimes.com/noticies/reus/2022/02/16/reus_tindra_centre_els_consumidors_podran_analitzar_droga_que_prenen_118052_1092.html>, <<https://www.lamanyana.cat/reus-obre-un-centre-danalisi-de-drogues-per-assessorar-i-garantir-un-consum-mes-segur/>>, <<https://www.lanovaradio.cat/reus-compta-amb-el-primer-servei-danalisi-de-drogues-de-la-demarcacio/>>, <<https://www.ccma.cat/324/reus-obre-un-centre-danalisi-de-drogues-per-assessorar-i-garantir-un-consum-mes-segur/noticia/3146288/>>, <<https://www.reusdigital.cat/noticia/90960/reus-obre-un-centre-danalisi-de-drogues-per-assessorar-i-garantir-un-consum-mes-segur#Yg0vXKBgwCg.whatsapp>>, <<https://infocamp.cat/arxiu-seccio-societat/item/50834-reus-obre-un-centre-d-analisi-de-drogues-per-assessorar-i-garantir-un-consum-mes-segur/amp>>, <<https://catalunyadiari.com/tarragonadigital/area-metropolitana/centre-analisi-drogues-reus-arsu#.Yg0owKKG7nE.whatsapp>>, <<https://rctgn.cat/peces-informatives/actualitat/reus-obre-un-centre-danalisi-de-drogues-per-assessorar-el-consum-segur/>>
- 3 Qualsevol persona interessada en participar, col·laborar, pot escriure'ns un correu electrònic a info@isolab.cat.

car que un dels objectius que es vol assolir de manera indirecta és el de crear un sistema de control de qualitat en un mercat que es troba al marge de la regularització.

Al mateix temps pretén esdevenir un espai de trobada i intercanvi d'expressions artístiques i culturals com a estratègia de promoció d'activitats alternatives al consum i com a reclam d'interès no centrat en el consum ni el consumisme. En definitiva, oferir un espai d'informació sobre drogues a la població general així com un servei especialitzat a persones que consumeixen substàncies psicoactives, o estan pensant a fer-ho sobre el contingut dels productes obtinguts al mercat clandestí (principis actius i adulterants), tenint com a suport els resultats de les anàlisis químiques amb el propòsit de disminuir els riscos a la salut associats al seu ús, fomentant el consum responsable, el pensament crític i acostant informació útil, fiable i veraç sobre el fenomen.

Cal també apuntar per a completar els antecedents que han permès iniciar aquest servei, el treball realitzat des de la secció d'ARSU; ARSU FESTA. Aquesta des de 2008 realitzà intervencions de reducció de riscos i danys en l'àmbit de l'oci nocturn a la ciutat de Reus. ARSU FESTA realitzà accions *in-situ* en els espais d'oci nocturn des de 2008 fins a 2020, any que la pandèmia COVID-19 aturà tota activitat col·lectiva. Des de l'inici i amb el suport incondicional d'Energy Control es va implantar el servei de test de substàncies mitjançant test colorimètrics i un sistema d'anàlisi de cocaïna semi quantitatiu, restringint el servei durant les intervencions nocturnes i de manera informal a la seu de l'entitat. A aquest servei s'hi afegí un servei d'alcoholimetria, intervencions mitjançant un estand informatiu i assessorament personalitzat gràcies a totes les persones que de manera desinteressada van participar en aquest projecte durant 12 anys.

Creiem doncs justificada la necessitat de posar en funcionament un servei d'informació sobre i d'anàlisi de substàncies que pugui donar resposta a les necessitats de la ciutadania i que al mateix temps proporcioni estratègies en sentit ampli de promoció de la salut (sensibilització, informació, assessorament i suport) relacionades amb el consum de substàncies legals com il·legals. Al mateix temps permet monitoritzar el mercat informal de substàncies podent així alertar de possibles perills i tendències del fenomen.

Els informes i documentació científica de les experiències, sustentades en les bones pràctiques internacionals sobre programes i estratègies de reducció de danys (com els serveis d'anàlisi de substàncies), demostren que és possible generar canvis en el comportament o els patrons de consum de les persones que utilitzen

substàncies psicoactives de manera recreativa, al mateix temps que per a la cura individual i col·lectiu de la salut, sense posar com a condicionant deixar de consumir (Maghsoudi et al. 2021; Guirguis et al. 2020). Val a dir també que existeixen veus crítiques que asseveren que aquests tipus de serveis també poden fer augmentar la sensació de falsa seguretat que el consum de drogues pot aportar als seus consumidors (Brunt, 2017).

A mig termini, ISOLA-B pretén iniciar un estudi del mercat de l'heroïna (aspectes qualitius i monitoratge de composició) Reus i Barcelona i poder introduir test de fentanil entre la seva cartera de serveis. També obtenir pipes de crack (parafernàlia especialitzada difícil d'aconseguir i no finançada) per a la seva distribució a aquelles persones que ho requereixin. Igualment col·laborar amb iniciatives com la de DONA_ARSU_TOT, proporcionant parafernàlia especialitzada i suport d'assessorament per al seu projecte d'intervenció en el treball sexual al carrer.

S'ha iniciat també un treball d'acompanyament, informació, formació i assessorament a clubs cannàbics de la ciutat, fet que ens fa pensar en la importància d'establir sistemes d'anàlisi de substàncies orgàniques com el cannàbis. Aquests sistemes com el FTIR,⁴ són molt costosos, i de fet, cerquem la manera de trobar finançament per adquirir-los.⁵ La prevalença de consum de cannàbis en població jove i adulta és la més alta entre totes les substàncies il·legals, pensem en conseqüència que és prioritari poder obrir aquesta via de treball.

TÈCNiques DE LABORATORI I ASSESSORAMENT

1) Anàlisi colorimètric

Aquest assaig és ràpid i eficient. Es necessita dels reactius colorimètrics (Marquis) i una petita mostra de la substància que es vol analitzar. A aquesta mostra se li afegeixen els reactius, els quals, en entrar en contacte amb la substància, generen un canvi en el color de la gota del reactiu, mostrant un patró de colors. Aquest patró es compara amb una referència i s'identifica el grup o família de la substància psicoactiva més abundant a la mostra.

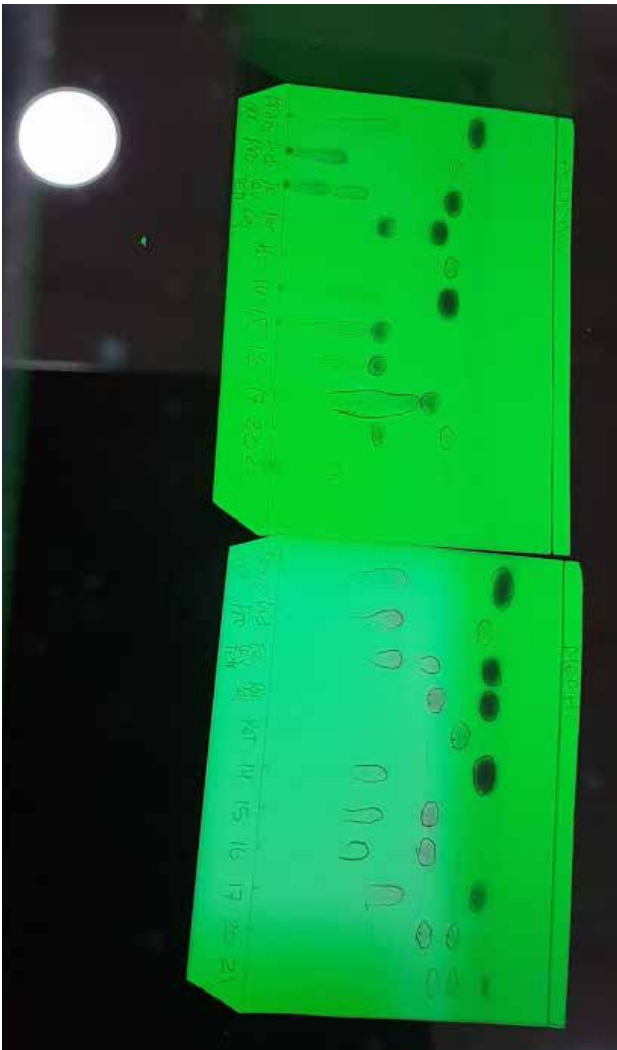
4 Infraroig Transformat de Fourier (FTIR) és una tècnica d'anàlisi espectroscòpica que utilitza una part de l'espectre electromagnètic. Concretament, longituds d'ona entre els 2.500 nòmetres (nm) i els 25.000 nm. Aquesta és la regió de l'Infraroig Mitjà i és per això que també al FTIR se'l coneix com a tal.

5 Qualsevol iniciativa de finançament públic o privat és benvinguda!



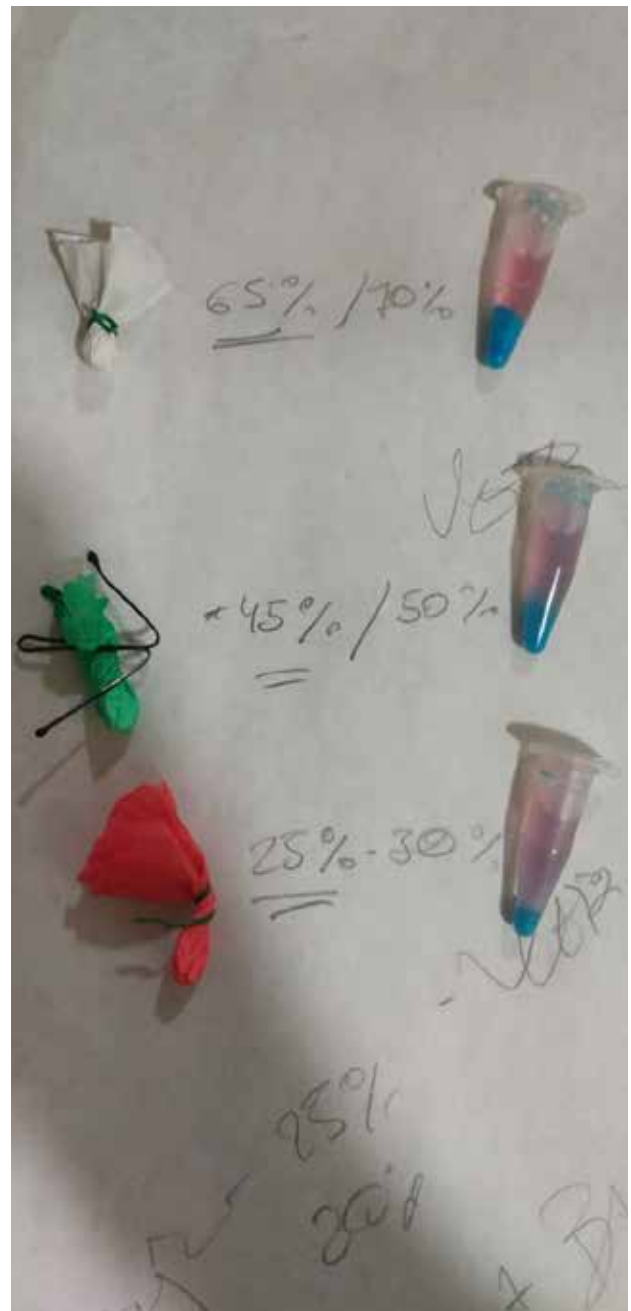
2) Cromatografia de capa fina

És un mètode que permet identificar diferents compostos en una sola mostra, en poc temps i sense la necessitat d'un gran instrument o equip. Per a aquest assaig s'introdueixen 15-20 mg de mostra dins d'un sistema cromatogràfic; després de 10 o 15 minuts el sistema reflecteix el contingut de la mostra, desglossant els compostos de les mostres analitzades d'acord amb les propietats i estructura de cada molècula. Els resultats no permeten conèixer el volum i/o la quantitat de substàncies en una mostra, sinó que el que permet saber és la presència de determinats components psicoactius o bé dels adulterants més comuns.



3) Semiquantitatiu per precipitat de cocaïna

Permet conèixer rangs de percentatge de la quantitat de cocaïna que té la mostra analitzada. Per a aquest assaig es pren una mostra de cocaïna i es diposita en un contenidor especial; se li afegeixen 2 reactius per generar un precipitat blau, mateix que indica presència de cocaïna i altres anestèsics locals, com lidocaïna o procaïna. Aquest precipitat és centrifugat per mesurar l'altura del fons al límit de la mateixa i així obtenir una relació semiquantitativa. Aquest assaig també li permet a la persona conèixer la presència de talls i adulterants.

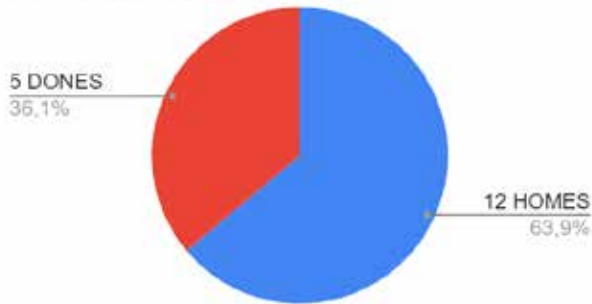


4) Enviament a laboratoris de referència que permeten anàlisis molt precises.

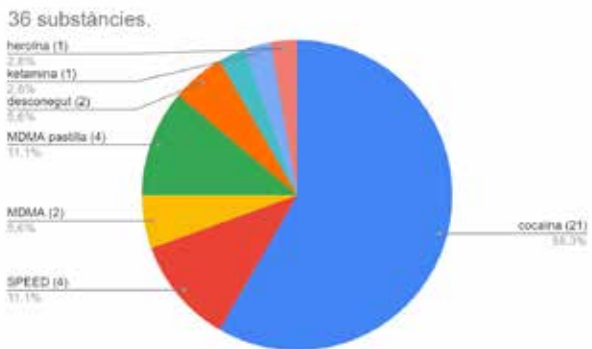
ACTIVITAT REGISTRADA (FEBRER DE 2002 A MAIG DE 2022)

17 persones diferents han fet servir el servei d'anàlisi ISOLA-B. 5 dones i 12 homes.

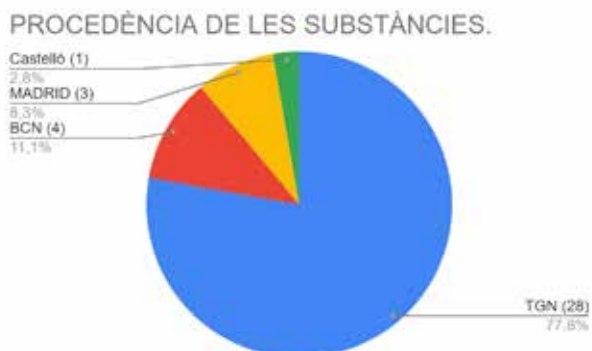
17 PERSONES.



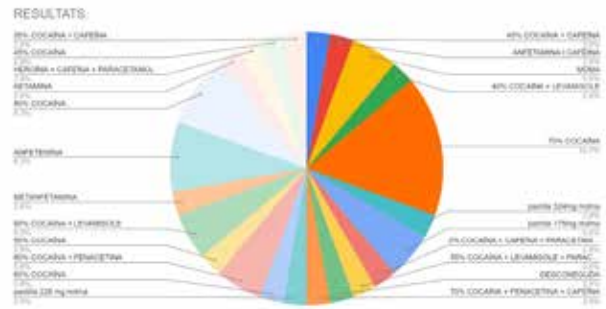
S'han analitzat 36 substàncies diferents:



Procedència de les mostres:

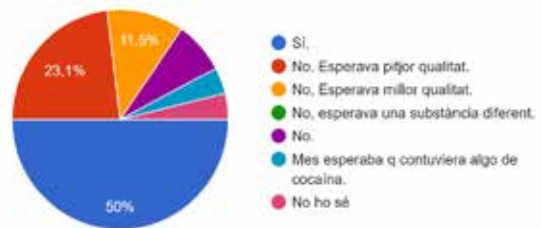


Resultats anàlisis:

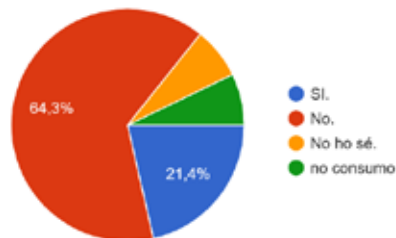


S'han obtingut 26 respostes post test per avaluar el servei:

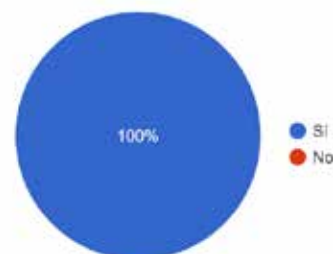
Ha estat el resultat esperat?
26 respuestas



Modificaràs la teva pauta de consum.
14 respuestas



L'hi sembla útil el servei?
26 respuestas



CONCLUSIONS

En primer lloc, valorem molt positivament l'afluència de persones (17) que pel poc temps que fa que el servei està obert (3 mesos) han confiat i han portat les seves mostres a analitzar. La implantació del servei no ha estat fàcil, a causa d'una sèrie de canvis recents i precipitats en les estructures municipals i dels equipaments amb els quals estem treballant. Al mateix temps s'ha obtingut un bon ressò mediàtic en l'àmbit local pel que fa a la seva obertura i argumentari per al seu funcionament i implantació.

El fet d'oferir els seus serveis d'anàlisi, en primera instància, per persones beneficiàries del Centre d'acollida i activitats "La Illeta" a més d'ampliar l'oferta de serveis, obre la porta a realitzar un treball d'apropament i assessorament a persones que, de manera habitual, queden exclosos a l'accessibilitat a aquest tipus de serveis, normalment destinats a persones que realitzen consums normalitzats o relacionats amb consums d'oci nocturn i/o cap de setmana.

Les incipients dades amb les quals podem treballar, indiquen que el grau de satisfacció i percepció d'utilitat per part de les persones beneficiàries és molt alt, i també comencem a recollir indicis, de canvis i/o introducció de pautes de disminució de riscos en persones que han estat assessorades per l'equip d'ISOLA-B.

Tot i que de moment, la principal substància analitzada és la cocaïna en un 56%, creiem necessari posar el focus també en altres substàncies com l'MDMA, amfetamina, heroïna, cànnabis i altres. Durant aquests mesos s'ha procedit a la publicació de la primera alerta per alta concentració de MDMA en pastilla:⁶

Cal destacar que del total de persones que han utilitzat el servei, un 27% han estat persones beneficiàries del Centre d'acollida i activitats La Illeta. Esperem que en els pròxims mesos aquesta xifra pugui augmentar de manera considerable.

Com a punts febles i potencialment millorables, tot i que les tècniques de laboratori emprades permeten treballar a un bon nivell de resposta respecte a les persones usuàries, cal treballar per a l'obtenció de tècniques més sofisticades i eficients, com els cromatògrafs tipus FTIR.

També ens cal posar la mirada cap a un millor finançament del projecte i sostenibilitat a llarg termini, podent contractar a més professionals i millorant les

6 Volem reiterar el nostre agraïment a Energy Control pels serveis de quantificació prestats, formació i acompanyament durant tots aquests anys. Sense el seu suport, per exemple, no podríem emetre alertes d'aquets tipus, entre altres coses.



instal·lacions per atendre a les persones que ho necessitin.

En últim lloc, tal com hem apuntat en aquest article, creiem que cal prioritzar el treball relacionat amb el consum de cànnabis, tant pel que fa a poder oferir anàlisis acurades, com per dur a terme una tasca d'assessorament i reducció de riscos, apostant en línies generals, per una acció realista, objectiva i eficient amb relació a les persones que consumeixen qualsevol substància psicoactiva.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Brunt, T. (2017). Drug-checking/pill-testing as a harmreduction-tool for recreationaldrugusers: opportunitiesand challenges. Lisbon: EMCDDA.
- Guirguis, A., Mossa, I., Gitting, R. &Schifano, F. WhatAbout-DrugChecking? SystematicReviewandNetnographicAnalysis of Social Media. *CurrNeuropharmacol.* 2020 Oct; 18(10): 906–917. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7709144/>
- Magshoudi, N., Tanguay, J., Scarfone, K., Rammohan, I., Ziegler, C., Werb, D. &Scheim, A. Drugcheckingservices for peoplehousedrugs: a systematicreview. *Addiction* 2022. Mar;117(3):532-544. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34729849/>
- WorldDrug Report (2021) United Nationspublication, Sales No. E.21.XI.8. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>

29 Salut Sense Sostre

Carme Roca

XXXXXXX

QUI SOM

Som un grup multidisciplinari de professionals de l'àmbit sanitari, que ens hem unit per oferir atenció social i sanitària a les persones vulnerables (amb dificultat d'accés a l'assistència sanitària pública).

Actuem:

- Amb esperit d'humilitat, respecte i prudència.
- De forma voluntària i altruista.
- Per complementar el sistema de salut del nostre país en l'atenció a les persones més vulnerables.

Un equip de professionals sanitaris de les disciplines: medicina interna, medicina de família, dermatologia, salut internacional, odontologia, cirurgia general i digestiva, psicologia, anestèsia, pediatria, podologia, optometria, infermeria, documentació clínica, farmàcia i osteopatia.

OBJECTIU

L'objectiu de l'associació Salut sense sostre és millorar l'estat de salut de les persones més vulnerables (excloses o en risc d'exclusió social)

QUÈ FEM

Oferim atenció sanitària:

- A l'Església de Santa Anna: atenció mèdica, d'infermeria, odontològica, podològica i d'optometria (Banc de les ulleres).
- A les Missioneres de la Caritat de la Mare Teresa de Calcuta: atenció mèdica i d'infermeria.
- Al menjador social El Caliu de la parròquia de Sant Joan d'Horta: atenció mèdica i d'infermeria.
- Al carrer amb la Unitat mòvil. Gràcies a Missatgers de la Pau, tenim una furgoneta que ens ha permès adaptar-hi una consulta ambulant, a fi de poder desplaçar-nos a més punts d'atenció, amb el material i les condicions necessàries. Coordinació amb altres

entitats de caire social que també surten al carrer. Oferim la nostra especificitat com a sanitaris.

També:

- Oferim resolució de patologia aguda.
- Anem al lloc on hi ha les persones, “sortim a buscar-les”.
- Intentem establir un vincle de confiança amb la persona.
- Fem el seguiment de la persona si ha fet un ingrés hospitalari i la coordinació amb Treball social, si s'escau.
- Acompanyem a visites mèdiques.
- Registrem les visites que es fan.
- Ajudem en la regularització de la situació sanitària.
- Intentem vincular a la persona al sistema sanitari corresponent.
- Coordinem amb la Sanitat pública i les Fundacions sanitàries i socials.

PROJECTES DE FUTUR

- Expandir-nos a altres llocs on faci falta (Projecte Districtes).
- Replicar aquest model en altres zones del país.
- Seguir aprenent-ne...

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

XXXXXXXXXX

30 Estudi exploratori dels determinants de les conductes violentes en un servei de reducció de danys de Ciutat Vella i en el seu entorn comunitari

María Gabriela Barbaglia

SERVEI DE PREVENCIÓ I ATENCIÓ A LES DROGODEPENDÈNCIES DE L'AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA
I DEL GRUP DE TREBALL SOBRE LES CONDUCTES VIOLENTES DELS CAS DE BARCELONA CIUTAT

ANTECEDENTS I JUSTIFICACIÓ

La violència és un problema de salut pública i com a tal és susceptible d'estudi i d'intervenció¹. En l'àmbit de la venda i el consum de drogues il·legals, la violència sovint hi és present. Un context socioeconòmic amb grans desigualtats socials, de gènere i de poder són potents determinants de violència de tot tipus. Un col·lectiu particularment exposat a la violència són les persones usuàries de drogues que es troben en situació de sensellar. L'estigma públic i l'autoestigma, el major risc de patir malalties infeccioses i malalties mentals juntament amb les diverses barreres d'atenció sanitària i social determinen que les persones usuàries de drogues tinguin una vulnerabilitat sobreafegida a la violència que pateixen al carrer.

A l'octubre de 2018 es va produir una important intervenció policial al barri del Raval, districte de Ciutat Vella, amb l'objectiu de tancar pisos de venda i consum de drogues il·legals. Aquesta intervenció va ser seguida per un considerable increment de la demanda als serveis de Reducció de Danys (REDAN) del districte de Ciutat Vella, molt especialment al Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències (CAS) Baluard. Aquest augment sobtat de la demanda va generar molta tensió als serveis de drogues amb el consegüent impacte a l'entorn comunitari més proper.

OBJECTIUS DE L'ESTUDI

- Conèixer l'estat actual de les conductes violentes en els Centres d'Atenció i Seguiment a les drogodependències (CAS) de la ciutat de Barcelona i els possibles factors associats.
- Explorar els possibles determinants de la violència relacionada amb les drogues en centres amb programa de Reducció de DANys (REDAN) del districte de Ciutat Vella.

- Formular estratègies d'intervenció per tal de reduir la violència relacionada amb les drogues a la ciutat de Barcelona.

RESUM DE L'ESTUDI

Es va utilitzar una metodologia mixta, quantitativa i qualitativa. Primer es van quantificar les expulsions per raó de conductes violentes dels CAS de la ciutat de Barcelona i, concretament, es van quantificar les sancions per motius de violència a les persones usuàries del programa REDAN¹ del CAS Baluard. Mitjançant grups focals a professionals i d'entrevistes a persones usuàries, es van explorar els possibles determinants de la violència als recursos de drogues.

D'acord amb l'anàlisi quantitativa, va haver-hi un increment sostingut d'expulsions per motius de violència dels CAS de la ciutat de Barcelona des de 2017 fins 2021. Al 2017 es van expulsar 12 persones d'algun CAS de la ciutat, amb un pic de 29 persones al 2019 i al 2020. Això representa entre un 0.6% i un 0.8% del total d'inicis de tractaments que es van produir en aquests anys.

Concretament al CAS Baluard, va haver-hi un increment sostingut de les sancions per motius de violència a les persones usuàries a finals de 2018, amb una taxa al gener de 2019 de 56 sancions cada 1000 persones usuàries, multiplicant per tres la taxa de gener 2018 (18 sancions/1000 persones). Un impacte important a destacar, possiblement com a conseqüència però també com causa de l'increment dels episodis de violència, són les baixes laborals dels professionals del CAS Baluard. Entre 2015 (n=6) i 2019 (n=41) el nombre de persones de baixa es multiplica gairebé per set. Cal l'aclariment que de totes les baixes registrades al 2018 (n=56), gairebé la meitat (n=27) es van produir

¹ Larizgoitia I. *La violencia también es un problema de salud pública*. Gaceta Sanitaria. 2006 Mar;20:63-70.

en el quart trimestre de l'any. Dos grups nominals amb professionals dels recursos amb REDAN del districte (CAS Baluard, Centre de Reducció de Danys Robador i CAS Lluís Companys) i de 3 entrevistes en profunditat a persones usuàries (2 homes i 1 dona) van ajudar a identificar els principals determinants de l'increment de violència. El tancament de pisos de venda i consum del barri del Raval va generar un fort increment de la demanda en els recursos de REDAN de Ciutat Vella, amb una saturació d'aquests. El desgast dels professionals provocada entre d'altres per aquesta situació, amb una sobrecàrrega emocional i laboral important, va contribuir a causar moltes baixes professionals. Aquestes baixes es van cobrir amb professionals amb menys experiència en la gestió de conflictes. S'assenyala com a determinant important el canvi en les pautes relacionals entre persones usuàries i entre aquestes i l'equip professional: les persones usuàries que consumien en els pisos de venda, es van traslladar a consumir a l'espai de consum supervisat del CAS Baluard amb l'obligació de complir amb les normes de l'espai (freqüència entre consums, pautes d'higiene de mans, temps d'espera, etc). També s'identifiquen com a determinants: l'espai físic reduït que afavoreix els robatoris entre persones usuàries, la insuficiència de punts d'inhalació que ocasiona espera i, finalment els punts de venda de droga al voltant del recurs que resulta en un impacte important en el veïnatge i en l'espai públic. Pel que fa a determinants més estructurals, s'assenyalaven: la manca de protocols d'actuació vers les conductes violentes, l'establiment de mesures de prevenció i de formació específica dels professionals, la necessitat de disposar d'estratègies de cura dels equips que treballen en REDAN.

ACCIONS REALITZADES I EN PROCÉS

A partir d'aquestes troballes, l'ASPB va emprendre una sèrie de mesures i accions per tal de donar resposta a les necessitats expressades tan pels professionals com per les persones usuàries.

- Es va constituir un grup de treball, coordinat des de l'ASPB, en el qual hi participen professionals dels recursos de drogues de la ciutat, professionals de riscos laborals de l'ASPB i de les entitats proveïdores i de la SubDirecció General de Drogodependències amb l'objectiu de dissenyar i consensuar un protocol d'actuació que estableixi criteris i circuits per la gestió dels casos de persones amb conductes violentes en els CAS.

- La SubDirecció de Drogodependències va oferir cursos de formació als/les professionals dels CAS per millorar-les habilitats en la gestió de conflictes.
- Es van iniciar tutories a les persones que s'incorporaven als equips de REDAN per tal d'acompanyar-les en els primers mesos. També es van crear espais per a la cura dels equips i acompanyament en la gestió de les emocions.
- S'està treballant per valorar si és factible l'ampliació dels punts d'inhalació de la sala de consum del CAS Baluard.
- S'estan treballant intervencions específiques per a millorar els serveis d'atenció a dones consumidores. S'ha fet reserva de 2 places d'urgència temporals al centre d'acollida per a persones sensellar amb addiccions per a dones que hagin patit agressions sexuals. S'està dissenyant un espai no mixte d'atenció al CAS Baluard.
- S'estan fent reunions de coordinació amb el CSMA de Ciutat Vella per tal de millorar la gestió conjunta dels casos amb patologia dual.
- Continuem treballant amb els altres actors comunitaris que intervenen a l'espai públic, sobretot cossos de seguretat, equips de convivència i serveis socials per seguir buscant les millors estratègies d'abordatge de les persones consumidores amb conductes violentes.

CONCLUSIONS

El fenomen de la violència associada a les drogues té molts determinants. Les expulsions i sancions per motius de conductes violentes en els recursos de drogues, tot i l'augment que es va detectar, són relativament poc freqüents. S'ha de continuar treballant per a generar espais de consum segurs tant per a les persones consumidores com per als/les professionals. A més, l'espai públic ha de ser un espai que sigui aprofitable per totes les persones que en fan ús intentant reduir l'estigma i la violència relacionada amb les drogues.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Xxxxxxxxxx

31 Evolució i noves tendències d'ús de substàncies detectades des dels espais de consum supervisat de CAS Baluard. Barcelona

Anna Lago, Marc Moya, Albert Climent, Jordi Rodriguez, Chaterine Cedeño, Noelia Girona, Diego Aranega, Josep Rovira, Ester Aranda

XXXXXXXXXX

Els primers programes de reducció de danys (REDAN) de la ciutat de Barcelona es van posar en marxa als anys 80 i es dirigien principalment cap a persones que utilitzaven la via injectada. Encara que les persones usuàries de qualsevol substància presenten un excés de morbiditat i mortalitat respecte la població general, les primeres intervencions de reducció de danys es van centrar en l'ús de substàncies via parenteral, principalment opiàcis, ja que l'excés de mortalitat en aquest col·lectiu és major que en els no injectors. L'any 2004 es posa en marxa al barri del Raval (Barcelona) la Sala Baluard, un servei d'atenció en reducció de danys que disposava de programa d'intercanvi de xeringues (PIX), d'Espai de Venopunció Assistida (EVA), de calor i cafè, cobertura de necessitats bàsiques (higiene, dutxa i complement alimentació), programa de manteniment amb metadona, atenció socio sanitària bàsica i atenció comunitària.

Durant els primers anys de funcionament s'oferia una cobertura completa (24h), la majoria de persones que acudien eren homes, d'origen espanyol, en situació d'exclusió social i que utilitzaven cocaïna, heroïna i/o speed-ball via injectada. El 25,8% de les persones ateses vivien al carrer i les dones representaven el 12,5% del total d'accessos.

En l'actualitat el CAS Baluard, Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) gestionat per l'Associació Benestar i desenvolupament (ABD) és un cen-



Kit coca base

tre que integra tant el tractament com els programes de REDAN. Disposa d'una sala per l'ús de la via injectada amb 5 espais i una sala per l'ús de la via inhalada amb 6 espais.

La població atesa des de l'àrea REDAN de CAS Baluard presenta moltes similituds amb la dels altres serveis de la ciutat però es detecten diferències en relació al patró de consum. Factors com la oferta del mercat il·legal més pròxim, les característiques socioeconòmiques i/o l'origen cultural podrien influenciar en el patró de consum de les persones usuàries ateses en un territori concret. L'elevat número de persones que accedeix a CAS Baluard (mitjana anual d'unes 2.100 persones) conjuntament amb l'elevat número de con-

sums supervisats (mitjana anual de 21.900 consums registrats) semblen elements prou significatius per descriure l'evolució del patró d'ús de substàncies via inhalada i injectada al Districte de Ciutat Vella de Barcelona durant els últims anys.

L'AUGMENT DE L'ÚS DE LA VIA INHALADA

Al 2009 CAS Baluard incorpora el primer Espai Inhalat Assistit (EIA) de la ciutat de Barcelona. Aquest disposava de 6 places, amb una atenció limitada de 11:00 a 19:00h.

Durant el primer any de funcionament el consums inhalats van representar el 8,3% (5.661 consums) del total del servei. La parafernàlia dispensada era d'un sol ús però amb elements domèstics: alumini per la heroïna i pots de plàstic quirúrgics com a bong per la base de cocaïna. A partir de la informació reportada per les pròpies persones usuàries l'equip professional va detectar que el número de persones que accedien a l'EIA no era representatiu del total de consumidors, per tant, es trobaven davant d'un grup poblacional no atès des del servei.



Sala de consumo inhalado.

Durant els següents anys el servei va implementar diverses estratègies de captació d'aquesta població i de promoció de la transició de la via injectada a la via inhalada. La metodologia va ser participativa, garantint la presència de dones i diversitat cultural. Del 2013 al 2015 es van realitzar 7 grups focals i es van administrar 350 qüestionaris individuals amb l'objectiu de conèixer les característiques i necessitats específiques de la població diana. Simultàniament es va dissenyar, implementar i avaluar la parafernàlia específica per l'ús de la via inhalada d'heroïna i base de cocaïna, es va formar

a tot l'equip professional en ús de la via inhalada i es va implementar un equip multidisciplinar específic per aquest grup de persones usuàries.

Al 2017 es va equiparar la cobertura horària de les dues sales de consum. L'any 2018 els consums via inhalada representaven el 39,8% (14.958 consums) del total consums registrats de CAS Baluard. En l'actualitat aquesta tendència segueix en augment, al 2021 el 43,9% (25.533 consums) del total de consums registrats al servei van ser inhalats i 1 de cada 2 persones que accedia per primera vegada a l'àrea REDAN reportava ús de la via inhalada com a principal via d'administració.

L'equip professional observa que els consums via inhalada són de major durada que els injectats. Aquesta diferència influeix en el número de consums supervisats que es poden atendre a les sales de consum, limitant per tant l'estimació real la prevalença de l'ús de cadascuna de les vies d'administració.

DISMINUCIÓ DE L'ÚS D'HEROÏNA

La evidència de canvis al patró de consum s'ha vist representada també en les substàncies utilitzades per les persones que accedeixen al servei. L'any 2009 la principal substància utilitzada als espais supervisats era l'heroïna, via injectada (42,3%) i via inhalada (81%); seguit de la cocaïna, via injectada (37,4%) i via inhalada (19%). L'speed-ball (heroïna i cocaïna en una mateixa dosi) era una mescla utilitzada en el 20,2% dels consums.

A partir de l'any 2016 es detecta una disminució de l'ús d'heroïna via injectada (41% del total de consums injectats) paral·lelament a un augment del consum de cocaïna (46% del total de consums injectats), que va situar aquesta com principal substància d'ús del CAS Baluard. En canvi, en els consums via inhalada la distribució es va mantenir fins al 2017 on es detecta un augment de l'ús de la base de cocaïna (32% del total de consums inhalats).

En l'actualitat la substància més utilitzada a CAS Baluard és la cocaïna, representa el 49,3% dels consums registrats via injectada i el 40,4% dels consums inhalats. En el cas de la via parenteral la heroïna és la substància menys utilitzada (23,9%) i l'speed-ball segueix tenint una elevada presència (26,2%). En relació a la via inhalada malgrat la heroïna segueix sent la substància més utilitzada (47,3%) s'observa que s'ha equiparat la distribució respecte la cocaïna (40,4%).

Els professionals de les sales de consum reporten actualment un ús habitual de l'heroïna orientat a reduir els aspectes no desitjats de substàncies estimulants.

METAMFETAMINA, ES CONSOLIDA UNA NOVA SUBSTÀNCIA

El seu nom científic es desoxiefedrina i també se la coneix com a tina, meta, meth, cristalmeth, shabú, etc. La metamfetamina es una substància estimulants del grup de les amfetamines i de la família de les fenetilamines. Al nostre mercat il·legal es presenta com a pols blanca, cristal·lí, sense olor i amb un sabor amarg. Els principals efectes desitjats són sensació d'energia/eufòria i increment tant del nivell d'alerta com del desig sexual. L'ús continuat pot desencadenar episodis psicòtics de duració major que els observats en cocaïna.

CAS Baluard va registrar els primers consums inhalats de metamfetamina l'any 2014, representant només l'1% del total de consums inhalats. Durant els següents anys es va evidenciar un augment paulatiu de l'ús de la substància. Al 2018 es van registrar 4.718 consums de la substància propiciant l'inici de dispensació de parafernàlia específica per l'ús de metamfetamina via inhalada. Al 2019 es registren els primers consums via injectada. L'any 2021 el 12,3% (14.958 consums) del total de consums inhalats de, el 1% injectats registrats van ser de d'aquesta substància.

De les més de 2300 persones que van accedir a l'àrea de REDAN de CAS Baluard durant el 2021, només 53 van reportar com a substància principal de consum la metamfetamina. En canvi 246 persones diferents (17,8% dones) van realitzar algun consum de la substància als espais supervisats. L'edat mitjana de les dones usuàries de la substància és de 35 anys i dels homes de 40. La majoria són persones d'origen espanyol (65% dones, 42,07% homes) o de països de la Unió Europea (14% dones, 16% homes).

Algunes persones usuàries de metamfetamina, principalment homes, reporten pràctiques de chemsex associades al consum. Tot i mantenir similituds amb les característiques descrites habituals (contacte a través d'apps, sessions de llarga durada, policonsum) indiquen que aquestes es realitzen a l'espai públic; context d'especial preocupació pels riscos associats que implica.

CONCLUSIONS

Des de l'obertura del servei s'evidencia un canvi en el patró d'ús de substàncies de les persones que accedeixen a CAS Baluard en relació a la via d'administració i a la tipologia de substàncies.

Malgrat la via injectada continua sent la principal via d'administració utilitzada, actualment els consums

registrats respecte a la via inhalada presenten una distribució equitativa. El creixement de la via inhalada requereix d'un augment del número de places de l'espai inhalat de CAS Baluard que permeti reduir el temps d'espera de les persones usuàries, així com, es requereix d'una ampliació de serveis REDAN a la ciutat de Barcelona que disposin de sala de consum inhalat que permeti augmentar la cobertura territorial per aquestes persones. Segueix sent un repte pendent de ciutat oferir sales de consum amb cobertura horària completa. Aquesta mancança obliga a utilitzar espais no segurs, provocant un augment d'exposició a danys directes i indirectes a aquestes persones.

Des dels últims anys es detecta un augment de l'ús de cocaïna respecte a l'heroïna tan via injectada com via inhalada. Els programes de reducció de danys originalment es centaven en els danys associats als opiacis. Aquest canvi detectat en la tipologia de substàncies utilitzades requereix la implementació de nous programes que donin respostes adaptades a aquesta realitat, així com, l'adaptació dels serveis REDAN existents a les noves necessitats de les persones.

Des del 2014 s'observa un creixement exponencial de l'ús de metamfetamina via inhalada. A més a més la presència d'episodis psicòtics de llarga durada atesos des de CAS Baluard, així com, la detecció de l'inici d'ús de la via injectada han de ser motius d'alerta i preocupació pels professionals de la xarxa d'atenció les drogodependències i de la xarxa de salut de la ciutat. Les pràctiques reportades per les persones usuàries han d'implicar el disseny de nous abordatges que incorporin l'exposició a nous danys.

És molt important que CAS Baluard implementi accions amb perspectiva de gènere integral que millorin l'adherència de les dones a les sales de consum. Cal prioritzar respostes específiques orientades a reduir la greu situació de risc en que es troben.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

XXXXXXXXXX

32 Sala de consumo supervisado CAS Forum Sant Marti

Xxxxxxx

SECCIÓN ADICCIONES. INSTITUTO DE NEUROPSIQUIATRÍA Y ADICCIONES (INAD)

SALA DE CONSUMO CAS FORUM- SANT MARTI

- Integrada en un centro de tratamiento.
- Adyacente al espacio de “ Calor y café”. Se utiliza como sala de espera y post consumo.
- Personal:
 - 1 Enfermer@
 - 1 Educador/a
 - 1 TCAI
 - 1 Vigilante Seguridad
- Un único espacio de consumo para solo cuatro usuarios a la vez.
- En el espacio de consumo el usuario encuentra:
 - Jeringuillas, agua destilada, cazoleta, filtro, smarch, desinfectante
 - Contenedores de residuos de riesgo
- Cada usuario dispone del espacio de consumo para uso individual y puede estar en él un tiempo máximo de 20 minutos, siempre bajo la supervisión y consejo del equipo de enfermería.

SALA DE CONSUMO CAS FORUM

Otras actividades que se realizan en la sala

- Programa de PIX (Programa de intercambio de jeringuillas)
 - Los usuarios pueden depositar su material usado y llevarse material higiénico, (jeringuillas, agua, smarts, alcohol, filtros, plata para el consumo esnifado etc.)
- Educación sanitaria dirigida a mejorar y promover hábitos saludables.
- Talleres remunerados de recogida de material usado en las inmediaciones de la sala (Agència de Salut Publica)
- Entrenamiento en detección e intervención en casos de sobredosis (Agència de Salut Publica).

- La sala dispone de algunos alimentos básicos, (galletas, tostadas, leche, zumos, café ...)

VENTAJAS E INCONVENIENTES

Ventajas

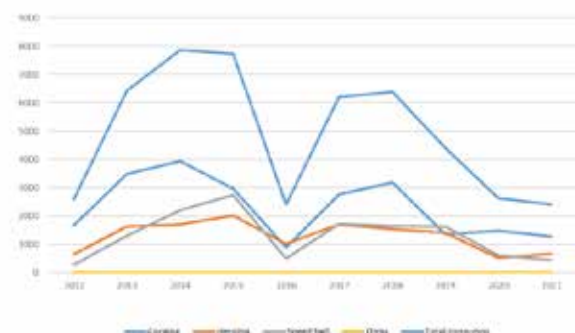
- Integrado en un Centro Hospitalario → personal sanitario, médico de guardia, psiquiatra...
- Forma parte de un CAS integral → Acceso directo a tratamiento.
- Sala de consumo considerada por parte de los usuarios como un “espacio de consumo tranquilo”.
- Con los años aceptación por parte de los vecinos.

Inconvenientes

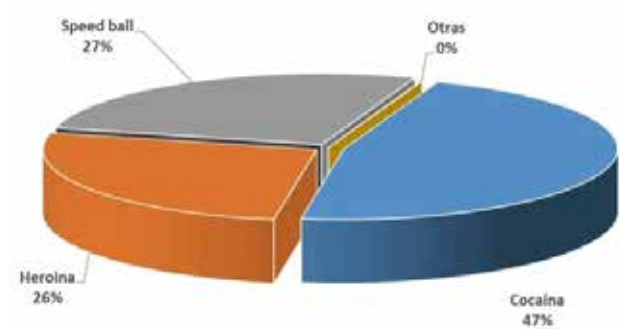
- Basado en sistema médico que no siempre gusta a los usuarios.
- Dimensiones pequeñas → “cola” a la hora de consumir, no es posible realizar grupos, no hay duchas, etc...
- Cercanía sala de consumo La Mina (con más puntos de consumo, más actividades...)

DATOS SALA DE CONSUMO -CAS FORUM 2012 -2021

Evolución de los consumos por sustancia 2012 - 2021

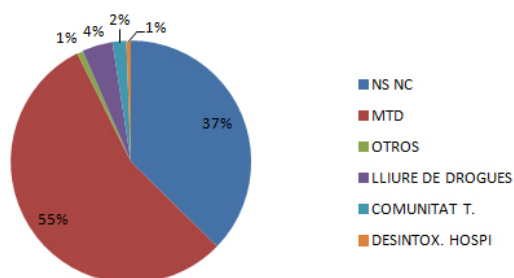


Proporció de substàncies consumides en la sala del CAS Forum 2012 - 2021

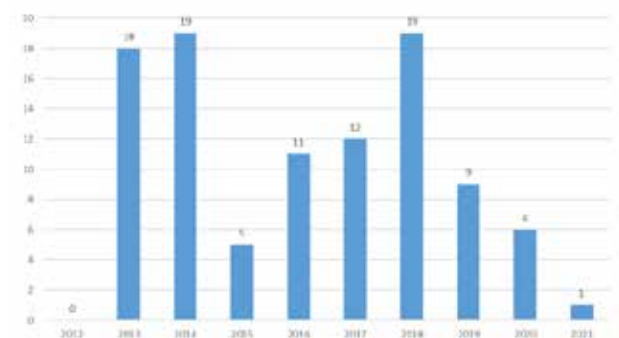


CARACTERÍSTICAS USUARIOS SALA DE CONSUMO CAS FORUM

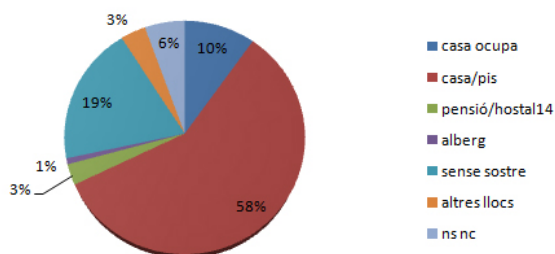
TIPUS DE TRACTAMENT



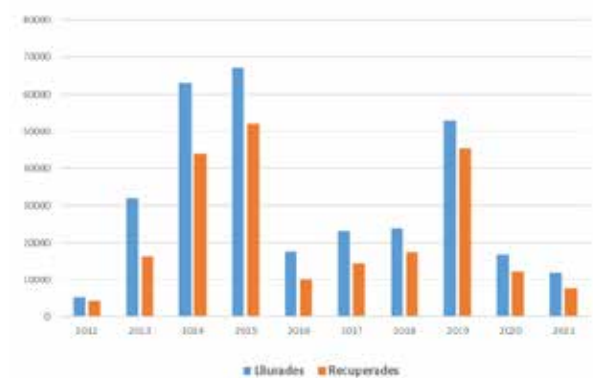
SOBREDOSIS 2012 - 2021



Tipus de Residència



PIX CAS FORUM 2012 - 2021

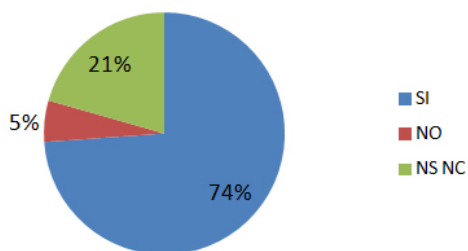


NACIONALITATS



TRATAMIENTO USUARIOS SALA DE CONSUMO CAS FORUM

EN TRACTAMENT ALGUNA VEGADA



33 Arrels Lleida

Anna de Castro

XXXXXXXXXX

CONTEXTUALITZACIÓ

Arrels Reducció de Danys (ARD) és un recurs de Reducció de Danys en l'àmbit de les drogodependències. Forma part de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències, és gestionat per la Fundació Arrels Sant Ignasi de Lleida i està emmarcat dins de l'àrea d'acollida de la Fundació. El programa va néixer l'any 2005, fent intercanvi de xeringues (PIX) i l'any 2010 es va consolidar com a centre de reducció de danys amb sales de consum supervisat.

Principalment es dona resposta a persones en consum actiu d'heroïna i cocaïna, que utilitzen la via inhalada i injectada a la Ciutat de Lleida.

S'ubica al Casc Antic de Lleida, concretament al carrer Boters, una zona oberta de consum i tràfic de drogues. El Casc Antic de Lleida és un barri amb un nivell socioeconòmic deprimat, on conviuen majoritàriament persones excloses socialment.

L'Espai té 40m² i ofereix un servei de 6h diàries de dilluns a divendres que acull dues sales de consum: l'Espai d'Inhalació Assistida (EIA) amb aforament per a tres persones i l'Espai de Venopunció Assistida (EVA) amb aforament per a dues persones i un petit espai per la distribució de material higiènic per al consum. Comptem amb una característica molt específica: el nostre "Calor i Cafè" i el Servei d'Atenció Social no es troba al centre sinó que es troba a 200 m de distància.

Els professionals que formen l'equip del centre són: la Cap d'Àrea d'Acollida, una figura social i una figura sanitària, una voluntària amb formació social que participa en el projecte de forma activa i estudiants en pràctiques d'Integració Social.

Les dades que reflecteixen la nostra realitat demostren que l'any 2019, un total de 77 persones úniques van fer 3.693 entrades anuals a EVA i pel que fa a la sala EIA, 191 persones úniques van fer 4.713 entrades anuals.

Amb la pandèmia de la Covid-19, aquestes dades es veuen alterades, però podem afirmar que l'any 2021 les dades d'entrades a EVA superen tots els rècords des de l'obertura de la sala l'any 2012. L'EIA es va mantenir clausurada durant un any i mig per la pandèmia. Actualment, les dades recollides de la sala EIA no són

una mostra representativa degut al recent increment de la demanda de consum i re- obertura de les sales amb el màxim aforament, queden pendents d'avaluació les variables que mostren la incidència actual.

Atenem a un 90% d'homes i un 10% de dones, aquestes dades pertanyen a persones cisgènere, ja que no tenim constància que estiguem atenent a persones que s'identifiquin de gènere no binari.

LÍNIES DE TREBALL ACTUAL

Àrea sanitària

- Treball per oferir analítiques sanguínies al recurs.
- Cribratges de VIH i VHC. En el cas de VHC, a partir del 2021 s'implanta un nou circuit al Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències (CASD) de l'Hospital Universitari Santa Maria (HUSM) que facilita el diagnòstic, tractament i seguiment d'aquestes persones. Realitzem conjuntament amb el CASD el pòster "Importància d'establir un circuit d'intervenció multidisciplinari precoç per a pacients duals sospitosos de VHC" on es justifica la importància del treball multidisciplinari i en coordinació per poder abordar aquesta problemàtica de forma més eficaç a la nostra ciutat.
- Oferir apropament sanitari a persones cròniques: VIH, diabetis, malaltia pulmonar obstructiva crònica
- Oferir apropament ginecològic a les dones.
- Ampliació del Programa d'Intervenció amb Naloxona (PIN) a població no només injectora.

Àrea social

- Detecció de necessitats, derivació, seguiment i coordinació amb altres Àrees de la Fundació o amb els altres Serveis de la Xarxa Comunitària.
- Abordatge social des del centre a les persones amb més dificultat d'adherència al conjunt de Serveis de la Xarxa Comunitària i/o amb el Centre Obert de la Fundació.

- Recollida i proposta per als Pisos de Housing First de Sant Joan de Déu, Terres de Lleida.
- Integració en la comunitat celebrant les festivitats i dates assenyalades al calendari.

Sales de consum

A causa de la reducció de la demanda de consum inhalat en el programa i tenint en compte els conflictes derivats de l'obligatorietat, sumat a les reticències de cuinar amb bicarbonat, es va decidir restringir el consum de cocaïna a sala. Per poder pal·liar les conseqüències que això podia comportar es van crear uns kits de consum de cocaïna per carrer amb el següent material: Palleta, alumini, goma, aigua destil·lada, bicarbonat i escuradents.

El 2021 es va replantejar la situació donada la demanda dels usuaris i veient els diversos indicadors que ens mostraven un canvi en el consum (vegeu gràfica 1).

Tenint això present durant el 2021 es va crear un projecte pilot per la represa de consum de cocaïna que s'està implantant des del febrer d'aquest any 2022.

A partir d'aquí es creen uns tallers on s'implica a tres usuaris per tal de conèixer les seves necessitats en quant a consum de cocaïna. Es realitza educació sanitària en consums de menys risc i realitzem la formació a tot l'equip en cuinat amb bicarbonat per tal de poder ensenyar a les persones que no en saben i oferir una alternativa menys perjudicial al cuinat de la cocaïna amb amoníac.

El treball que duem a terme va dirigit a fomentar canvis positius en els hàbits de consum (compartició de material, higiene, cuinat amb bicarbonat..) per tal de reduir els danys i riscos que es presenten.

Any	Bicarbonat	Paper d'alumini	Palletes
2017	39	1898	197
2018	139	3000	466
2019	283	3679	749
2020	600	5743	1183
2021	932	13126	1620

Gràfica 1. Dades de material distribuït per al consum via inhalada entre els anys 2017-2021. *Ex tret de la base de dades de la Fundació Arrels Sant Ignasi*

Al centre proporcionem el material per al consum dins de sala: pipes de vidre, culleres i material per al muntatge de la pipa. Tot material d'un sol ús, menys les pipes de vidre que cada usuari la neteja una vegada l'ha utilitzat.

No existeix la prohibició del l'amoníac dins de sala sinó que es fomenta la presa de decisió personal coneixent els riscos que comporta per la salut. Tampoc hi ha prohibició per la utilització del material de carrer (pipes de plàstic, culleres...) ja que es considera una oportunitat per a fer pedagogia de consum de menys risc. Es consciencia de la toxicitat del rascat de "la mare", el canvi de pipes de plàstic després de cada consum, la higiene de les pipes, etc.

Des de l'Inici del Projecte al febrer la cocaïna representa un 25% dels consums. Dada que justifica la necessitat dels usuaris a utilitzar l'espai per al consum de cocaïna. Hem tingut molt bona rebuda per part dels usuaris i una resposta inicial positiva a la introducció del cuinat amb bicarbonat.

CAMÍ CAP A LA PERSPECTIVA DE GÈNERE

Arribar a la perspectiva de gènere és un llarg camí, però des d'ARD s'ha començat a treballar per a implantar-la dins les possibilitats que ofereix el recurs.

Les dones representen un 12% dels usuaris totals inscrits al programa, majoritàriament tenen entre 30 i 50 anys, consumidores de cocaïna i d'heroïna. El 85% són autòctones, davant d'un 15% de persones migrants.

Pel que fa a la seva situació socioeconòmica, el 58% de les dones inscrites estan en situació de carrer. El 95% no estan ocupades laboralment, per això el 45% no tenen cap mena d'ingrés, davant un 45% que tenen ingressos inferiors a 600€ mensuals, i per tant, depenen econòmicament de les seves parelles, familiars i/o fent ús de la prostitució com a mètode de supervivència.

Totes les dones amb aquestes característiques són susceptibles de diferents violències (violència familiar, de parella, institucionals i entre persones iguals), però no són conscients degut a la normalització i l'arrelament de la violència dins la seva quotidianitat.

Tots aquests factors de risc fan la dona molt vulnerable, i per tant, s'ha de donar atenció a tota aquesta problemàtica i característiques específiques amb perspectiva de gènere.

Per això s'està desenvolupant un projecte adreçat exclusivament a la dona consumidora. A causa de la falta d'espai dins el centre d'ARD s'opta per donar un espai alternatiu tenint en compte la proximitat al barri i els horaris de les dones per a facilitar la seva assistència i l'accés.

Aquest projecte consisteix a fer un treball amb perspectiva de gènere, oferint un espai segur alternatiu

al centre, promocionant la sororitat entre les dones i oferint suport i acompanyament professional. La intenció és realitzar una sessió cada quinze dies, on les dones tinguin un espai segur per poder compartir les seves experiències viscudes i anar conscienciant a poc a poc de les violències que estan vivint, juntament amb eines de suport, creant vinculació tant amb el Centre Obert com amb l'equip tècnic d'ARD i entre elles mateixes.

L'objectiu d'aquestes sessions són anar treballant les masculinitats, els estereotips i manats associats a la dona, treballar les relacions de parella, salut sexual, maternitat, qüestions específiques de salut o saber identificar les violències viscudes.

Les sessions són completament flexibles i es poden adaptar al context i moment de les dones.

Es duen a terme per social.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

XXXXXXXXXX

34 Metzineres

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX

35 La Mina. Centre d'atenció a persones que fan ús de drogues

Noemí González

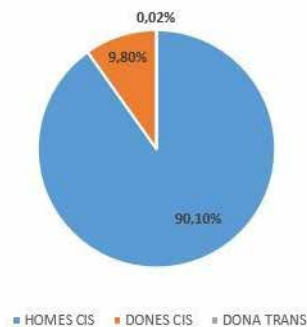
PARC DE SALUT MAR. LA MINA

TRAJECTÒRIA DEL SERVEI

- 1994: Dispensació de material d'injecció pel carrer
- 1998: Programa dispensació de material d'injecció centralitzat a un barracó i cursos de formació per usuaris/es, veïns/es i familiars.
- 2002: Ampliació del centre amb els servei de caliu i cafè.
- 2004: Ampliació del centre amb el servei d'higiene, consigna, taller tutoritzat de venipunció 2013: Trasllet del servei a nous barracons al davant de la comissaria de Mossos d'esquadra. 2017: Integració del servei a l'edifici del CAP de la MINA

PERFIL DE PERSONES QUE HAN FET ÚS DEL CENTRE DURANT EL 2021

1.253 PERSONES ATESES AL CENTRE.



- Persones ateses: 1.253. (1127 homes cis, 125 dones cis, 1 dona trans)
- Mitjana d'edat: trenta-nou anys.
- Lloc de naixement: 51% nacionals, 49% Estrangers, dels quals el 39% població georgiana.
- Ciutat de residència: 82% Barcelona, 3% Sant Adrià del Besòs, 15% altres ciutats.

SERVEIS QUE S'OFEREIXEN

Programa de dispensació de xeringues

- Benvinguda i contracte a noves persones al centre. Dispensació i recollida de material d'injecció.
- Entrega de cubell pel retorn de xeringues segur.
 - Xeringues dispensades: 183.227
 - Xeringues retornades: 9.112



Caliu i cafè

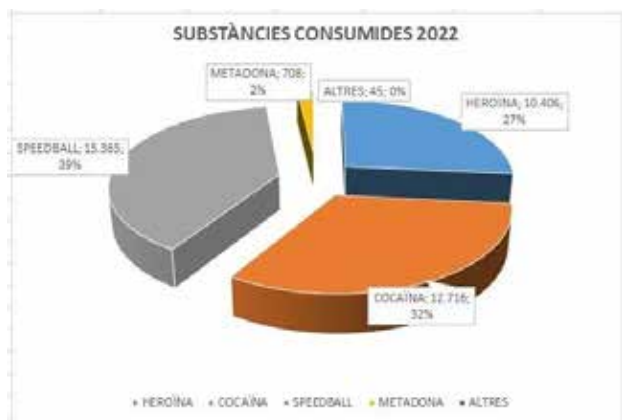
- Servei d'esmorzars i berenars. Detecció de les necessitats de l'usuari. Treball d'hàbits.
- Suport i contenció pre i post consum.
- Activitats i tallers: música, hort comunitari, Cinema-fòrum, visionat de notícies internacionals, Voleibol platja, Futbol, Ping-pong, lliga d'escacs, diades internacionals.
- Jocs de taula, taller de Naloxona, Taller prevenció Hep C., etc.
- Espai per dones (Formacions, sortides, tallers..., etc.).

Taller tutoritzat pel consum

- Oferir un espai alternatiu del carrer pel consum de qualsevol substància injectada o esnifada. (Heroïna, Cocaïna, speedball, metadona, benzodiazepines..., etc)

- Supervisió dels consums perquè es facin d'una manera segura i higiènica. Detecció i atenció a les sobredosis.
- Detecció i atenció a possibles malalties, siguin o no, derivades del consum (VHC, TBC, VIH...). Realització de cures i vacunacions.
- Custòdia i dispensació de medicació.

ANY 2021	CONSUMS	SOBREDOSIS
GENER	2.952	2
FEBRER	2.850	6
MARÇ	3.067	5
ABRIL	2.782	2
MAIG	2.999	6
JUNY	3.670	4
JULIOL	3.854	15
AGOST	3.135	4
SETEMBRE	3.059	5
OCTUBRE	3.564	16
NOVEMBRE	3.973	11
DECEMBRE	3.375	7
TOTAL	39.240	81



L'any 2021 es van realitzar 39.240 consums i es van atendre 81 sobredosis.

Substàncies consumides: Speedball (15.365 consums) Cocaïna (12.716 consums) Heroïna (10.406 consums) Metadona (708 consums) Altres (45 consums)

Treball comunitari

- Explicació de centre a persones que el desconeixen. Mediació i atenció a les demandes del veïnat.
- Treball amb entitats del barri.
- Recollida de restes del material de consum a la via pública. Detecció de les zones de consum al carrer.
- Detecció i atenció a les sobredosis a carrer.
- Realització de tallers d'estigmatització i drogues per escoles, entitats i veïnat del barri. Taller de recollida de xeringues amb persones del centre

Les xeringues recollides a carrer en els últims anys han estat: 10.958 xeringues al 2019; 13.434 xeringues al 2020 i 9.690 xeringues al 2021.



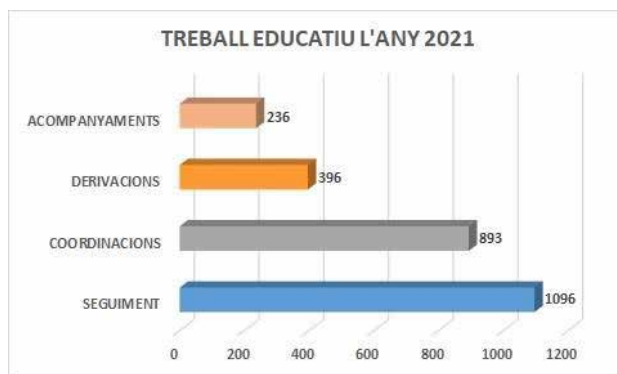
Servei de higiene

- Incidir en la higiene i cura personal.
- Dispensació de material per la higiene (tovallols, sabó, maquinetes d'afaitat, after shave, raspall de dents, pintes, colònia, crema hidratant, compreses, talla ungles... etc.)
- Oferir un espai de consignes per guardar pertinències personals. Entrega de roba.
- Utilització de rentadora i assecadora.

Treball educatiu

- Detecció i suport de les necessitats de les persones usuàries del centre.
- Acompanyar i donar resposta a les demandes: Socials, de salut, judicials...
- Derivacions i coordinacions als diferents serveis de la xarxa social i sanitària.
- Acompanyaments als recursos de la xarxa.
- Tutories de seguiment individualitzat.
- Suport emocional.
- Treball amb famílies.

En la tasca educativa durant l'any 2021 s'han realitzat: 236 acompanyaments, 396 derivacions, 893 coordinacions, 1096 entrevistes de seguiment.



36 “Narcopisos”: A propósito de los pisos de venta y consumo de drogas

Rafael Clua García

FACULTAT DE CIÈNCIES DE LA SALUT DE MANRESA; UVIC-UCC

Guillaume Dumont

OCE RESEARCH CENTER, EMLYON BUSINESS SCHOOL

“NARCOPISOS”: ¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO?

Los pisos de venta y consumo de drogas, conocidos como “narcopisos” por los medios de comunicación y la población general, consisten en viviendas ocupadas o alquiladas en propiedad de particulares, sociedades de inmuebles y entidades financieras, en los que organizaciones ilegales se dedican a la venta de drogas y a facilitar espacios para su consumo. En estos pisos, generalmente, se venden dosis de heroína y estimulantes (cocaína, crack y metanfetamina) por valor de 5 a 10 euros y se dispone de espacios precarios, pero adaptados para el consumo, con mesas, asientos, cubos para desechar jeringuillas y la disposición de material de consumo.

Para organizar la venta, los pisos se regentan por 2 ó 3 personas, que realizan las funciones de control de la puerta de acceso, la venta directa a las personas consumidoras, la gestión del espacio de consumo y el manejo del flujo de personas una vez han consumido. En muchos casos, estas personas suelen ser consumidoras de drogas en procesos de exclusión social a cargo de la organización. Por su lado, las organizaciones cuentan con otras personas encargadas de trasladar las dosis preparadas para la venta directa desde pisos donde se guardan grandes cantidades de drogas, conocidos por los cuerpos policiales como “guarderías”. Además, paralelamente, en estos pisos se detectan otro tipo de actividades como la prostitución o la venta de objetos robados o el intercambio de estos por dosis de drogas.

ESCENARIOS DE CONSUMO EN BARCELONA

De los años 1990 a 2004: Can Tunis (1, 2)

Durante estos años la venta y consumo de heroína y cocaína se concentró en el barrio de Can Tunis, situado entre el puerto de Barcelona y el cementerio de Montjuïc. A este barrio acudían a diario multitud de

personas para adquirir dosis de entre 5 y 15 euros y consumirlas in situ, generalmente, por vía parenteral, en un contexto de marginalidad y vulnerabilidad social y para la salud. Durante los años 90, acudían diferentes servicios móviles de reducción de daños, poniéndose en marcha en 2001 la primera sala de consumo higiénico (SCH) de la ciudad. En 2004, el derribo de este barrio condujo a una mayor presencia de personas consumidoras en vía pública en diferentes barrios donde quedó desplazada la venta de drogas.

2004 – años 2010: expansión de las salas de consumo higiénico (2, 3)

Tras el desalojo de Can Tunis se intensificó el consumo de drogas en vía pública, sobre todo en el casco histórico de Barcelona. Se detectaban vendedores ambulantes que ofrecían dosis de drogas por el valor de 10-15 euros que generaron graves problemas de convivencia vecinal e inseguridad ciudadana. En reacción, las agencias de salud pública de Barcelona y Cataluña pusieron en marcha SCH en servicios de reducción de daños o de nueva creación por los diferentes distritos de la ciudad. Estos espacios, como en otros lugares de Europa y Norteamérica, han tenido el impacto de reducir las prácticas de riesgo entre las personas consumidoras y de ofrecer atención social y de salud entre sus beneficiarios. Actualmente, en Barcelona y alrededores, funcionan 10 SCH con alrededor de 30 plazas para el consumo por vía parenteral y un espacio para el consumo por vía pulmonar.

De 2010 a 2020: auge de los pisos de venta y consumo de drogas

Pese a la puesta en marcha de las SCH, en la última década, sobre todo en el céntrico barrio del Raval, se han desarrollado los pisos de venta y consumo de drogas. Progresivamente, la venta de drogas ha dejado de realizarse de forma directa en vía pública y las personas consumidoras han accedido a estos pisos. Probablemente, la presión policial en vía pública hacia

los vendedores de drogas y las barreras de acceso a las SCH ha conllevado el auge de estos espacios de consumo. En el barrio del Raval se han extendido estos pisos generando un sentimiento de inseguridad ciudadana y problemas de convivencia vecinal. El abordaje policial de este fenómeno se ha traducido en tres macrooperaciones, Bacar en octubre de 2018, Suricata en junio de 2019 y Coliseo en octubre de 2020, reduciendo la actividad de estos pisos.

Años 2020 a la actualidad: caída de los pisos de venta y consumo de drogas

Actualmente, en el barrio del Raval no deben operar más de 15 pisos, de los más de 60 que han llegado a funcionar. Sin embargo, se detecta una dispersión de estos pisos a otros barrios del distrito de Ciutat Vella o barrios vecinos como el Poble Sec. Además, se han detectado cambios en su organización y modos de funcionamiento. En ciertos pisos ya no se puede tener consumos por vía parenteral o no se reparten jeringuillas u otras parafernalias para un consumo higiénico. En otros, se ha ido imponiendo la norma de consumir las drogas adquiridas antes de abandonar estos pisos para evitar la recogida de pruebas policiales. Por su lado, los cuerpos policiales también se han adaptado a estos cambios, así como a las presiones políticas y a la necesidad de mejorar el sentimiento de inseguridad ciudadana. En vez de macrooperaciones, que requerían de meses de investigación, en la actualidad se realizan microoperaciones de forma regular y con mayor agilidad.

PISOS DE VENTA Y CONSUMO DE DROGAS: ESPACIOS FLEXIBLES A LOS CAMBIOS

Durante años, el Raval ha sido un barrio con alta disposición de pisos vacíos, fáciles de ocupar, que ha sido clave para la expansión de este tipo de organizaciones. Pero con la intensificación de la intervención policial y la presión vecinal, los vendedores han tenido que sofisticar sus formas de organización para mantener su actividad en este tipo de pisos. Para ello, han mejorado sus estrategias para evitar la intervención de desocupación, como alquilar pisos o utilizar diferentes artimañas para justificar una ocupación social y burlar o aplazar el desalojo del piso. Del mismo modo, han empleado diferentes estrategias para evitar intervenciones policiales contra la salud pública, como cambiar de pisos

periódicamente, prohibir que las personas consumidoras abandonen los pisos con las dosis adquiridas o utilizar diferentes sistemas de evacuación ante una redada.

Por otro lado, las personas consumidoras han encontrado en estos pisos la facilidad de obtener drogas y un espacio para consumir con inmediatez. En estos espacios disponen de material de consumo, pueden consumir bajo sus idiosincrasias, con el tiempo necesario para preparar, consumir y disfrutar del consumo con cierta tranquilidad y sin tener que asumir los imperativos normativos de las SCH. Dichos espacios pueden ofrecer una cobertura de 24 horas, así como de espacios para el consumo de drogas por vía pulmonar, los cuáles escasean en la ciudad y alrededores. Sin embargo, estos espacios no están exentos de inconvenientes para las personas consumidoras, detectándose interacciones negativas y casos de violencia entre consumidores, vendedores y policía, presión vecinal, seguimientos policiales al abandonar los pisos o sufrir efectos negativos de las drogas sin recibir una atención sanitaria adecuada (4).

Actualmente, no parece que los pisos de venta y consumo de drogas vayan a desaparecer y dejen de tener un impacto negativo en los vecindarios y en las personas consumidoras de drogas. Probablemente, sea necesaria una estrategia coordinada con la participación de los diferentes actores clave (vecinos, personas consumidoras de drogas, policía, profesionales de la salud, etc.) con el fin de dar respuestas efectivas a este problema social y de salud. Ante la complejidad de este fenómeno, no podemos actuar de forma precipitada y debemos preguntarnos: ¿cómo podemos dar una respuesta integral y sostenible a los pisos de venta y consumo de drogas?

BIBLIOGRAFÍA

1. Bosque-Prous M y Brugal MT (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria*, 30(Supl 1):104-110.
2. Clua García R (2015) Drug consumption rooms in Spain (2000-2013). *Salud Colectiva*, 11(2):261-282.
3. Parés-Badell O, Barbaglia G, Robinowitz N, Majó X, Torrens M, Espelt A, Bartroli M, Gotsens M and Brugal MT (2020) Integration of harm reduction and treatment into care centres for substance use: The Barcelona model. *International Journal on Drug Policy*, 76: 102614.
4. Clua-García R (2020) Managing pleasures and harms: An ethnographic study of drug consumption in public spaces, homes and drug consumption rooms. *Salud Colectiva*, 16:e2481.

37 Consumo de drogas en la calle

Dani Pajuelo, Silvia Marqués

XXXXXXXXXX

El consumo de drogas por vía inyectada o inhalada podría parecer que, en comparación con décadas anteriores, aprecia un cierto proceso de contención o incluso de descenso. Sin embargo, no se trata de una realidad o práctica social extinguida, sino que dicho hábito relacionado con el consumo ha experimentado una evolución que ha conllevado toda una serie de posibles cambios. Estos cambios han conducido a un nuevo escenario dentro de la realidad del consumo de calle (especialmente el que se observa en el barrio del Raval de Barcelona).

A continuación de comentarán y se compartirán algunas consideraciones actuales que podrían resultar interesantes en relación al consumo de drogas inyectadas en calle. Dichas consideraciones abarcan distintos aspectos relacionados con la reducción de daños y con el trabajo diario de los equipos de calle.

ESPACIO NATURAL

En primer lugar, cabe recordar al público que históricamente, la calle, el espacio público o la naturaleza, han sido los lugares “naturales” y más utilizados para el consumo de drogas de diferente tipología y vía de consumo. En esta línea, es popularmente conocido que la ciudad de Barcelona, y más concretamente el entorno de su puerto (tal vez el más importante del Mediterráneo), ha sido un punto para el tráfico y contrabando de diferentes mercancías, objetos, alimentos, además de por supuesto drogas.

CONSUMEN DONDE DUERMEN

En segundo lugar, es importante destacar que desde hace casi 20 años existe en el barrio una sala habilitada para el consumo supervisado por profesionales. Primero en la histórica muralla de Drassanes, ahora tan solo unos metros más arriba. Esta sala, además de ser de una herramienta fundamental e imprescindible dentro de la reducción de daños, es al mismo tiempo, un punto de encuentro para las personas usuarias de drogas y vinculadas al recurso.

Este hecho, lleva a que la zona perimetral de la sala, pueda convertirse habitualmente en un lugar para la práctica del consumo en calle. En este sentido, cabe recordar que la inmensa mayoría de las personas a las que se atiende desde los equipos se encuentran en situación de calle, por lo que muchos suelen pernoctar en el mismo perímetro de la sala.

Además, en el mismo barrio del Raval, se encuentran otros recursos que, cada uno de ellos desde un quehacer distinto, tratan de cubrir las necesidades más básicas de las personas que se encuentran en situación de calle. Es notoria la presencia en el barrio de distintos servicios relacionados con el mundo social como comedores sociales, roperos, centros de día, espacios de descanso, espacios de índole religiosa, etc.

NARCOTURISMO

En tercer lugar, y relacionado con la propia idiosincrasia de Barcelona, es importante mencionar que para las personas que se encuentran en situación de calle, la ciudad presenta una climatología suave con un invierno poco frío y un verano soportable.

Este último aspecto, unido a que en el barrio se encuentren distintos recursos para la cobertura social de necesidades, además de, por así decirlo, un sistema penal suave en relación a las drogas en comparación con otros países, conduce al popularmente conocido como “narcoturismo”.

En esta línea, se entiende el “narcoturismo” como ese itinerario que lleva al consumidor de drogas por vía inyectada e inhalada a venir a Barcelona e “instalarse” en ella dado que, en comparación con otros países, aquí siendo usuario de drogas se está relativamente cubierto.

NARCOPISOS

En cuarto lugar, y en relación a la nueva terminología a pie de calle, es imprescindible hacer referencia al fenómeno conocido como “narcopiso”. Como su nombre indica se basa fundamentalmente en la venta (y muc-

has veces consumo) de drogas en un piso en el barrio normalmente ocupado. Este fenómeno ha cobrado especial fuerza en los últimos años, teniendo mucha repercusión en un inicio en el trabajo a pie de calle, para actualmente, parece, se hace de una manera algo más disimulada, teniendo menos influencia y repercusión en la calle.

En quinto lugar, en relación a, por así decirlo, la actual caricatura del usuario o consumidor de drogas en calle se podría decir que se ven más hombres que mujeres, siendo la franja de edad más notoria una que podría comprender aquella entre los 30 y 45 años, siendo estos de distinta procedencia (Rumania, Marruecos, Georgia, Hungría entre otros). La mayoría de estas personas se encuentran en situación de calle y un importante grupo de estos ha tenido algún problema con la justicia (siendo el tráfico de drogas y el pequeño robo los delitos más habituales).

En sexto lugar, en relación a la sustancia, ha de considerarse que en los últimos tiempos no es la heroína la sustancia más utilizada en la calle, siendo la cocaína tal vez la sustancia más consumida en calle en la actualidad. Además de la cocaína, han tomado fuerza el consumo de otras sustancias como el crack, el shaboo, la tina, etc.

En esta línea, el cambio en el tipo de sustancia preferiblemente consumida, lleva, en muchas ocasiones, a la persona usuaria de drogas, a hacer un consumo más intenso de drogas. Esto hecho, unido a la propia naturaleza de las sustancias, unido a un deficitario descanso y mala alimentación, lleva a las mismas personas a un deterioro cognitivo importante originándose problemáticas relacionadas con la salud mental.

EQUIPOS DE CALLE

En séptimo lugar, una vez presentados los datos anteriormente descritos, es momento de destacar la labor que se realizan desde los equipos de calle en la reducción de daños. El trabajo se fundamenta en dos ejes fundamentales:

- La persona usuaria y consumidora de drogas: se acompaña al consumo y se le proporciona de todo el material (PIJ) para el consumo óptimo. Además, siempre se trata de vincular a dichas personas a los recursos y servicios existentes, especialmente la sala de consumo.
- La comunidad: se trata de reducir el posible impacto del consumo de drogas, sobre todo inyec-

tadas, en el espacio público. Para ello, los equipos mantienen contacto habitual tanto con vecinos, comercios y otros agentes del barrio para conocer su impresión de la realidad y recogiendo del espacio público las jeringuillas que pudieran aparecer.

En este sentido, se importante destacar que la labor de los equipos de calle se hace notoria en cuanto a la reducción del impacto del consumo en la calle. También es interesante destacar que el trabajo en calle siempre sitúa al profesional con la persona usuaria en un plano más igual y muchas veces más distendido que los espacios institucionalizados.

Una vez mencionados los puntos anteriores, y para ir concluir este intercambio de impresiones, este momento podría ser un buen lugar para mencionar algunas consideraciones y reflexiones que podrían conducir a fortalecer las acciones de la reducción de daños. Dichos aspectos son:

- A nivel institucional, las instituciones podrían reflexionar acerca de incorporar la perspectiva de género e intercultural. La inmensa mayoría de mujeres usuarias de drogas manifiestan no sentirse cómodas en los espacios de reducción de daños.
- En relación a la propia filosofía de la reducción de daños, se hace un llamamiento a las autoridades pertinentes a llevar a cabo una reformulación de la estrategia que se adapte a la nueva realidad social en cuanto al consumo de drogas inyectadas.
- En cuanto a las acciones y/o acompañamiento, se hace imprescindible fomentar espacios de ocio, de vivienda, etc. para las personas consumidoras de drogas.
- En cuanto al propio consumo, es importante reflexionar sobre la necesidad imperiosa de abrir ininterrumpidamente las salas de consumo.

Equipos de calle de la Fundació Àmbit Prevenció

Cobertura semanal	Lunes a domingo
Cobertura horaria	Cobertura horario 8 a 24
Alcance	Toda la ciudad de Barcelona, complementando la zona de influencia de otros recursos cuando están cerrados

XXXXXXXXX

XXXXXXXXX

Sessions d'expertesa

38 Consumo de sustancias no legales. La situación en Berlín. Un análisis tanto subjetivo como profesional

Rosa Kistmacher

TRABAJADORA SOCIAL, EDUCADORA SOCIAL. RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE DROGAS DEL DISTRITO FRIEDRICHSHAIN-KREUZBERG. BERLÍN.

Hace ya cinco años que dejé Barcelona, la ciudad que había sido mi hogar durante doce años, para volver a mi tierra, a Berlín. Llegué a Barcelona en 2006, diplomada en trabajo social y con una beca de la Unión Europea bajo el brazo, para hacer unas prácticas en el campo que más me interesaba: Reducción de daños. Me daban una oportunidad en la sala Baluard, que por aquel entonces aún se encontraba dentro de la antigua muralla de las Drassanas, en la plaza Blanquerna. Más adelante ampliaron el servicio, pero antes solo había una pequeña sala de consumo y un minúsculo “calor y café”.

Al acabar las prácticas, me contrataron como educadora social (formación que igualmente poseo) y acabé trabajando en el equipo de tarde en Baluard. En 2008 quedó libre el puesto de la trabajadora social del SAPS, un servicio que se encontraba a 300 metros de la plaza Blanquerna y que tenía más o menos los mismos usuarios que Baluard, aunque ofrecían algún que otro servicio que cubría necesidades más allá del consumo y asesoramiento.

Por ejemplo el programa LITS, que alojaba a usuarios enfermos en hostales o pensiones durante unas noches, el taller Reco.je que iba con un grupo de usuarios a recoger material de consumo por las calles del barrio y remuneraba algo por la participación (y de paso educaba sobre el abandono de material de consumo en espacios públicos), o el asesoramiento jurídico llevado a cabo por una abogada. Me presenté y me contrataron, y terminé trabajando en el SAPS y más tarde en ARD de la Creu Roja Barcelona, hasta mi vuelta a Alemania.

Cuando volví a Berlín, tenía mucha experiencia en el trabajo “en primera línea”, había trabajado como educadora de calle, en el “calor y café”, en la sala de consumo y ofreciendo asesoramiento y derivaciones como trabajadora social. Lo que no conocía bien era como funcionan en Berlín los servicios de reducción de daños y los servicios para consumidores de drogas en general. A continuación voy a intentar describir lo que aprendí en los últimos 5 años.

Berlín tiene unos 3,6 millones de habitantes, más que el doble de Barcelona. Con una extensión de casi 900 km² es nueve veces más grande que Barcelona. Por eso está dividido en 12 distritos, cada cual de ellos cuenta con un gobierno de distrito (ayuntamiento), aparte del gobierno de Berlín (diputación y senado). Se estima que hay unas 11.000 personas con dependencia a los opioides en Berlín, de las cuales muchas se encuentran en tratamiento de sustitución. Este tratamiento se lleva a cabo en consultas médicas especializadas (hay aproximadamente 150 médicos en Berlín que lo ofrecen) y generalmente va acompañado por asesoramiento psicosocial. Además hay actualmente dos consultas médicas que dispensan diásmorfina (heroína) inyectable y hay planes para aumentar las plazas.

Aparte de opioides se consumen muchas sustancias en el contexto de ocio nocturno. Berlín es famosa por su escena musical y los clubs de techno. Justamente en las colas de entrada de varios clubs se ha realizado una encuesta (anónima) en 2017 sobre el consumo de sustancias en el ámbito nocturno. La encuesta también se podía

contestar por internet. De los aproximadamente 900 encuestados, más del 60% habían consumido cannabis, un 50 % anfetamina (incluida MDMA), un 36% cocaína y un 32% ketamina, en el último mes.

Sobre todo dirigido a los consumidores de ocio, Berlín va a poner en marcha un servicio de “Drug Checking”, o sea análisis de sustancias, que va acompañado por servicios de asesoramiento sobre reducción de riesgos o posibilidades de tratamiento si alguien lo desea. Estos proyectos ya existen desde hace muchos años en otros países (p.ej. Energy Control en Cataluña, Saferparty en Suiza o CheckIt! en Austria). En Alemania la implementación está dificultada por las leyes estrictas respecto a la tenencia de sustancias ilícitas. El consumo en si no está penalizado, pero para poder consumir primero hay que tener algo y ahí se complica la cosa. Generalmente hay cierto margen en cuanto a posesión de drogas para el consumo propio, pero esto depende mucho de la fiscalía y las leyes locales. Actualmente el gobierno alemán planea legalizar el cultivo y el consumo de cannabis para el uso recreativo, pero aún tardarán en implementarlo.

Para personas que se inyectan drogas hay acceso a jeringas estériles y otros materiales de consumo en los servicios de reducción de daños, centros de asesoramiento y 24/7 a través de 18 máquinas dispensadoras de jeringuillas, repartidas por los barrios de Berlín.



Máquina dispensadora de material de inyección en Berlín.

Foto: Ulrike Martin, Berliner Woche

Estas máquinas expendedoras de tabaco han sido adaptadas para cajetillas que contienen jeringas, cazoleta, agua, filtro, toallitas de alcohol o paquetes con papel de aluminio para uso inhalado. Por el precio de 50 céntimos o 1 € se puede adquirir el material de consumo para un solo uso.

SALAS DE CONSUMO

También hay 5 salas de consumo en Berlín. Estas se encuentran en barrios céntricos, donde hay más consumo

en espacios públicos. Además hay 2 unidades móviles que reparten el horario de atención en tres sitios distintos (ver gráfico). El horario de apertura de estos servicios varía según el lugar. Desde 2020 algunos centros abren también durante el fin de semana y en días festivos. Pero aún no hay ningún servicio que esté abierto más allá de las 21 horas o antes de las 9 de la mañana. Aunque han ido aumentando horarios (y servicios) durante los últimos años, faltan recursos económicos para abrir un centro de reducción de daños las 24 horas durante toda la semana.



Gráfico: R. Kistmacher

CONSUMO EN LA CALLE

En Berlín también hay muchas personas sin vivienda (aunque haya prestaciones sociales, no todo el mundo tiene acceso a ellas) que se ven obligadas a dormir en la calle o en albergues. Algunos no quieren o pueden usar las salas de consumo y por tanto hay consumo en espacios públicos (calles, parques) o semi-públicos (escaleras, patios de edificios). Sobre todo desde 2020 ha aumentado el consumo “visible” en espacios públicos, en parte también como resultado de la pandemia y sus restricciones. En consecuencia hay más quejas de la ciudadanía relacionadas con consumo de drogas y problemas asociadas (suciedad, jeringas en el suelo, personas sin techo, ruido, orinar...).

Para abordar los problemas relacionados con el consumo en espacios públicos hay varias estrategias que se van implementando: por un lado aumentar los equipos de calle que trabajan con personas sin techo y consumidores de drogas que informan sobre los servicios disponibles, acompañan o realizan derivaciones a centros de asesoramiento y tratamiento. Por otro lado se han colocado más de 70 contenedores especiales para jeringuillas en espacios públicos, sobre todo en conocidos puntos

de consumo. El vaciado y mantenimiento de estos contenedores es responsabilidad de diferentes encargados: ONGs, administración pública, departamento de mantenimiento de parques o la empresa de limpieza pública de Berlín.

Además de los contenedores especiales hay varios proyectos que recogen jeringuillas y otros materiales de consumo en la vía pública y los parques de Berlín, siendo algunos de ellos comparables con el famoso taller Recoje del SAPS, porque incorporan a los propios usuarios o ex-usuarios y les permiten así tomar responsabilidad y ganar un dinero extra.

En general se puede decir que en los últimos tres años ha habido más sensibilización en la ciudadanía por temas relacionados con el consumo de sustancias ilegales, sobre todo por el aumento del consumo en espacios públicos. Una consecuencia positiva de este aspecto es que, hay más apoyo para la instalación de servicios de reducción de daños, desgraciadamente es difícil encontrar edificios o locales en Berlín cuyos propietarios quieran ofrecer un alquiler a este tipo de servicios, incluidas las viviendas comunales o estatales.

TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA

Por último, para todas aquellas personas que deciden iniciar un tratamiento por dependencia, hay distintos servicios de asesoramiento y tratamiento según el tipo de dependencia: sustancias legales (alcohol, medicamentos), ilegales (opioides, cocaína, cannabis) o trastornos de adicción no relacionado con sustancias como ludopatía, gaming/internet, compras. También hay servicios especializados según a que grupo vayan dirigidos, mujeres, jóvenes, LGBTI+.

Los servicios ofrecen asesoramiento a la persona afectada, familiares y amigos, tratamientos en forma de terapia ambulatoria individual o de grupo (cubierto por la seguridad social) o rehabilitación ambulatorio (a cargo de la caja de pensiones).

Para las personas que necesitan un tratamiento de desintoxicación hay 19 clínicas de desintoxicación, generalmente en las plantas de psiquiatría/psicoterapia en los hospitales. Algunas clínicas están especializadas en desintoxicación de alcohol y medicamentos; otras en sustancias ilegales. También hay clínicas especializadas para la atención de menores y jóvenes, igualmente con enfoque a patrones de consumo no relacionado con sustancias, p.ej. gaming.

Por otra parte están también los servicios adicionales como terapia en clínicas o centros (3-6 meses) / rehabilitación (6-18 meses); pisos tutelados, por ejemplo en apartamentos puestos a disposición por ONGs, individuales o en pisos compartidos.

También hay la opción de tutela, o sea de asistencia en piso propio, grupos de autoayuda; asesoramiento ambulatorio (trabajo social de calle o en centros de recogida) como para personas inmigradas o refugiadas.

Actualmente el gobierno de Berlín -Agencia de Salud Pública- está revisando el Plan de drogas y adicciones de Berlín, la llamada "Landesstrategie Sucht". En él participan los diferentes servicios de la red de atención a personas drogodependientes, la directora del área de drogodependencias de Berlín, los responsables del área de adicciones de los 12 distritos (entre ellos yo, como responsable del distrito Friedrichshain-Kreuzberg), y usuarios de distintos servicios. Entre todos esperamos mejorar aún más la red de atención a personas drogodependientes y seguir atendiendo a la gente afectada con respeto y dignidad.



Foto: BSR



Foto: R. Kistmacher



Foto: R. Kistmacher

39 Les biblioteques públiques som un actiu de salut, ho sap tothom?

Montserrat Espuga

DIRECTORA DE LA BIBLIOTECA FONT DE LA MINA DE SANT ADRIÀ DE BESÒS DES DE L'ANY 2011. HA ESTAT MEMBRE DE LA SECCIÓ DE BIBLIOTEQUES PÚBLIQUES DE LA FEDERACIÓ INTERNACIONAL D'ASSOCIACIONS DE BIBLIOTECARIS DES DE L'ANY 2013 AL 2021. ÉS MEMBRE DEL GRUP DE TREBALL D'INFORMACIÓ EN CIÈNCIES DE LA SALUT DEL COL·LEGI DE BIBLIOTECARIS DE CATALUNYA. HA DESENVOLUPAT DIFERENTS PROJECTES DE BIBLIOTECA SOCIAL I COMUNITÀRIA, HA PUBLICAT ARTICLES ESPECIALITZATS I HA PARTICIPAT EN NOMBROSOS CONGRESSOS I JORNADES TÈCNIQUES.

COM FUNCIONEM LES BIBLIOTEQUES PÚBLIQUES DE CATALUNYA

El Sistema bibliotecari de Catalunya (1)¹ “és el conjunt organitzat de serveis bibliotecaris existents a Catalunya. L'integren la Biblioteca de Catalunya: Biblioteca nacional i patrimonial, el Sistema de Lectura Pública de Catalunya (biblioteques públiques), les biblioteques universitàries, les biblioteques de centres d'ensenyament no universitari i les biblioteques especialitzades.

Les biblioteques públiques són espais oberts i dinàmics de trobada, integració i interacció, on els ciutadans poden relacionar-se, desenvolupar-se en les àrees del seu interès i conèixer la societat que els envolta.

Els seus fons documentals reflecteixen la diversitat cultural i ideològica de tots els sectors de la societat, i alhora promouen els nostres valors culturals i socials com a país: recollint, conservant i facilitant la consulta de tots els materials relatius a la informació local.

La seva relació amb tots els àmbits del saber i el seu accés lliure facilita la difusió del coneixement, a través de totes les possibilitats que ofereix la tecnologia, i afavoreix l'acostament a les expressions culturals i artístiques a través de les activitats que programen.

Les biblioteques públiques són equipaments fundats, gestionats i finançats a través de l'administració local, amb el suport de l'administració autonòmica. Constitueixen un servei cultural bàsic que, d'acord amb la normativa vigent, han de prestar tots els municipis de més de 5.000 habitants.

Actualment, a Catalunya existeixen 415 biblioteques públiques, de les quals 12 són bibliobusos que donen servei en municipis de menys de 3.000 habitants.

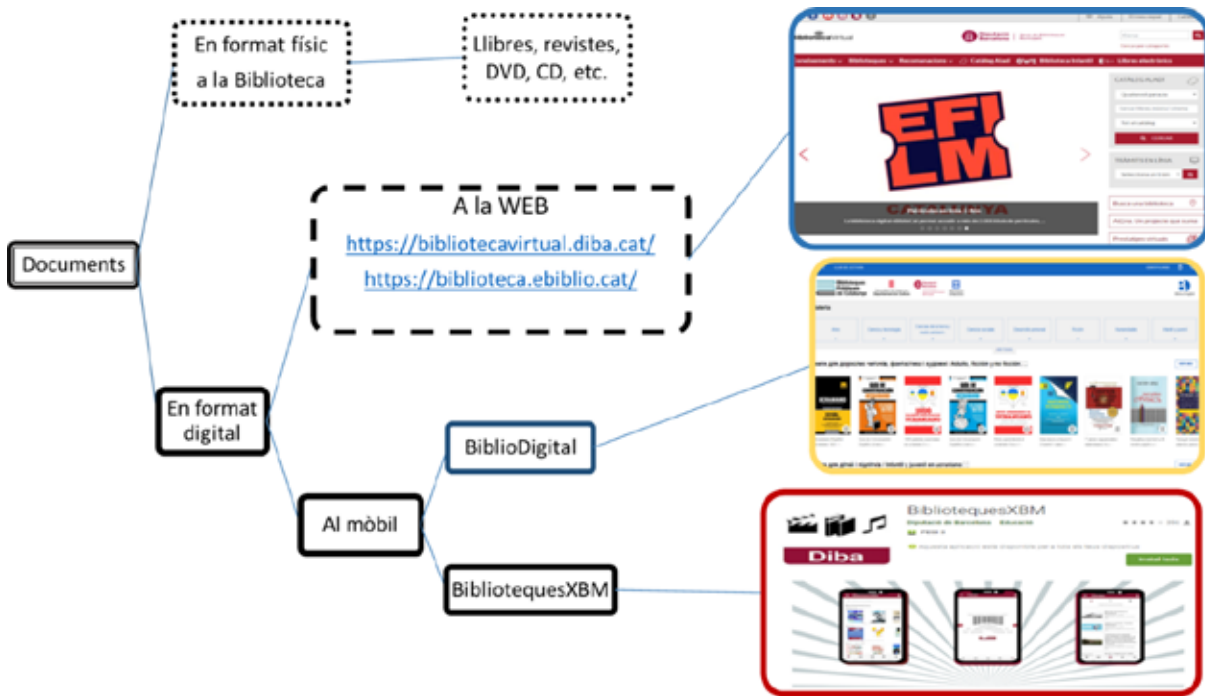


LA XARXA DE BIBLIOTEQUES MUNICIPALS (XBM)

La Xarxa de Biblioteques Municipals està formada per més de 225 biblioteques i 10 bibliobusos, que treballen conjuntament amb uns mateixos estàndards de qualitat de servei, tot garantint l'equilibri territorial en l'accés al servei de lectura pública. En aquest moment la Diputació de Barcelona dinamitza una campanya de promoció de la Xarxa de Biblioteques Municipals arreu dels territoris de la demarcació: «Una biblioteca a la teva vida». Aquesta campanya, que comença el dia 28 de març del 2022, respon a les següents línies d'actuació de l'actual Pla d'actuació de Biblioteques XBM:

- Posar en valor la biblioteca com a punt de trobada de la ciutadania amb la lectura i el coneixement.
- Destacar en el valor públic de la biblioteca: l'impacte i la comunicació del servei.
- Difondre els espais bibliotecaris com a equipaments públics que faciliten la descoberta, l'aprenentatge, la creació i la connexió amb la comunitat.

1 <https://biblioteques.gencat.cat/ca/biblioteques/estructura_organitzacio/>



I COM ACTUEM?

Bàsicament amb activitats presencials, informació en format digital a través de la pàgina web (<https://bibliotecavirtual.diba.cat>) i facilitant l'accés a serveis de continguts digitals (BiblioDigital) i accés a Internet amb el carnet de la biblioteca.

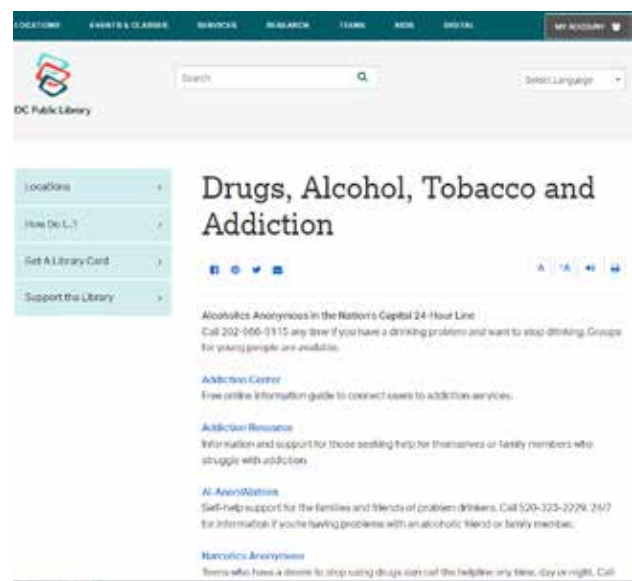
ACTIUS DE SALUT, HO SÓN LES BIBLIOTEQUES CATALANES?

La definició que trobem a la pàgina de la web del Departament de Salut és aquesta:

“Un actiu és un recurs que dona salut i benestar a les persones o els grups d’una comunitat. Persones, entorns, equipaments i activitats comunitàries poden ser actius. El mapaatge d’actius és un element fonamental en processos de salut comunitària”

Quan busquem al cercador de serveis (2)² (maig de 2022) ens dona un resultat de 721 actuacions. Si mirem en detall, veiem que les dades no estan actualitzades, algunes per exemple són del 2019 i el servei al qual fa referència no sempre pot ser un actiu “amb activitat”. I més concretament, quan he intentat localitzar exemples d’accions de biblioteques catalanes dedicades a les adic-

cions he trobat només exposicions <https://www.projectehome.cat/es/exposicion-tu-tens-la-clau-2022/>. Ampliant la recerca, he identificat notícies a la premsa digital sobre incidents a les biblioteques relacionats amb el consum, el comportament de persones sota els efectes d’alguna substància, etc. No he localitzat cap pàgina similar a aquesta de la Xarxa de Biblioteques de Washington DC,³ on s’exposen tots els serveis que ofereix la comunitat en relació a les drogues, tabaquisme i addiccions a la ciutat de Washington (3).











2 <https://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/Plans-estrategics/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/cercador-dactius-i-salut/>

3 Drugs, Alcohol, Tobacco and Addiction. Whashington DC. <<https://www.dclibrary.org/node/174>>.

Libraries and Community Homelessness

Inspiration for serving library users who have no safe, reliable place to sleep each night

People who are experiencing homelessness are forced to live their private lives in public. Libraries can provide a safe, welcoming space of relative privacy.

	Community Needs Assessment Gather data to determine the extent and nature of homelessness in your community	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Local & federal statistics ✓ Educational institutions ✓ Faith communities ✓ NGOs ✓ Local agencies ✓ Ask those affected
	Library Assessment Review library policies, staff attitudes, collections, resources, services, and trainings	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Address issues ✓ Luggage, sleeping and odour policies ✓ Design training program ✓ Fines and fees
	Build Partnerships Identify potential partner organizations, reach out, meet regularly, and share ideas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Invite local service providers to library meetings ✓ Explain library services and elicit ideas ✓ Include homeless youth-serving organizations
	Professional Education Provide staff education about the lives of refugees & people affected by homelessness	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Include causes of homelessness & effects of trauma ✓ Include education on LGBTQ+ homeless youth ✓ Invite presenters with relevant life experience
	Update Language Post, share, and discuss respectful language around homelessness and refugee status	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Use appropriate gender pronouns ✓ Provide resources in your community's languages ✓ Use person-first language e.g. "person experiencing..."
	Develop Needed Services Develop new services for refugees and those experiencing homelessness	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Invite partner agencies to offer services on-site ✓ Community resource referrals ✓ Extra Internet time ✓ Free printing
	Marketing Update your website, create easy-to-read pamphlets, publicize your services locally	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Local agencies ✓ Churches ✓ Social media ✓ Food banks ✓ Community centers ✓ Shelters
	Funding Organize a group to apply for grants from government and NGOs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Create a library fundraising group ✓ Reach out to local sources

He localitzat un informe sobre biblioteca pública i opiàcis, *Public Libraries Respond to the Opioid Crisis with Their Communities* (3),⁴ que es centra en l'estudi de l'impacte dels opioides a les comunitats dels Estats Units. Les biblioteques públiques escullen ser part de la resposta comunitària. Amb els fons de l'Institut de Serveis de Museus i Biblioteques, i en associació amb l'Associació de Biblioteques Públiques (PLA) i OCLC s'ha elaborat un estudi a vuit biblioteques públiques i els seus respectius socis comunitaris, que es basa en entrevistes amb el personal de la biblioteca, organitzacions associades de la comunitat i els membres de la comunitat. Aquesta investigació mostra els següents resultats:

4 Public Libraries Respond to the Opioid Crisis with Their Communities (Summary Report and Case Studies From OCLC Research). Ohio: OCLC, 2019. <<https://www.oclc.org/content/dam/research/publications/2019/oclcresearch-public-libraries-respond-to-opioid-crisis-summary-report.pdf>> i <<https://www.oclc.org/content/dam/research/publications/2019/oclcresearch-public-libraries-respond-to-opioid-crisis-case-studies.pdf>> [consulta 6/05/2020].

- Augment dels recursos rellevants disponibles per a la comunitat, com naloxona i kits de desintoxicació de drogues.
- Va tenir un impacte positiu en la vida dels usuaris.
- Major consciència i coneixement de la comunitat sobre la crisi dels opioides.
- Va començar a abordar l'estigma sobre el trastorn per ús de substàncies.
- Augment de la percepció positiva de la biblioteca.
- Va desenvolupar noves aliances i va expandir les existents, la qual cosa va resultar en esforços coordinats que satisfan millor les necessitats de la comunitat.
- Va arribar a altres biblioteques i organitzacions comunitàries.

A les biblioteques catalanes, en principi no hi ha programes específics per les persones amb necessitats especials que no puguin donar resposta la biblioteca dins de la seva oferta de serveis. Habitualment, establim contacte amb les

agents socials de cada municipi i també informem a aquests usuaris de quins són els serveis per tal que si puguin adreçar. Alguns exemples poden ser permetre l'ús dels WC per que es puguin netejar o destinar un espai perquè puguin deixar les seves pertinències durant el temps que fan ús dels serveis de la biblioteca.

LA BIBLIOTECA FONT DE LA MINA, ACTIU DE SALUT

A la biblioteca en aquest moment tenim dos projectes específics de Salut Mental:

- Hort-i-Cultura: es tracta d'una activitat d'hort urbà que es combina amb activitats culturals, com poden ser lectures, visionats d'audiovisuals, etc.
- Sent i Mou-te: és una activitat on es treballa més els sentits i el moviment. Alguns exemples d'accions són el "Truita feta a casa o comprada al supermercat" i "Escoltem, Cantem, Sentim".



Biblioteca de La Mina.

I QUÈ NO FEM? FEM UNA MICA D'AUTOCRÍTICA

Hauríem de reflexionar si tenim resposta per a aquestes preguntes.

- L'oferta de serveis de la biblioteca i activitats està actualitzada i respon a les necessitats dels usuaris amb necessitats especials?
- Hem preguntat als professionals de la salut o serveis socials quines són les necessitats concretes?
- Sabem quantes accions duem a terme o donem resposta a consultes?

Com a conclusió, m'agradaria dir que la col·laboració entre diferents agents (socials o d'atenció a les persones, de la salut i de la cultura) hauria d'esdevenir l'eix vertebrador de projectes comuns, multidisciplinaris i multiculturalment. Des del meu punt de vista personal, les biblioteques hem d'anar més endavant, esdevenint agents facilitadors i dinamitzadors d'accions comunitàries. Les col·laboracions es poden materialitzar des de l'oferiment dels espais per a trobades puntuals o continuades fins a proporcionar una adreça i número de telèfon per a persones amb alta vulnerabilitat.

BIBLIOGRAFIA

- Chancellor, Renate L. (2019) "Communities in the Crossfire: Models for Public Library Action," *Collaborative Librarianship*: Vol. 11: Iss. 1, Article 9.: <https://digitalcommons.du.edu/collaborativelibrarianship/vol11/iss1/9>
- IFLA (2017). *Guidelines for Library Services to People Experiencing Homelessness*. Disponible a: <https://repository.ifla.org/handle/123456789/768> [consulta 6/5/2022]
- IFLA (2017). *Libraries and Community Homelessness (Checklist)*. Disponible a: <https://repository.ifla.org/handle/123456789/769> [consulta 6/5/2022]
- Goodson, Leatrice; Moore, Alanna Aiko; Friedman, Lia; Robles-Fradet, Philippe; and Almodovar, Rachel (2021) "Library Community Collective: Advocating for Social Justice through Community Conversations," *Collaborative Librarianship*: Vol. 13: Iss. 1, Article 3. Disponible a: <https://digitalcommons.du.edu/collaborativelibrarianship/vol13/iss1/3>
- Grove, Cindy. (2020) *Libraries and the substance abuse crisis: supporting your community*. Chicago: ALA Editions.

Institucions i entitats

40 ALBA. Unitat de crisi d'atenció específica a les drogodependències

Laura Trujillo Ruiz

TERAPEUTA OCUPACIONAL. DIRECCIÓ ASSOCIACIÓ ALBA. TERRASSA

UNITAT DE CRISI

És un recurs d'ingrés ràpid i de curta estada per a persones drogodependents que es troben en situació de crisi a causa de les drogues. Els destinataris de la Unitat de Crisi són persones que es troben amb una crisi causada per una combinació de factors de tipus toxicològic, mèdic, social i/o psicològic, diferents a un quadre agut orgànic o psiquiàtric i que no es tributària de tractament des dels recursos sanitaris i/o socials, o també a causa de la urgència de tractament, com a conseqüència de la situació de crisi.



OBJECTIUS

Els objectius principals que es persegueixen són:

- Oferir tractament integral de curta estada i d'ingrés immediat, a persones drogodependents en situació de crisi, en coordinació amb la xarxa pública de Salut i la xarxa social.
- Contenir la crisi o aconseguir l'estabilització del pacient per poder iniciar posteriors intervencions
- Afavorir l'accés als recursos assistencials així com la recuperació d'altres vincles significatius (per exemple família)
- Donar a conèixer els circuits, Serveis i oportunitats que ofereix la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD)

EQUIP DE PROFESSIONALS

Metge, Psicòloga, Infermeres, auxiliars d'infermeria, Monitors, Treballadora social i administrativa

PROGRAMES D'INTERVENCIÓ

- Programa d'intervenció en trastorns derivats del consum d'opiacis (PO).
- Programa d'intervenció en trastorns relacionats amb els consum de cocaïna i altres psicoestimulants (PC)
- Programa d'intervenció en trastorns relacionats amb el consum d'alcohol (POH)

- Programa de comorbiditat psiquiàtrica (PD)
- Altres addiccions

Programes de suport

Assessorament i suport familiar

Programes psicoeducatius

- Grup Motivacional.
- Taller informatiu sobre recursos de la xarxa social i sanitària.
- Taller de prevenció en conductes agressives i millora de l'àrea relacional.
- Taller d'autoestima.
- Taller de identificació i Gestió de sentiments.
- Taller de Negociació i Assertivitat.
- Taller de Relaxació de Jacobson i guiada.
- Taller de Ioga

Programes de Reducció de Danys:

- Taller de prevenció en sobredosis.
- Tallers d'educació per la Salut

Programes d'oci:

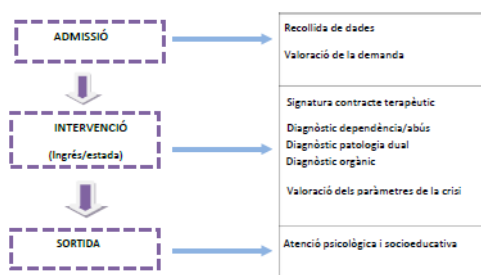
- Jocs de Taula.
- Cinema Fòrum.
- Tallers Manualitats.

CIRCUIT I ATENCIÓ

Principalment els usuaris que accedeixen a la Unitat de Crisis es troben derivats des de serveis d'atenció a les drogodependències, principalment CAS.

Els principals serveis derivants són:

- CAS
- Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA)
- Urgències hospitalàries



- Centres d' Atenció Primària
- Centres penitenciaris

Un cop l'usuari accedeix al servei es duu a terme el circuit d'admissió i intervenció:

PARAMETRES PER A LA DERIVACIÓ

A la Unitat de Crisi ingressen els pacients que presenten problemàtiques que configuren la crisi. Com a mínim les persones que accedeixen al ingrés al servei presenten problemàtica aguda en algun dels eixos següent, o sinó una combinació d'aquests:

- Toxicològic
- Mèdic
- Social
- Psicològic

TIPOLOGIES D'ALTES DEL SERVEI

La finalització d'ingrés en la Unitat de Crisi pot ser pels següents motius:

- Alta Terapèutica
- Alta Voluntària
- Alta per Èxitus
- Alta per Derivació
- Alta per Cessament
- Alta per Fuga

PLA DE SORTIDA

Es recomana que tots els usuaris que fan ingrés al servei tinguin un Pla de Sortida.

En el moment de l'ingrés l'usuari ja té tancat el pla de sortida acordat prèviament amb el servei derivant, sinó aquest es pot establir conjuntament durant els dies de l'ingrés. La finalitat és que la persona tingui un seguiment i disposi d'un lloc on continuar el seu tractament, ja sigui Comunitat Terapèutica, ingrés en Patologia Dual, seguiment ambulatori al CAS de referència, Centre de dia, etc.

COORDINACIÓ EXTERNA

Des del servei es mantenen reunions de coordinació institucional i altres recursos de l'àmbit per a gestió i millora.

- Departament de Salut. CAT Salut.
- Subdirecció General de Drogodependències.
- Federació Catalana de Drogodependències.
- Centres penitenciaris de Catalunya.

A banda, la Unitat de Crisi participa en activitats de coordinació comunitàries, per tal de fer més efectiva i eficient la intervenció.

- Centre de Salut Mental.
- Recursos de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències.
- Serveis Socials d'Atenció Primària.
- Mossos d'Esquadra i Policia Local.

41 Barreras de acceso y seguimiento para el tratamiento de la Hepatitis C en personas usuarias de drogas inyectables en el medio comunitario

Elena Yela González

EQUIP D'ATENCIÓ PRIMÀRIA PENITENCIÀRIA
SANT ESTEVE SESROVIRES 1

Rafael Clua García

FACULTAT DE CIÈNCIES DE LA SALUT
DE MANRESA - UVIC-UCC

INTRODUCCIÓN

La eliminación de la Hepatitis C (VHC) es desde 2016 un reto de salud pública para la OMS y el “Pla de prevenció i control de l'hepatitis C a Catalunya”(1). Específicamente, se ha puesto interés en las personas usuarias de drogas inyectables (UDI), que representan el 67% de la población infectada por VHC(2).

Los fármacos antivirales de acción directa han supuesto uno de los principales facilitadores para el tratamiento del VHC dada su eficacia, comodidad y tolerancia. Sin embargo, el colectivo UDI presenta dificultades de acceso a los circuitos habituales debido a la situación de exclusión y la precariedad social. Por ello, se han realizado cambios en el sistema de detección y tratamiento para hacer más efectivos estos programas, como el cribaje universal, el diagnóstico en “one step” o acercar el especialista a los centros atención y seguimiento a las drogodependencias y servicios de reducción de daños(2,3,4,5). Sin embargo, se detectan abandonos y falta de adherencia en el seguimiento, detectando, por ejemplo, un 2% en el ingreso a prisión de casos con infección activa RNA+ procedente de la comunidad(6).

Todo esto nos indica que existen barreras en el acceso al diagnóstico y tratamiento en ciertas subpoblaciones de personas UDI. Sin embargo, no se conocen trabajos en nuestro contexto geográfico que hayan profundizado en las barreras para acceder y tratarse la infección por VHC en servicios comunitarios, motivo por el cual hemos explorado estas barreras percibidas desde la perspectiva de las personas UDI.

BARRERAS DE ACCESO AL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a personas UDI, durante el periodo de agosto de 2021 hasta ene-

ro de 2022, que no hubieran iniciado o completado el diagnóstico, seguimiento o tratamiento de la hepatitis C. Se recogió una muestra de 33 personas, de las cuales 27 eran hombres (81,8%), de origen español (54,5%) y de una edad media de 38,6 años. Todas las personas entrevistadas eran UDI en consumo activo de sustancias. El 72,7 % habían acudido a servicios de reducción de daños con sala de consumo higiénico en los últimos 12 meses y el 58% estaba en tratamiento con agonistas opiáceos (TAO).

Barreras personales

La mayoría de las personas entrevistadas identificaron dificultades para el diagnóstico y el tratamiento de las VHC relacionadas con un consumo intenso de drogas. Estas refieren que el uso de drogas genera inestabilidad para iniciar el proceso de diagnóstico, así como para establecer adherencia al tratamiento.

Buena parte de los entrevistados mostraron desconocimientos relacionados con las vías de contagio, como expresar no compartir jeringuillas, pero no tener en cuenta el foco de infección en otras parafernalias (cazuela, filtro, agua bidestilada). También, mostraron no tener información sobre el tratamiento de la VHC, específicamente de los AAD. En algunos casos, referían no detectar signos o síntomas de la enfermedad, no interesándose por un posible contagio.

La mayoría de entrevistados expresaron unas condiciones de vida incompatibles para realizar el diagnóstico y tratamiento de la VHC. Referían vivir en la calle o no tener vivienda fija, no disponer una estabilidad diaria y tener otras preocupaciones relacionadas con buscar formas de obtener dinero para comprar drogas o con problemas relacionados con la justicia. En población extrajera se expresaban problemas relacionados con una situación administrativa irregular (no tener documentos de identidad ni tarjeta sanitaria) que dificultaba el acceso a los servicios de salud.

Barreras con los proveedores de salud

Buena parte de los entrevistados mostraron barreras en la interacción con los proveedores de salud (médicos y enfermeras). Cerca de la mitad de los entrevistados eran extranjeros, en su mayoría con fuerte barrera idiomática que les impedía recibir información relacionada con la infección de las VHC.

En otros casos, se expresaba no recibir información suficiente sobre el diagnóstico o tratamiento por parte de los profesionales de salud. En este sentido, los entrevistados referían que no se les ofrecía realizarse cribados, seguimientos o iniciar tratamiento. En algunos casos, se expresaba encuentros negativos con los profesionales, percibiendo no recibir ayuda o malas interacciones en los servicios de salud.

Barreras con el sistema de salud

En general, los entrevistados expresaban diversas limitaciones en el circuito para el diagnóstico y tratamiento de la VHC. Referían dificultades en el acceso a los servicios especializados, como problemas para desplazarse a otros servicios alejados de los que utilizan habitualmente (CAS o centros de reducción de daños). En este sentido, se expresaban dificultades para acudir a las citas, al recibir citas a horas tempranas o por periodos de tiempo prolongados entre visitas.

Buena parte de los entrevistados percibieron no recibir una atención holística desde los centros de reducción de daños. Expresaban que estos focalizan la atención en la provisión de programas de reducción de daños, sin darse una articulación de estos con la atención a la VHC.

Algunos participantes expresaron no recibir un apoyo comunitario y consideraban la necesidad de que hubiera más campañas de prevención. En relación con esta cuestión, referían la necesidad de tener más apoyo de familiares y allegados, como de sus iguales.

CONCLUSIONES

Las barreras de acceso al diagnóstico y tratamiento de la VHC entre las personas UDI se relacionan con un consumo intenso de drogas, el desconocimiento o desidia con la infección y el tratamiento de la VHC y encontrarse en situación social y legal muy desfavorable. En relación con las barreras con los proveedores de salud, referían recibir poca información, tener malas interacciones con los profesionales y no recibir

propuestas de cribado y tratamiento de la VHC. Se expresaron barreras sistémicas relacionadas con las limitaciones en el circuito del sistema de salud, la incompatibilidad de horarios, la falta de apoyos sociales y considerar el modelo de atención poco integral.

De acuerdo con el "Protocol de diagnòstic i tractament del virus de l'hepatitis C per persones drogo-dependents"⁽⁷⁾ de Catalunya, proponemos agilizar los protocolos de diagnóstico y tratamiento e intensificar el trabajo transversal con equipos multidisciplinares formados por especialistas en hepatología, salud mental y adicciones, enfermería, trabajadores sociales e incluir a los mismos afectados para un trabajo entre iguales. Además, recomendamos intensificar las campañas de prevención y tratamiento, mejorar la educación sanitaria, flexibilizar aún más el proceso de diagnóstico y tratamiento y promover políticas sociales para una mayor cobertura de las necesidades de las personas UDI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comissió per a l'elaboració del pla de prevenció i control de l'hepatitis C a Catalunya. Bruguera M, Ruiz G. Pla de prevenció i control de l'hepatitis C a Catalunya [Internet]. Gencat. cat. [citado el 10 de mayo de 2022]. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/vigilancia_salut_publica/vih-sida-its/04_Hepatitis_viriques/Pla-Hepatitis-Definitiu_C_DEF.pdf
2. Folch C, Lorente N, Majó X, Parés-Badell O, Roca X, Brugal T, Roux P, Carrieri P, Colom J, Casabona J, REDAN study group. Drug consumption rooms in Catalonia: A comprehensive evaluation of social, health and harm reduction benefits. *Int J DrugPolicy*. 2018; 62, 24-29.
3. Saludes V, Antuori A, Folch C, González N, Ibáñez N, Majó X, Colom J, Matas L, Casabona J, Martró E; Hep C detect II Study Group. Utility of a one-step screening and diagnosis strategy for viremic HCV infection among people who inject drugs in Catalonia. *Int J DrugPolicy*. 2019; 74:236-245
4. Folch C, Saludes V, Reyes-Ureña J, Antuori A, Ibáñez N, Majó X, Colom J, Matas L, Casabona J, Martró E; HepCdetect II StudyGroup. The hepatitis C care cascade among people who inject drugs accessing harm reduction services in Catalonia: Major gaps for migrants. *Int J DrugPolicy*. 2020; 10; 90:103057.
5. Parés-Badell O, Espelt A, Folch C, Majó X, González V, Casabona J, Brugal MT. Undiagnosed HIV and Hepatitis C infection in people who inject drugs: From new evidence to better practice. *J Subst Abuse Treat*. 2017; 77:13-20
6. Saludes V et al. HCV reinfection is common in people entering prisons in Catalonia, Spain (Re-HCV study). *The Internati-*

onal Network on Health and Hepatitis in Substance Users (INHSU). 2021.

7. Agència de Salut Pública de Catalunya. Programa de prevenció, control i atenció al virus d'immunodeficiència huma-

na, les infeccions de transmissió sexual (ITS) i les hepatitis víriques (HV). Protocol de diagnòstic i tractament del virus de l'hepatitis C per persones drogodependents. Barcelona 2021.

42 Experiències del Grup Multifamiliar als usuaris del CAS Brians: un espai comunicacional alternatiu

Oriol Torrents Guitart

PSICÒLEG DEL CAS DEL CP BRIANS 2. SERVEI CATALÀ DE LA SALUT/FUNDACIÓ SALUT I COMUNITAT

RESUM

El Grup Multifamiliar (GMF) és un grup de teràpia que apareix fa 9 anys al servei del CAS Brians. L'objectiu és generar una trobada grupal mensual amb usuaris de drogues, que estan en teràpia grupal setmanal, conjuntament amb les seves famílies.

És un espai conceptualitzat dins de les bases teòriques i pràctiques del Grupanalisi. La metodologia que aplica aquest postulat és l'ús de la teràpia en grup com a mètode de canvi. Com a éssers socials, necessitem els altres per introduir canvis a nivell individual. Es parteix de la base que el patiment mental del pacient, és un emergent d'una trama familiar que a emmalaltit (Garcia Badaracco, 2006).

En aquest cas, el GMF, a través de la creació d'un espai que generi fiabilitat i seguretat, acaba esdevenint un instrument comunicatiu que permet obrir un canal alternatiu entre usuaris i famílies que permet parlar d'aspectes que no poden ser parlats a través dels mecanismes comunicatius establerts a la presó (Torrents, O., Jiménez, R.; 2017). A tot això, promou mitigar els efectes nocius del empresonament, a la vegada que provocar canvis relacionals interns en tots els seus participants (usuaris i família). En aquest punt, és important senyalar que el GMF és inclusiu, i també incorpora a aquells usuaris que, per la raons que siguin, no poden aportar familiars.

Hi ha una àmplia literatura sobre els efectes nocius de l'empresonament. Clemer (1940) parlava sobre el concepte de "imprisonment" i Erving Goffman (Segovia, 2001) sobre el concepte de les "institucions totals". Aquests conceptes fan referència a la pròpia cultura de

la presó, que en resum generen una disminució del repertori de conducta de l'internat. És a dir, els residents de la presó es mantenen atrapats a les dinàmiques repressives de la pròpia institució, i per tant, disminueix l'expressió de la pròpia autonomia i autenticitat. L'internament genera el manteniment, en el temps, d'uns estils relacionals poc nutritius que potencien l'aïllament del medi extern, a la vegada que provoca una tendència a la idealització d'una realitat externa de la que està físicament desconnectat. Obrir canals comunicatius amb l'exterior "aireja" les dinàmiques repressives de la institució i fa contactar amb aspectes més autèntics de la pròpia identitat.

En aquesta línia, la presó sovint provoca que els seus residents no diguin als seus familiars el què els passa a dins de presó amb l'objectiu de no preocupar-los. D'altra banda, molts familiars no diuen tot el que passa a l'exterior per no preocupar al familiar empresonat. El manteniment en el temps d'un estil comunicacional superficial acaba perpetuant unes relacions congelades que et mantenen separat d'altres aspectes més profunds de la relació.

També s'observa com els mecanismes de comunicació de la presó amb l'exterior (carta, locutori, vis a vis,...) acaben sent espais eminentment utilitaristes i funcionals, on familiars i residents tenen contacte, però no se senten vistos emocionalment. El GMF permet obrir un canal que evoca parlar aspectes silenciats de la relació, i que per tant, permeten anar-la re-actualitzant.

Complementàriament, i en el treball concret amb el usuaris i les famílies, el GMF acaba exercint una funció traductora de tots aquells moments històrics

(comunament experiències de dols) que han sigut mal interpretats per diferents membres de la família y que han generat “interdependències patològiques” (relacions dependents) que només han pogut ser expressades a través de la violència, tant la auto-infligida (poden ser expressada a través de conductes compulsives) com la interpersonal (la agressivitat dirigida a les altres persones).

En conclusió, el GMF esdevé un mètode útil per comunicar, mitigar els efectes nocius de l'aïllament, i a la vegada, revisar i promoure canvis personals a través d'ela relació amb els altres.

BIBLIOGRAFIA

- Clemmer, D. (1940). *The prison community*. Boston. Publishing Co.
- García Badaracco, J.E. (2006). «El psicoanálisis Multifamiliar: cómo curar desde la “virtualidad sana”». *Revisita de psicoanálisis*, LXII, 4, pp. 919-936.
- Segovia, J. L. (2001). Consecuencias de la prisionización. *Cuaderno de derecho penitenciario*, 8 (1). pp. 3-27.
- Torrents, O.; Jiménez, R. (2017). «Aspectos beneficiosos de la aplicación de un Grupo Multifamiliar en prisión». *Teoría y práctica grupoanalítica*, 7 (1), pp. 43-52.

43 Intervención psicológica en reducción de daños

Enric Bañuls

PSICÓLOGO DEL CAS DEL CP BRIANS 2

La reducción de daños es un modelo de abordaje de los problemas de consumo de sustancias eficiente, realista, pragmático y respetuoso con el usuario.

Nos proponemos presentar diversos marcos interpretativos que guían la actuación psicológica en este tipo de intervenciones.

44 Impacte de la pandèmia de COVID-19 en els serveis de reducció de danys: percepcions d'usuaris i professionals

Laia Gasulla

SUB-DIRECCIÓ GENERAL DE DROGODEPENDÈNCIES

45 CATNPUD

Jordi Parramón, Quim Gómez

XXXXXXXXXX

CATNPUD (Catalan Network of People who Use Drugs) és una xarxa creada el 2 de març de 2016 a Barcelona i formada per persones usuàries de drogues i organitzacions afins. CATNPUD forma part de la xarxa europea de usuàri-e-s de drogues EURONPUD (European Network of People who Use Drugs).

La declaració de Vancouver, per als drets de les persones usuàries de drogues és la nostra base ideològica i la filosofia de la Xarxa.

Volem fomentar l'acció col·lectiva i desenvolupar iniciatives de visibilització i transformació social, establint un marc organitzatiu de suport per enfortir la capacitat d'organització de les persones usuàries de drogues arreu de Catalunya, participar en la reforma per a unes polítiques de drogues més justes i eficaces (com per exemple garantir serveis públics de reducció de danys i riscos, o la regulació del mercat il·lícit de substàncies) així com acabar amb l'estigma social que el consum de drogues suposa.

Recursos comunitaris

46 Accions sanitàries REDAN

Daniel Roca

METGE. CAS BALUARD. ASSOCIACIÓ BENESTARI DESENVOLUPAMENT

La reducció de danys (REDAN) és un plantejament pragmàtic i possibilista davant el repte que suposa l'atenció sanitària als col·lectius vulnerables. Per trobar el procés terapèutic just els professionals de REDAN ens debatem entre marcar límits terapèutics consistents amb el risc d'excloure per no accessibles i la feblesa d'un procés terapèutic poc exigent ple de renúncies. L'activitat REDAN posa constantment en qüestió la bondat / idoneïtat de les nostres praxis mèdiques. Vivim permanentment en aquesta meravellosa incertesa.

És sabuda l'elevada mortalitat i càrrega de malaltia associades a uns determinants socials desfavorables (1). L'exclusió social és un rerefons que cal abordar quan

afrontem la tasca d'atendre els problemes de salut dels nostres pacients. Un percentatge elevat dels nostres usuaris (mal)viuen en unes condicions de precarietat inacceptables. La majoria no disposen d'una llar estable i es troben en situació de carrer, màxim exponent de la vulnerabilitat social. Viure i dormir al carrer s'associa a una mortalitat precoç i a una elevada càrrega de malaltia (2).

Presenten elevades taxes d'infeccions transmissibles (VIH, VHC, VHB, MTS, Tuberculosi), més patologia mental associada o no als consums, patologies cròniques que es controlen pitjor i una major incidència de patologia traumàtica / accidentabilitat fruit de la





seva exposició al risc (3, 4). El seu accés al sistema sanitari acostuma a ser a través dels serveis d'urgències en condicions sovint greus o avançades i amb una elevada taxa de reingrés (5).

Les tasques sanitàries en reducció de danys inclouen l'atenció a la demanda aguda (associada o no a les conseqüències indesitjables dels consums), cribratge de malalties infeccioses, la vacunació, l'abordatge i confrontació del consum problemàtic, la detecció de noves substàncies i nous patrons de consum. Com a part de l'abordatge de la patologia aguda existeix una funció molt important: servir de nexa d'unió amb el SISTEMA SANITARI CONVENCIONAL. Sovint la nostra tasca és de detecció, però no és a les nostres mans l'abordatge i tractament de les patologies orgàniques detectades. Aquí és on pren una gran importància la tasca de coordinació per fer arribar l'usuari al servei on podrà rebre la millor atenció.

El primer pas com a porta del sistema sanitari és l'ATENCIÓ PRIMÀRIA. Tot usuari hauria d'estar adscrit a un Centre d'Atenció Primària i disposar d'un metge de capçalera accessible. Sabem que la longitudinalitat i l'atenció del metge de capçalera és la millor manera de reduir les visites a urgències, els ingressos i la mortalitat global per qualsevol causa (6). No obstant, de vegades ens cal donar resposta a problemes concrets de forma directa i ens cal activar circuits específics d'atenció. Existeixen i utilitzem vies de comunicació directa amb els serveis hospitalaris de malalties infeccioses, Tuberculosi, Hepatologia, ASSIR. Sovint aquests contactes són producte de les coneixences i de les amistats, però creiem que cal sistematitzar els circuits de comunicació. Cal establir contactes explorant els objectius terapèutics comuns, consensuar circuits de derivació, de seguiment, de tractament directament observat (TDO), de recuperació d'usuaris "perduts", d'activar acompanyaments per a aquells usuaris més vulnerables.

El programa ADIC-C per a la detecció, diagnòstic i derivació dels malalts amb Hepatitis C ha estat un dels exemples de com amb un estreta col·laboració i una comunicació fluida podem aconseguir accedir a tractar a pacients que d'altra forma romandrien impermeables a l'atenció sanitària (7).

La pandèmia COVID ha posat a prova la nostra capacitat d'imaginar, organitzar i prendre decisions. Des del primer moment vam haver de posar en marxa mesures de protecció amb un redisseny dels espais d'estada i consum. Per altra banda i fent-nos ressò de les dificultats durant el confinament i l'elevat risc d'abstinència entre els consumidors actius d'heroïna, es va activar un circuit preferent d'accés a Programa de Manteniment amb Metadona ("Metaexpress"). En coordinació directa amb Atenció Primària es va establir un circuit de diagnòstic amb uns criteris de derivació i posteriorment vam posar en marxa el programa de vacunació amb l'estreta col·laboració del CAP.

REFERENCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Whitehead, M., and G. Dahlgren. "Policies and strategies to promote social equity in health." Background document to WHO-Strategy paper for Europe 2007 14 (1991).
2. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, Tweed EJ, Lewer D, Vittal Katikireddi S, Hayward AC. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2018 Jan 20;391(10117):241-250. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31869-X. Epub 2017 Nov 12. PMID: 29137869; PMCID: PMC5803132.
3. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 2014 Oct 25;384(9953):1529-40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132-6. PMID: 25390578; PMCID: PMC4520328.
4. Kushel MB, Evans JL, Perry S, Robertson MJ, Moss AR. No door to lock: victimization among homeless and marginally housed persons. *Arch Intern Med*. 2003 Nov 10;163(20):2492-9. doi: 10.1001/archinte.163.20.2492. PMID: 14609786
5. Hogne Sandvik, Øystein Hetlevik, Jesper Blinkenberg, Steinar Hunnskaar. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice* 2022; 72 (715): e84-e90. DOI: 10.3399/BJGP.2021.0340
6. <https://www.parcdesalutmar.cat/ca/noticies/view.php?ID=10787>

47 Centre de Dia SERVIM

Pep Pitart

AIDE

L'associació Aide som una entitat declarada d'utilitat pública per la Generalitat de Catalunya que des de l'any 1994 treballem creant, implementant i gestionant projectes dins del camp de les drogodependències a la ciutat de Terrassa i en altres municipis del Vallès Occidental des del paradigma de la Reducció de Danys. Estem oberts a la ciutat i les persones que hi viuen, donant resposta a les seves necessitats vitals, lluny de l'assistencialisme i paternalisme tot fomentant l'autonomia dels i les participants dels projectes.

En aquesta línia, esdevé eix estratègic d'actuació afavorir els escenaris vitals per assolir la participació activa de qui forma part dels nostres projectes, no únicament receptors/es passives de serveis assistencials en totes les seves modalitats.

Per poder assolir aquest plantejament estratègic, els 28 anys d'experiència en el camp de les drogodependències ens ha permès consolidar un modus de pensament centrat en la persona, orientat a possibilitar que qui hi participi trobi resposta als seus neguits, anhels i necessitats vitals.

L'Associació Aide tenim molt clar que una de les claus de l'èxit dels projectes és que l'equip professional que els desenvolupen tinguin capacitat d'adaptar-los al temps i la realitat social del moment. Aquesta capacitat no ha de ser només tècnica, amb això no n'hi ha prou, ha de ser també actitudinal, fugint de les mirades auto-complaents que diuen que si una cosa funciona, no s'ha de tocar. El COS SERVIM funciona des de l'any 2002, i com des del primer dia ha funcionat sempre hem dit: com el podem millorar?

Des de l'any 2002 fins aquest 2022 la societat ha canviat i les circumstàncies, causes, conseqüències, usos i costums de les persones consumidores de drogues també. Des del Taller Pre-Laboral de Baixa Exigència per a Usuaris de Drogues d'aleshores fins al Centre de Dia COS SERVIM han passat 20 anys, i durant aquest temps hem canviat l'operativa però mantenint l'essència, que no és una altra que acompanyar persones. L'any 2002, la mirada d'aquell moment era poder acompanyar la persona atesa (bàsicament d'un home consumidor d'alcohol o d'heroïna per via injectada) en un procés d'adquisició de competències laborals, orientada evidentment a trobar i mantenir un

lloc de feina amb el suport de l'equip professional que guiava el seu procés. La inserció laboral era considerada a nivell social de forma majoritària la millor manera de socialització. A dia d'avui el concepte que nosaltres considerem elemental que pot permetre a les persones assolir els objectius que es plantegin és satisfer les que per nosaltres són les necessitats bàsiques i essencials de les persones: sostre, alimentació i ocupació, aquest terme diferenciat del concepte treball. Sense la cobertura i satisfacció d'aquestes, difícilment es poden iniciar, mantenir i consolidar processos de canvi d'actituds i presa activa de decisions amb possibilitats d'èxit.

COS SERVIM (Centre Ocupacional SERVIM) pretén doncs abordar la tercera de les necessitats bàsiques que hem plantejat, l'ocupació. Aquest terme l'entendem com tenir un lloc on anar i tenir una tasca a realitzar en un espai interactiu amb altres persones, companys i companyes i professionals de l'Educació Social, la Integració Social i monitors/es activitats ocupacionals. Poques coses hi ha menys agradables que llevar-se un dia i un altre sense saber què fer ni on anar, i el nostre Centre de Dia possibilita que des de l'acceptació i no penalització del consum, cada dia de dilluns a divendres de 09:00h a 13:00h i de 15:00h a 18:00h poden participar des de la baixa exigència en un espai terapèutic que proposa un acompanyament integral, gens dirigista i amb perspectiva comunitària a persones amb dificultats associades al consum de drogues.

El paradigma de la Reducció de Danys en drogodependències, segons el nostre criteri, no s'ha de circumscriure exclusivament als espais de consum o en programes en els quals les substàncies i la manera de consumir-les són l'eix fonamental de les intervencions. Consumir drogues també és una elecció personal, i per tant, el projecte Centre de Dia COS SERVIM és un espai de referència a la ciutat de Terrassa per aquelles persones consumidores de substàncies legals o il·legals i per qualsevol via de consum, que han iniciat processos personals que no han de passar obligatòriament per l'abstinència. Des de la mirada de la Reducció de Danys, i per tant sense la condició inexcusable de fer un procés pautat i sistemàtic de recerca de l'abstinència, les persones amb consums actius tenen un espai

terapèutic on poder treballar-se els processos personals de presa de decisions, no només en relació amb les drogues sinó en tots els àmbits de la seva vida. Les persones que assisteixen al Centre de Dia no són només consumidores de drogues, són éssers complets i que contempen, a l'igual que les persones que no en consumeixen, una gran varietat de circumstàncies que els han dut, entre altres coses, a tenir un estil de vida en el qual les substàncies i tot el que el seu consum comporta tenen una importància significativa. Així, acompanyem en la gestió d'aquests ítems que seran els que possibilitaran l'escenari que més ens pot satisfer, i és que la persona pugui decidir el seu estil de vida i viure'l amb la màxima qualitat possible.

La metodologia que apliquem al COS SERVIM és un acompanyament en grup al voltant de tasques de manipulats senzills d'empreses que ens faciliten ocupació (que no treball) que es compagina amb activitats lúdiques, formatives, comunitàries, artístiques... amb la mirada posada a l'adquisició o recuperació d'hàbits saludables de vida, competències relacionals, rutines saludables i qualsevol faceta en que requereixi acompanyament. Considerem que el consum de substàncies, més enllà d'una decisió pròpia, és una conseqüència més de tota una sèrie de circumstàncies prèvies, cadascú les seves, i per tant, acompanyem a les persones en el reconeixement d'aquestes situacions amb l'objectiu de què, una vegada presa consciència de les mateixes, desenvolupin mecanismes propis per gestionar-les.

El valor afegit d'aquesta manera d'acompanyar és que es trenquen les barreres que les entrevistes pautades, els despatxos, les taules i els ordinadors provoquen. Mentre professionals i participants (que no usuaris/es) fan coses junts, la comunicació terapèutica flueix. Així doncs, l'equip professional i els participants interactuen de manera conjunta en la realització de les tasques que l'empresa demana, i mentrestant es "treballa" en un ambient tranquil, sense presses ni estrès però garantint la qualitat de l'article que es manipula. Les converses grupals, i per tant l'acompanyament terapèutic, giren al voltant de la vida, de les esperances, dels conflictes, dels neguits i la manera de gestionar-los, i en general, de tot allò que els pot permetre visualitzar escenaris vitals positius i gestionar els elements no satisfactoris. No deixa de ser, salvant totes les distàncies, una entrevista motivacional continuada, un dia darrere un altre, a demanda sempre de la persona; si un dia no té ganes de parlar se li respecta.

Actualment la base d'aquests manipulats és la preparació i envasament de sal alimentària, que no és res més que l'excusa per que tal i com hem dit ocupin el seu



temps en una activitat amb un gran valor afegit, doncs l'envasament de sal es comercialitza i distribueix per tot el món i això genera satisfacció i sentiment de fer una feina reconeguda. A més, el recurs permet treballar l'autoestigma que en molts casos incorporen en el seu dia a dia, doncs trenca la idea que lamentablement en algunes esferes de la societat perdura, de què els i les consumidores de substàncies no poden exercir activitats en un espai normativitzat. Les visites que venen al COS veuen unes instal·lacions netes i endreçades, així com un ambient relaxat i cooperatiu.

Cada participant té un Programa d'Atenció Individualitzat i acordat, que esdevé el punt de partida de la resta d'intervencions i acompanyaments que amb ell/a es realitzarà. Aquests acompanyaments són multifactorials, relacionats amb mediacions familiars, temes administratius, sanitaris, judicials i qualsevol altre que la persona verbalitzi.

El COS ofereix:

- Ocupació de qualitat als seus participants
- Un espai de treball personal a través de diferents feines de manipulats.
- Beques per la feina feta.
- Seguiment individualitzat.
- Coordinació professional amb altres recursos.
- Dinàmiques de grup.
- Acompanyament mèdic qui així ho demani.
- Suport en la gestió econòmica per optimitzar els ingressos.

- Acompanyament en gestions a nivell administratiu i/o judicial.
- Mediació familiar per afavorir relacions positives.
- Suport en la recerca i manteniment d'habitatge.
- Lots aliments 2 cops per setmana (dimarts i dijous)

El perfil de les persones participants és homes i dones de totes les edats (tot i que la franja d'edat majoritària es de 45 a 55 anys) amb problemàtiques associades al consum de substàncies legals o il·legals. Generalment les persones que tenen intenció de participar al projecte manifesten la necessitat de dur a terme un canvi a les seves vides que com ja hem comentat, no necessàriament ha de ser deixar el consum de substàncies. La substància principal de consum es variada, majoritàriament alcohol, heroïna i cocaïna. Les noves incorporacions i la major part de les persones que ja hi participen al projecte, estan vinculades a altres recursos de la ciutat de Terrassa, fet que permet la coordinació amb els mateixos amb l'objectiu d'acompanyar de manera més efectiva els processos personals dels i les participants.

Ressaltar el fet que darrerament s'ha incrementat la demanda de participació de dones en aquest espai, i que per donar resposta a aquesta necessitat, des d'un plantejament interseccional, s'ha incorporat un espai d'em-

poderament no mixte per enfortir la seva presència en el grup heterogeni. Aquest plantejament està revestit de creixement personal, compartir experiències, sabers i aprenentatges, i en definitiva, sororitat entre professionals i dones participants anomenat Aide Dona.

Com a exemple d'activitat artística, desenvolupem el taller Canta la Vida on els participants poden expressar la seva sensibilitat artística a través de la música, ja sigui tocant un instrument o cantant. Està guiat i assessorat per dos músics voluntaris que van ser estudiants en pràctiques d'Educació Social i Integració Social respectivament, que preparen i adapten temes musicals per ser interpretats.

En definitiva, el COS SERVIM esdevé un recurs on des de l'acceptació del consum acompanyem persones, amb un eslògan que resumeix la nostra activitat: no només parlant s'entén la gent; les persones s'entenen fent coses juntes.

REFERENCIES BIBLIOGRÀFIQUES

xxxxxxx

48 Atenció a persones en situació de sensellarisme amb patologia crònica

Rebeca Alfranca,
M^a Àngels Fernández-Hortal,
Elisenda Fernández-Escofet
CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
SANTA CLARA, INSTITUT CATALÀ
DE LA SALUT, GIRONA

Fran Calvo
SERRA HÜNTER FELLOW,
DEPARTAMENT DE PEDAGOGIA,
INSTITUT DE RECERCA SOBRE
QUALITAT DE VIDA, UNIVERSITAT
DE GIRONA

Carles Fàbregas
CENTRE D'ACOLLIMENT I SERVEIS
SOCIALS "LA SOPA", GIRONA

INTRODUCCIÓ

El terme sensellarisme és un neologisme resultant de la traducció literal del concepte *homelessness*, procedent de l'anglès i que fa referència a una situació d'exclusió social relacionada amb la carència d'una llar digna. Les causes del sensellarisme es relacionen majoritàriament

amb factors de risc estructurals agreujats per factors de risc individuals (Bramley & Fitzpatrick, 2018) que afecten a totes les àrees de la persona que ho pateix, especialment en la seva salut.

Les persones en situació de sensellarisme (PES) presenten un major risc de patologia mental (Schreiter et al., 2017), addiccions a substàncies (Polcin, 2016) i



malalties infeccioses (tuberculosis, Hepatitis C, HIV) (Fazel et al., 2014), i consegüentment una elevada mortalitat a edats primerenques (Termorshuizen, 2014). Un estudi preliminar publicat en 2021 amb PES de Girona va determinar que l'edat mitjana de mort de les persones en situació de sensellarisme va ser de 49 anys mentre que l'esperança de vida mitjana de la població general supera els 80 (Calvo et al., 2021).

Els objectius d'aquesta ponència son analitzar les dades de mortalitat, i les variables de salut relacionades en una mostra de 3.854 PES així com descriure la intervenció comunitària especialitzada adreçada a millorar la qualitat de la salut de les PES que es desenvolupa a Girona.

RESULTATS. MORTALITAT I VARIABLES ASSOCIADES

Durant els anys 2006 i 2020 van morir 391 PES (10,1% de la mostra), dels quals 281 eren nascuts a l'estat espanyol i 102 eren nascuts fora de l'estat espanyol (la resta van ser casos dels que es desconeixia la procedència). La primera causa de mort va ser el suïcidi ($n = 92$), després de la cirrosi hepàtica ($n = 70$), la sobredosi ($n = 58$), la malaltia pulmonar obstructiva crònica (EPOC) ($n = 42$), una cardiopatia ($n = 36$) SIDA ($n = 36$), algun

tipus de càncer ($n = 31$) o meningitis sepsis ($n = 18$). El percentatge de morts entre els nascuts a Espanya respecte els immigrants va ser de 18,4% vs 4,3% ($\chi^2(1) = 21.76, p < .001$). A més, es van trobar diferències en les causes de mort. Els nascuts a Espanya van morir més com a conseqüència de sobredosi (18.5% vs. 5.8%, $\chi^2(1) = 31.97, p < .001$) i per cardiopatia o infart (11.4% vs. 3.9%, $\chi^2(1) = 29.25, p < .001$). Pel contrari, els immigrants van morir més com a conseqüència del SIDA (11.8% vs. 8.5%, $\chi^2(1) = 8.91, p = .050$) i del càncer (17.6% vs. 4.6%, $\chi^2(1) = 31.10, p < .001$).

L'edat mitjana de mort va ser de 52,4 anys i els predictors d'una edat de mort més primerenca (model que explica el 89% de la varianza) van ser la EPOC ($B = -7,714$), la procedència (neixer a Espanya) ($B = -6,626$), el trastorn per consum de cocaïna ($B = -6,046$), el trastorn per consum d'opiacis ($B = -5,580$), les malalties cardiovasculars ($B = -5,539$), el trastorn per consum d'alcohol ($B = -5,7132$), la tuberculosi ($B = -4,769$), la hipertensió arterial ($B = -4,501$), els antecedents penals ($B = -3,687$) i el virus de la hepatitis C ($B = -3,240$).

PROPOSTA D'INTERVENCIÓ: CONSULTA D'INFERMERIA DE PRIMÀRIA EN UN CENTRE ESPECÍFIC PER A PERSONES EN SITUACIÓ DE SENSE-LLAR

Tot i aquesta elevada mortalitat, moltes de les PES que sobreviuen, conviuen amb aquestes malalties amb una comorbilitat elevada que genera multitud de casos de difícil abordatge desde el sistema de salut (Alfranca et al., 2021). Els Centres d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències i els programes de reducció de danys associats als consums de drogues han contribuït també a què les PES arribin a millorar la seva supervivència (Ho et al., 2015). Però entre aquests supervivents, moltes vegades abstinentes o amb consums esporàdics, trobem molta cronicitat orgànica i deteriorament cognitiu que generen una alta dependència de recursos assistencials ambulatoris o residencials (Gelberg et al., 1990).

El concepte de cronicitat en ciències de la salut fa referència a un aspecte d'irreversibilitat en malalties transmissibles (com el VIH), no transmissibles (com les cardiovasculars, diabetis, càncer), malalties mentals (com l'esquizofrènia), malalties físiques permanents i discapacitats (WHO, 2002).

Hi ha estudis que mostren que certes malalties cròniques com la diabetis mellitus tipus 2, la hipertensió arterial, la malaltia pulmonar obstructiva crònica, les demències o altres s'avancen en les PES una mitjana

de vint anys en relació a la resta de la població (Culhane, et al. 2013). L'enolisme, les addiccions a drogues i també els consums abusius o puntuals, agreugen l'estat general de la persona dificultant el control de la pressió arterial i la glucèmia. En molts de casos, molts anys de consum de drogues han deixat seqüeles en el seu cervell, no sent excepcional el fet de trobar PES de 50-60 anys amb demències de Wernicke o vasculars.

Els pacients crònics complexos suposen un repte pels serveis socials i sanitaris que els atenen. Les descompensacions de la malaltia crònica i la seva dificultat per l'autocura els porten a freqüentar les urgències hospitalàries i centres de salut, sent complicat el maneig i seguiment de la seva patologia. El deteriorament físic i psíquic d'aquestes PES amb patologies cròniques fa que no puguin continuar vivint a l'espai públic o altres situacions de sensellarisme més severes, on poden emmalaltir greument i ocupen llits durant llargues estades en albergues i centres d'acollida, ja que sovint són massa joves per una plaça de residència o sociosanitari.

La complexitat d'aquests pacients crònics fa necessària una col·laboració estreta entre diferents professionals (treballadors socials, educadors socials, metges, infermeres). La coordinació aporta una visió més ampla de la persona des de la perspectiva tant mèdica com social. Del treball conjunt entre el Centre d'acolliment La Sopa de Girona i el Centre d'Atenció Primària (CAP) Santa Clara sorgeix la consulta setmanal d'Infermeria, com a proposta de millora a l'atenció que es presta a les PES amb malalties cròniques de la ciutat.

Aquesta consulta va iniciar el seu funcionament al gener de 2021. El seu objectiu és realitzar visites de seguiment, cures, vacunacions, propostes d'actualització de medicació, etcètera, a PES amb patologia crònica coordinant-se amb els treballadors socials i els metges del CAP si és precís. Les visites queden registrades a l'Estació Clínica d'Atenció Primària (ECAP) i la consulta té una agenda pròpia on poder inserir els pacients.

La consulta és també el lloc idoni on establir el primer contacte, obrir la història clínica i establir un vincle amb el pacient crònic. Les infermeres assignades a aquesta consulta tenen experiència en el maneig de PES i coneixen les seves particularitats i els circuits de coordinació entres serveis establerts.

El perfil clínic dels usuaris atesos és d'un home de 54,4 anys (rang de 21 a 82 anys). La patologia més prevalent és l'alcoholisme (54%); seguida del tabaquisme (50%). Les addiccions d'altres substàncies representen un 19% i les malalties psiquiàtriques estan presents en el 50% dels usuaris. La depressió, l'esquizofrènia i el trastorn límit de personalitat, esdevenen els diagnòs-

tics més freqüents. D'aquests pacients, un 15% han realitzat intents de suïcidi. El 42% de PES ateses s'han contagiats de COVID-19 al menys en una ocasió. En relació a les malalties cròniques orgàniques, el 46,2% presenten hipertensió arterial, el 26,9% diabetis mellitus i el 23% obesitat.

CONCLUSIONS

Actualment, s'està quantificant l'impacte de la consulta setmanal d'infermeria i a l'espera dels resultats finals, la valoració dels usuaris i dels professionals del centre d'acollida i del centre de salut de referència és molt bona perquè els resultats inicials mostren una millora en el control i el seguiment de les PES amb patologies cròniques i una disminució en la freqüentació de les visites d'urgència.

Un dels elements que més es valora per part dels usuaris és el fet de no haver de desplaçar-se fins al centre de salut, tenint en compte les seves dificultats, en moltes ocasions conseqüència de les mateixes patologies, tenint també en compte la localització del centre d'acolliment que, tot i no estar massa lluny, sí que el recorregut presenta un desnivell considerable per persones amb dificultats de mobilitat o problemes per desplaçar-se.

En la nostra experiència, la consulta setmanal d'infermeria ajuda a millorar l'atenció a les PES amb patologia crònica, però són un col·lectiu vulnerable i amb elevada dependència que precisa més recursos dels ara disponibles. Les PES amb malalties cròniques requereixen d'un referent social, un referent sanitari i d'una coordinació entre ells.

Així, la consulta d'infermeria de La Sopa, pretén ser un espai on es promogui la confiança i el vincle, afavorint el seguiment de la cronicitat en aquest col·lectiu altament vulnerable i facilitant la coordinació dels professionals sanitaris i socials que intervenen.

REFERÈNCIES

- Alfranca, R., Salvans, M., López, C., Giralt, C., Ramírez, M. & Calvo, F. (2021). Hepatitis C in homeless people: reaching a hard-to reach population. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 133(7), 529-532.
- Bramley, G., & Fitzpatrick, S. (2018). Homelessness in the UK: who is most at risk?. *Housing Studies*, 33(1), 96-116.
- Calvo, F., Turró-Garriga, O., Fàbregas, C., Alfranca, R., Calvet, A., Salvans, M., ... & Carbonell, X. (2021). Mortality risk

- factors for individuals experiencing homelessness in Catalonia (Spain): A 10-year retrospective cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1762.
- Culhane, D. P., Metraux, S., Byrne, T., Stino, M., & Bainbridge, J. (2013). The age structure of contemporary homelessness: Evidence and implications for public policy. *Analyses of social issues and public policy*, 13(1), 228-244.
- Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384(9953), 1529-1540.
- Gelberg, L., Linn, L. S., & Mayer-Oakes, S. A. (1990). Differences in health status between older and younger homeless adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(11), 1220-1229.
- Ho, S. B., Bräu, N., Cheung, R., Liu, L., Sanchez, C., Sklar, M., ... & Groessl, E. J. (2015). Integrated care increases treatment and improves outcomes of patients with chronic hepatitis C virus infection and psychiatric illness or substance abuse. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 13(11), 2005-2014.
- Polcin, D. L. (2016). Co-occurring substance abuse and mental health problems among homeless persons: Suggestions for research and practice. *Journal of social distress and the homeless*, 25(1), 1-10.
- Schreiter, S., Bempohl, F., Krausz, M., Leucht, S., Rössler, W., Schouler-Ocak, M., & Gutwinski, S. (2017). The prevalence of mental illness in homeless people in Germany: a systematic review and meta-analysis. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(40), 665.
- Termorshuizen, F., van Bergen, A. P., Smit, R. B., Smeets, H. M., & van Ameijden, E. J. (2014). Mortality and psychiatric disorders among public mental health care clients in Utrecht: A register-based cohort study. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(5), 426-435.
- WHO. (2002). Innovative care for chronic conditions. <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccglobalreport.pdf>

49 Treball en xarxa

Sonia Cebrián, Carme Hernández

CAS MÚTUA TERRASSA

Quan se'ns va fer la proposta de participació en aquest Fòrum de seguida vàrem connectar amb el desig de compartir amb vosaltres les nostres reflexions al voltant de l'acompanyament a aquelles persones que presenten una alta complexitat i vulnerabilitat.

Un acompanyament que per nosaltres suposa un treball compartit amb professionals diversos; equip social, equip d'infermeria, personal d'admissions, psiquiatres i psicòlegs i la necessitat de treballar en xarxa amb la família o referents i els serveis del territori.

I us volem parlar de tot això encetant un "camí".

Aquestes rutes que avui compartim amb vosaltres tenen noms, el Francisco Javier, el Carlos, la Rosario, el Luis, la Trini, l'Andrés, l'Antonio...persones que atenem al nostre recurs i que passen per moments vitals complexos (a vegades transitoris, d'al-

tres cronificats i en alguns casos que els ha portat a finalitzar la seva estada en aquest món).

Persones que arriben al nostre recurs i que per tota aquesta complexitat fàcilment se'ns pot passar pel cap de centrar-nos en el nostre objectiu de treball i obviar la resta, no voler acompanyar-los en alguns dels senders pels que caminen.

També us volem parlar de nosaltres, els professionals que ens trobem fent de "xerpes" sense tenir un itinerari; amb trencalls, pujades, baixades, que hem de transitar "sobre la marxa" i que moltes vegades ens porten a la sensació d'arribar sempre al mateix punt, a un paisatge no precisament maco.

I compartir amb vosaltres algunes reflexions del nostre dia a dia al CAS de la ciutat de Terrassa, gestionat per Mútua Terrassa, un centre d'atenció a les drogodependències inaugurat l'any 1979 que ofereix els seus serveis a la població de Terrassa,



Barreres personals:

- Dificultat per connectar amb les pròpies capacitats
- Baix insight
- Manca d'objectius vitals
- Situació social desfavorable
- Xarxa de suport feble

Barreres del sistema:

- Normatives
- Estigma
- Accessibilitat
- Continuum assistencial
- Manca de recursos



Matadepera, Viladecavalls, Ullastrell, Vacarisses i Sant Quirze.

I que l'any 2021 va atendre a 1245 persones.

En aquesta Jornada no us parlarem de totes aquestes persones, us volem parlar d'aquelles que ja sigui per la seva patologia mental descompensada, patologies orgàniques afegides, un consum abusiu i/o una situació social vulnerable ens mobilitzen per tal de trobar espais, i formes de treball en xarxa que permetin poder dissenyar una ruta en sintonia amb aquestes realitats complexes.

Quan comencem a caminar en aquest procés d'acompanyament moltes vegades som els professionals, les famílies, la xarxa de suport els que veiem clar que s'ha de fer alguna cosa, que és possible una altra ruta però la persona que atensem el que té al davant i el que té a dins és un paisatge emboirat que no li permet veure.

Un paisatge en el que es troben amb tanques, escarpats, avencs...que construeixen ells mateixos i/o que generem des dels recursos assistencials.

I necessitem una brúixola comuna que orienti el procés i que per nosaltres comporta parlar de: Acompanyament global, Respects al seu ritme, Fugir de l'Estigma i Acceptació.

Però per arribar a compartir aquestes direccions els nostres recursos i nosaltres com a professionals hem d'establir un compromís de treball en xarxa.

I de nou volem posar noms, els dels recursos assistencials del territori als que podem posar cara, la dels professionals amb els que compartim aquest camí; el SAI, Fundació Busquets, Andana, Servim, AIDE, ALBA, SIE, SAI DASIG...

El nostre camí es concreta en un treball en xarxa que va posant fites, construint ponts perquè la persona pugui ser acompanyada de manera global, oferint un recer quan és necessari, buscant dreceres per apropar els recursos i observant de forma conjunta tot el procés des de miradors que ens donen pistes i ens permeten donar-nos suport.

I reconeixem que podem arribar a camins impracticables, degut a la manca de recursos tant socials com de salut, a les dificultats d'adequació d'aquests a la idiosincràsia de la persona i/o la incapacitat de la pròpia persona per prendre decisions personals.

Només en queda compartir amb vosaltres aquesta frase que resumeix l'esperit de la nostra aportació a aquesta trobada:

“Si camines sol aniràs més ràpid...Si camines acompanyat arribaràs més lluny”.

50 Intervenció comunitària en casos d'alta complexitat a Ciutat Vella. Barcelona

Noelia Girona, Sonia González, Gemma Balaguer, Daniel Roca, Aingeru Rincón, Marina García, Anna Lago, Diego Aranega, Josep Rovira, Amaia Garrido

XXXXXXXXXX

La ciutat de Barcelona compta amb programes d'atenció a drogodependències des de la dècada dels 80, apostant per la implementació de sales de consum supervisat a 2001. Aquestes s'implementen amb l'objectiu d'acompanyar des d'una perspectiva comunitària a persones usuàries de drogues en actiu en la millora de la seva situació social i de salut, i incidir en morts evitables per sobredòsi així com en la disminució en la incidència de malalties transmissibles com l'VIH i l'VHC. Es a 2004 quan obre la Sala Baluard, servei de reducció de danys actualment de l'Agència de Salut Pública de Barcelona gestionat per l'Associació Benestar i Desenvolupament.

Des del seu inici, els serveis de reducció de danys de la ciutat disposen d'equip multidisciplinari vetllant per una atenció integral sota una perspectiva comunitària. Per garantir atenció a totes les persones usuàries de drogues per via injectada i inhalada, la Sala Baluard obre un espai d'inhalació assistida (EIA) de forma pionera a la ciutat.

Amb el pla d'acció sobre drogues 2009-2012 de Barcelona, la ciutat implementa el model integral d'atenció a drogodependències. Aquest model contempla programes de reducció de danys i programes de tractament en un mateix servei. A 2022 CAS Baluard com a centre integral disposa d'un equip multidisciplinari format per 51 professionals.

NOVA TENDÈNCIA DE CONSUM AL CAS BALUARD.

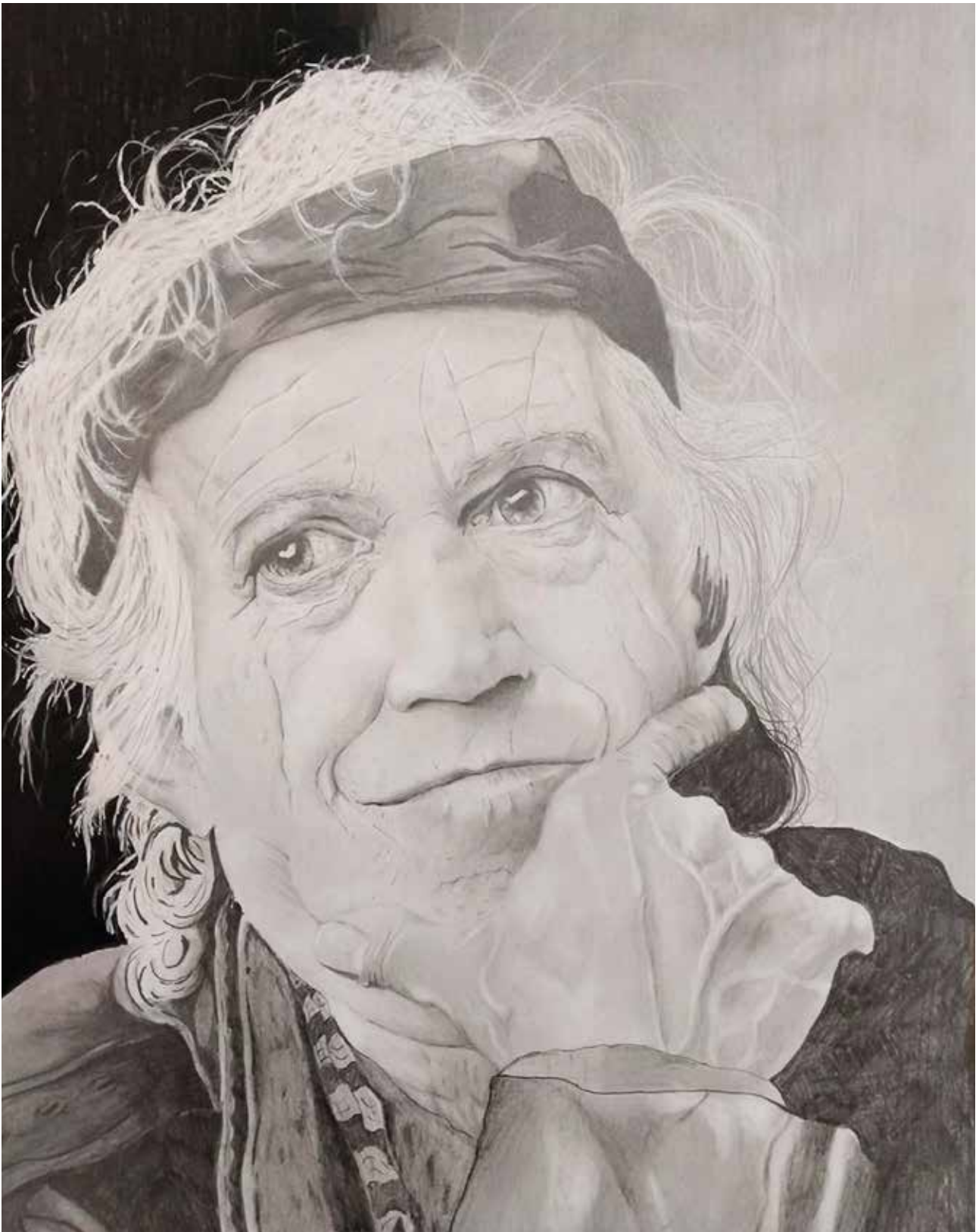
Actualment l'àrea de reducció de danys del CAS Baluard aten a persones usuàries de drogues en actiu, majors d'edat i que presenten com a vies principals de consum la injectada o inhalada. Les substàncies principals presents a sales de consum són heroïna, cocaïna i metamfetamina. Durant l'any 2021 s'han atès 2448 persones diferents de les quals un 12% han estat dones. El 43% de les persones ateses es troben en situació de sostre inestable i/o sensellarisme i el 23%

de les persones usuàries reporten un d'estimulants generant la via inhalada el 44% de consums del servei.

En els últims anys, es detecta un augment en les persones usuàries que reporten ús de metamfetamina inhalada i amb objectiu de garantir-ne la qualitat d'atenció, el servei genera estratègies de captació, atenció i vinculació tals com el programa de distribució de parafernàlia per consum inhalat. Es al llarg del 2021 quan es registra un important augment de la presència i consum de metamfetamina a l'EIA, sent consums que comporten major temps d'ús, major espera per accés a les sales de consum supervisat amb el conseqüent augment de la presència de consum en via pública i en espais de risc, augment de les situacions amb càrrega de violència amb presència de persones usuàries de metamfetamina, risc associat de psicòsi induïda al consum i manteniment d'aquesta i important desestructuració en rutines i hàbits relacionals i de maneig d'impulsos i del consum. L'alta presència de la metamfetamina entre les drogues d'ús de les persones usuàries i la disponibilitat de mercat reportada per aquestes, suporta més de 2000 consums de metamfetamina registrats a l'EIA durant els 5 primers mesos de 2022 reflexant un augment de més del 275% en la presència d'aquesta substància a sales de consum supervisat del CAS Baluard. Es important remarcar la presència de dones i d'homes que practiquen chemsex entre el grup de persones usuàries de metamfetamina que acudeixen al servei com a col·lectius d'especial risc.

CASOS D'ALTA COMPLEXITAT.

Entenem per cas d'alta complexitat aquell que presenta un procés vital complex amb situació de vulnerabilitat i presència de consum actiu de substàncies psicoactives, possible patologia dual amb dificultats d'adherència a tractament i afectació en les habilitats socials i relacionals que genera alt impacte en la comunitat



Associat a aquest augment en la presència i l'ús de la metamfetamina i a les dificultats en l'accés a recursos socio sanitàris, es registra un important augment de casos complexos que generen impacte a via pública i als serveis de reducció de danys. Aquest impacte ve condicionat per la dificultat de maneig dels casos complexos que presenten psicòsi induïda per l'ús de metamfetami-

na que poden presentar situacions d'alta càrrega de violència i patiment en context no hospitalari. La limitació d'atenció des dels serveis REDAN associada a barreres estructurals i sistemàtiques conclou en que alguns casos no puguin accedir als serveis com a conseqüència de situacions amb alta càrrega de violència vinculades en gran nombre al patiment de la persona.

Els casos d'alta complexitat generen un alt impacte en la comunitat sent necessària la implicació dels diferents agents comunitaris i de salut en el seguiment del cas i el disseny d'estratègies per garantir-ne una atenció de qualitat. És l'Equip d'Intervenció Comunitària (EIC) amb el suport de l'equip multidisciplinari qui lidera la intervenció de monitorització, seguiment, atenció i contenció d'aquests casos d'alta complexitat.

ACCIONS I ESTRATÈGIES.

Sent una nova tendència, actualment existeix una important limitació de bibliografia i experiències prèvies que puguin establir un marc teòric i línia estratègica per garantir una atenció de qualitat als casos d'alta complexitat.

Des del CAS Baluard s'han establert diferents accions i estratègies per incidir en el maneig dels casos d'alta complexitat per garantir l'atenció a aquestes persones. Les estratègies agrupen des de la monitorització de la nova tendència, la capacitació de l'equip professional en atenció a persones consumidores de metamfetamina i psicòsi induïdes, facilitar i garantir la cura psicològica de l'equip professional, el disseny de protocols específics, la creació interna de grup multidisciplinari de professionals especialitzats en atenció a persones usuàries de metamfetamina, la cerca d'assessoria amb experts nacionals i internacionals i la participació en reunions i grups de treball de casos d'alta complexitat entre d'altres.

Amb l'objectiu d'adaptar prestacions i garantir una atenció de qualitat a les persones consumidores de drogues des d'una perspectiva integral, cal incidir en el deure de resposta per part del sistema sociosanitari vers els casos d'alta complexitat.

CONCLUSIONS

En els últims anys i en especial a 2021-2022 es registra un canvi en la tendència de consum on la via de consum injectat i inhalat registren activitat de forma equitativa i es consolida la presència d'estimulants i en especial de la metamfetamina.

Els programes de reducció de danys tenen d'entre altres, la missió d'adaptar les seves prestacions a la realitat i noves tendències presents en la població usuària de drogues. Aquesta nova tendència i l'augment de casos d'alta complexitat associats, fan imprescindibles revisar els programes REDAN amb l'ampliació d'espais

d'inhalació assistida (EIA) al territori. També generar marc teòric, línies estratègiques, protocols específics i sistemes de còdis d'emergència per garantir una atenció de qualitat als casos d'alta complexitat amb l'objectiu de facilitar l'accés al sistema sociosanitari d'aquestes persones afavorint la possibilitat de millora així com la reparació de l'impacte comunitari associat.

Adaptar les prestacions dels serveis de reducció de danys segons població diferencial en l'ús de metamfetamina, passa per tenir en compte la perspectiva de gènere i homes que tenen sexe amb homes i practiquen chemsex com a grups amb major càrrega de vulnerabilitat.

És imprescindible remarcar la importància de generar estratègies tenint en compte la comunitat donat l'alta càrrega d'estigma, l'impacte subjectiu i l'alarma social associats als serveis de reducció de danys. Introduir la participació comunitària i a les pròpies persones usuàries en el disseny d'estratègies de millora i gestió d'impacte facilitarà l'acceptació comunitària.

BIBLIOGRAFIA

- Brugal MT, Guitart AM, Espelt A. Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona 2009-2012. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2009.
- Changes in illicit, licit and stimulant designer drug use patterns in South-East Hungary between 2008 and 2015. Zsófia Árok, Tamás Csesztregi, Éva Sija, Tibor Varga, Éva M Kereszty, Réka Anita Tóth, László Institoris. *Leg Med (Tokyo)*. 2017 Sep;28:37-44. doi: 10.1016/j.legalmed.2017.07.001. Epub 2017 Jul 8.
- Informe europeo sobre drogas. 2021. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA Papers. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Methamphetamine Use and Violent Behavior: User Perceptions and Predictors. Mary-Lynn Brecht and Diane Herbeck. *J Drug Issues*. 2013 Oct; 43(4): 468-482.
- The prevalence of substance-induced psychotic disorder in methamphetamine misusers: A meta-analysis. Lecomte T, Dumais A, DugréJR, Potvin S *Psychiatry Res*. 2018;268:189. Epub 2018 May 17.
- Methamphetamine-associated psychosis. Grant KM, LeVan TD, Wells SM, Li M, Stoltenberg SF, Gendelman HE, Carlo G, Bevins RA *J Neuroimmune Pharmacol*. 2012 Mar;7(1):113-39. Epub 2011 Jul 5.
- Attempted Suicide with Intravenous Methamphetamine and Chemsex. Daniel Garcia-Fuentes, Ester Paula Fernández-Fernández, Núria Planet Nielsen, Enric Batlle De Santiago, Eloi Giné-Servén, Jose Cañete Crespillo. *Case Reports. Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2020 Nov.

Espais segurs per a dones a i persones de genere no binari

51 Metzineres: Técnicas comunitarias

XXXXXXXXXX

XXXXX

Metzineres es la primera cooperativa sin ánimo de lucro dirigida a desplegar Entornos de Cobijo, exclusivo para mujeres cis, trans y personas de género no binario (desde ahora mujerxs), que integra el espectro completo de reducción de daños. Con alcance holístico e individualizado acorde a las particularidades de cada una, ofrece propuestas flexibles, de entrada directa e inmediata, según sus expectativas, inquietudes, curiosidades, intereses y necesidades.

Trabajamos para dar voz a mujerxs, al mismo tiempo que repensamos el papel del equipo de intervención: cómo se reproducen las relaciones de poder y se reconocen los efectos de los cuales se pretende contribuir. Sobre la base del consentimiento informado, la cura informada del trauma, el acompañamiento y el apoyo se proporcionan de manera coherente con las circunstancias específicas de cada mujer.

Apostando por el engranaje de iguales en las tareas remuneradas, se incorporan como Técnicas comunitarias, en el diseño, implementación, seguimiento y/o evaluación de las iniciativas. Son expertas en sus propias necesidades y prácticas, conocen la dinámica, así como las redes de atención. Proporcionan información particular y específica esencial para la adecuación y eficacia de los recursos y servicios. Para ellas, comprometerse cómo iguales les permite recuperar los enlaces que refuerzan su autonomía y facilitan su estructura vital.

El carácter innovador del proyecto es que parte de un modelo participativo real, donde, a través del engranaje de iguales, se produce un cambio de rol, con una validación de las capacidades y conocimientos otorgados por la experiencia de vida. La incorporación de estas mujerxs con todos sus conocimientos y vivencias que históricamente fueron ubicadas por la sociedad



@Maligneando

como receptoras de servicios y recursos, dentro del modelo de abordaje de Metzineres son reconocidas, valoradas y validadas con toda su experiencia. Hay una transformación de su rol, en el cual empezamos a hablar de deseos y no solo de necesidades.

Desde esta mirada, ellas mismas hacen un proceso de empoderamiento, revalorizándose y sintiéndose capaces de ofrecer algo. Desde allí se fortalecen para pensar y elegir el camino a recorrer, sintiéndose acompañadas tanto por el equipo como por las propias participantes.

La labor de las Técnicas comunitarias es clave para desarrollo por ser las referentes y el ejemplo de otras mujerxs.

¿CUÁNDO SE FUNDÓ?

Metzineres arranca como proyecto en 2017, se constituye como cooperativa sin ánimo de lucro en octubre de 2020. Ese mismo mes se hace responsable del Ser-

vicio de Intervención Especializada en Violencia Mac-hista- SIE Raval.

HORARIO

El local de Metzineres está abierto de lunes a sábados de 14 a 21hs, incluyendo festivos.

NORMAS

Las mujerxs a menudo son excluidas de servicios especializados tanto en drogas como en violencias machistas. La falta de alternativas óptimas, las barreras de acceso y los vacíos institucionales agravan los mecanismos de control, las desigualdades, las injusticias sociales y la exclusión. Prejuicio, estigma y discriminación derivan en una vulneración sistemática de sus derechos. En Metzineres se trabaja desde la justicia reparadora, apostando por acompañar y fortalecer los vínculos, promoviendo un espacio seguro y protegido.

¿A CUÁNTAS PERSONAS AGRUPA?

Actualmente, forman parte de Metzineres más de 310 mujerxs. Cada día pasan por nuestro local entre 30 y 40 participantes.

¿QUÉ ACTIVIDADES SE PUEDEN HACER?

Metzineres ofrece diversas actividades en virtud de las peticiones de bienestar, circunstancias, ambivalencias, grados de implicación y demandas de acompañamiento.

- Cubrir necesidades básicas: comida caliente, lavadora, secadora, duchas, taquillas, acceso a ordenadores e internet, espacio para consumo supervisado, camas para descansar durante el día.
- Talleres creativos: yoga, peluquería, monólogos, grabado en chapa, arte.
- Talleres productivos: cosmética natural, customización de ropa.
- Acompañamiento psicológico.



@Maligneando

- Asesoría y acompañamiento social.
- Asesoría y acompañamiento jurídico.
- Formaciones e información sobre uso de drogas, prevención y manejo de sobredosis.
- Pa'ella: comida semanal comunitaria (cada viernes a las 14 horas en el Àgora Juan Andrés Benítez, espacio comunitario del barrio del Raval)
- Salidas culturales
- Salidas a la naturaleza
- Metz-Radio: programa de radio de Metzineres
- Participación en mercadillos para la venta de productos generados en los talleres.



@Maligneando

¿QUÉ SUPONE QUE ES UNA COOPERATIVA?

Es una cooperativa sin fines de lucro desde donde se promueve el mérito profesional, emprendimiento y oportunidades de trabajo satisfactorias para todas aquellas que se enfrentan a mercados laborales obstaculizantes. Se potencian habilidades, se impulsa la autosuficiencia y la autogestión, inspirando el crecimiento personal, estimulando opciones laborales y lugares de trabajo con ingresos regulares y estables, tanto dentro como fuera de Metzineres.

¿HAY PROFESIONALES?

El equipo de trabajo de Metzineres está compuesto por profesionales y participantes. El equipo interdisciplinar está compuesto por enfermeras, educadoras sociales, jurista, trabajadora social y técnicas comunitarias (mujeres expertas en sus realidades con experiencia vivida).

RECOMENDACIONES A OTROS GRUPOS QUE QUISIERA CREAR UNA ENTIDAD PARECIDA EN OTRA LOCALIDAD

Centrarse en el engranaje de iguales, partiendo del propio colectivo participante al cual el proyecto va dirigido. Desde esos saberes y conocimientos se pueden ir construyendo estrategias centradas en la persona.

Los protocolos y las normativas excluyen a quienes no pueden sostenerlas, por lo tanto, los modelos de abordaje deben ser lo suficientemente flexibles para poder adaptarse a las realidades particulares. Para llevar a cabo estos modelos de abordaje se precisa una

gran rigurosidad, evaluación continua y disponibilidad al cambio para garantizar que las acciones se sustenten en evidencias y argumentaciones recogidas y sistematizadas de las experiencias de las propias personas.

Es importante trabajar con una base de datos propia con indicadores que se han generado partiendo de elementos significativos para las mujerxs, y que dan cuenta de sus realidades, del impacto de las políticas y prácticas que inciden en su cotidianidad, así como de las propias actuaciones.

Este monitoreo y evaluación debe aplicarse como proceso rutinario, más que de manera finalista, ya que permite conocer disponibilidad, cobertura, calidad y relevancia de las intervenciones. Tomando decisiones pragmáticas con tal de reconfigurar las acciones constantemente a coyunturas y poblaciones en las que se pretende repercutir.

ENLACES A VUESTRAS PÁGINAS.

Para más información, os invitamos a visitar nuestra web: metzineres.org y nuestras redes sociales:

- Facebook: @metzineresbarcelona
- Instagram: @metzineres
- Twitter: @metzineres_org
- LinkedIn: @metzineres-coop
- Youtube: Metzineres Entorns d'Aixopluc

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

xxxxxxx

52 DonARSU_TOT

Sara Ferrando, Antoni Llort, Tre Borràs

SERVEI D'ADDICCIONS I SALUT MENTAL (HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS) – PLA D'ACCIONS SOBRE DROGUES DE REUS. ASSOCIACIÓ REUS SOM ÚTILS

INTRODUCCIÓ

El projecte del “Taller de Dones” es començà a gestar de forma espontània a finals de l'any 2005 degut a l'augment de dones usuàries dels serveis orientats a atendre els problemes derivats del consum de drogues a la ciutat de Reus. Neix de la necessitat d'oferir un espai per treballar les especificitats de gènere, parlar d'inquietuds i intercanviar experiències. L'any 2007, el projecte és premiat en la VII Beca de Recerca Frederica Montseny i Mañé, donant lloc a l'inici d'un projecte d'investigació¹ amb l'objectiu d'identificar, descriure i analitzar els factors, processos i aprenentatges socioculturals que incideixen en la millora de la salut; l'autoestima, les habilitats de comunicació i diàleg, i l'assertivitat i en definitiva, la qualitat de vida de les participants. Esdevé doncs, un espai de trobada específic per a les dones que volen compartir experiències, descarregar l'angoixa i el sentiment de culpabilitat generat pel consum de drogues, empoderar-se i assolir seguretat per trencar amb els processos d'estigmatització. Les participants són usuàries del Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan, del Centre d'Acollida i Activitats La Illeta de Reus i de l'Associació Reus som Útils² –qui els dona cobertura a nivell d'entitat– estiguin en consum actiu de substàncies o no.

El 2009 després de la publicació de l'article esmentat anteriorment, des del Pla d'Accions sobre drogues de Reus, es va produir el documental “Més enllà de l'heteronormativitat” amb el mateix afany d'investigar i aprofundir en la complexitat en matèria de gènere i consums de drogues. Es reflexiona sobre les relacions de poder entre homes i dones (sistema binari; heteronormativitat) i la socialització del sistema de dominació sexe-gènere. S'analitzaren les diferents qüestions i/o problemes relacionats amb el consum de substàncies i les diferents conductes o relacions amb el risc. En

aquell moment, es fa palesa la manca de recerca específica de gènere, es realitzen polítiques amb intenció però no es plasma a la pràctica, i si es fa recerca aquesta és dominada per l'epidemiologia conductual en termes d'individu en detriment de l'anàlisi estructural i comunitari (relacional).

Cal reconèixer i garantir el dret a la salut i a ser tractat amb respecte i igualtat, independentment del gènere, orientació sexual, etnicitat, nacionalitat, situació legal o el consum de drogues. El “Taller de dones” vol contribuir a la millora de la salut col·lectiva oferint un model de prestació de serveis integrats centrats en les persones, tenint en compte l'aplicació d'una perspectiva interseccional la qual implica l'anàlisi i abordatge dels problemes de salut de la població d'una forma àmplia i sensible als diferents eixos de desigualtat (Graells i Insa, 2021:67).

PROCÉS DE CONSOLIDACIÓ

El “Taller de dones” es va constituint com un espai de suport i escolta activa per a dones que es troben en situació de risc d'exclusió social, que estan en consum actiu i que encara no s'han adreçat a cap Servei o tenen dificultats d'adherència als tractaments, per desconfiança o por a una possible retirada de les funcions tutelars dels seus fills o filles per exercir una criança en context de consum actiu de substàncies, per trobar-se en situació administrativa irregular, per exercir treball sexual i/o identificar-se amb el col·lectiu LGTBIQ.³ Un grup divers i heterogeni en aparença però amb vivències i situacions similars. Es proposa doncs, un espai d'escolta activa autogestionat per dones usuàries de drogues on hi ha espai també per l'activisme social,

1 Per tal de poder aprofundir en el projecte d'investigació consultar l'article: “El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de autoapoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias.” (Llort A., Ferrando S., Borràs T., Purroy I. 2013)

2 <www.arsu.es>

3 Per ampliar més informació sobre aquest procés de consolidació: Llort, A. & Borràs, T. (2013). “La diferencia que hace la diferencia: La ampliación de la mirada de género e introducción a una teoría del cuerpo. Una estrategia para aprender junt@s”. En Llort, A. & Borràs, T. (eds.), Apuntes para la promoción de intervenciones con pares. Reducción de daños y riesgos relacionados con el uso de drogas (264-280). Reus: Grup Igia. <http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/APUNTES_PARA_LA_PROMOCION_DE_INTERVENCIONES_CON_PARES_GRUP_IGIA.pdf>.



@Maligncando

on les participants estan en contacte amb altres grups de característiques i interessos similars i participen en les diferents reunions locals (organització de diferents diades a la ciutat de Reus i participació en les diferents plataformes) com a fora de la ciutat (reunions i activitats amb altres col·lectius; Metzineres, XADUD (Xarxa de Dones que usen Drogues), CATNPUD...). Aquest grup autogestionat, es constitueix com a DONA-AR SU-TOT, esdevenint una branca del projecte associatiu ARSU.

Les dones que formen part de DONA-AR SU-TOT, es reuneixen setmanalment a l'espai del Taller de Dones, i són elles, juntament amb una educadora social que els ofereix assessorament sobre recursos, acompanyament a serveis i ajuts puntuals a situacions d'emergència social. Tot i que de moment, el grup, no compta amb un finançament estable propi, s'autogestiona gràcies a donacions d'altres serveis o realització d'activitats fetes per les participants, que generen uns ingressos molt mínims i on les pròpies dones prioritzen que les mares amb fills es puguin beneficiar dels ingressos obtinguts, renunciant a altres activitats per tal de que les mares puguin cobrir necessitats com el pagament de llibres, material escolar, bolquers, pagament de sortides dels seus fills a l'escola, etc.

Una altra de les necessitats que detecta el grup de dones és la de poder tenir la capacitat de llogar habitacions de manera puntual per tal que les dones o les dones amb les seves criatures puguin estar en espais segurs mentre es busca una sortida a la situació d'emergència. Una de les possibilitats que es plantegen és la creació d'un grup de dones per fer «canguratge»

mentre les altres tenen entrevistes de feina, visites mèdiques, etc. Actualment, DONA-AR SU-TOT, realitza tasques de prevenció en espais de treball sexual a la via pública, oferint material i assessorament a les treballadores sexuals, especialment al col·lectiu transexual ja que han detectat la necessitat d'intervenir-hi, davant la desaparició de professionals que des de la situació provocada pel COVID-19, van deixar de fer treball en medi obert amb aquesta població. Aquesta acció d'intervenció nocturna en medi obert té el doble objectiu de disminuir les barreres d'accés als recursos socio-sanitaris de la ciutat i formar-se de forma continuada a través de la metodologia de "bola de neu" per realitzar intervencions amb un major impacte i efectivitat sobre la població atesa.

Les activitats del "Taller de dones" es desenvolupen principalment en dues fases; una que pretén facilitar la cohesió del grup, la incorporació de noves participants i l'apropament de diferents col·laboracions externes, mitjançant la preparació i el compartir àpats com esmorzar, dinar...

Una segona fase destinada a activitats o dinàmiques específiques com: tallers (maquillatge, perruqueria, bijuteria, reflexologia podal, teatre arts plàstiques, defensa personal, fotografia, meditació...), sessions de planificació: (visites mèdiques, judicis, gestió econòmica, temps de lleure, tramitació d'ajuts i altres gestió), formació: prevenció de malalties de transmissió sexual, prevenció de sobredosis, counselling i negociació amb perspectiva de gènere...), apropament i visita a diferents serveis i recursos: (Oficines d'atenció la víctima (OAV), SIAD (Servei d'Informació i Atenció a

les Dones), ASSIR (Assessorament a la Salut Sexual i Reproductiva), centres de formació i recerca de feina..., sortides i activitats de lleure: (cinema, platja, teatre, muntanya...).

ALGUNES CONCLUSIONS

Pel que fa als principals objectius co-dissenyats i assolits es podria parlar de:

- Millora en les dinàmiques de relació de les participants i un augment del sentiment de pertinença al grup.
- Millora en la utilització de recursos socio-sanitaris (visites al ASSIR, utilització de recursos d'inserció laboral o realització de cursos formatius).
- Utilització d'agendes i planificacions mensuals per a la gestió dels recursos econòmics, citacions, visites mèdiques i temps lliure.
- Augment de la cura de la imatge personal i higiene. Autoimatge, autocura.
- Integració en el funcionament del Centre d'Acollida i Activitats La Illeta i les activitats que organitza el recurs i de l'associació ARSU.
- Reducció de les situacions de violència amb les seves parelles i posen límits a les desigualtats de poder en les relacions.
- Consolidació del Taller de dones com espai d'empoderament.
- Disminució de les barreres d'accessibilitat als recursos a través de la participació de professionals clau de diferents Serveis de la ciutat a l'espai del taller de dones.
- Empoderament i constitució d'un grup autogestionat DONA-ARSU-TOT, que pot intervenir allà on els professionals i serveis no arriben, que compta amb el suport de diferents serveis i ajuda a reflexionar i visibilitzar les mancances d'aquests, aportant millores i fent de pont entre usuàries i professionals.
- Integració en el teixit associatiu de la ciutat.

PRINCIPALS DIFICULTATS D'IMPLEMENTACIÓ I SOSTENIBILITAT

- Variabilitat del grup, que provoca que algunes de les sessions s'hagin de repetir o fer un repàs de l'activitat anterior en la primera part de la sessió, la qual cosa a la vegada resulta enriquidora, ja que

la informació es transmet entre les participants i els missatges arriben amb major intensitat.

- Dificultat per reconduir algunes sessions amb forta càrrega emocional, on queda reflectit el patiment que s'amaga darrera del consum de substàncies i/o les històries personals.
- Manca de recursos econòmics per al desenvolupament de les diferents activitats.
- Dificultats per intervenir en espais en medi obert, sense el suport d'un professional, especialment en espais amb presència policial.
- Adaptar els diferents ritmes en les formacions o tallers per les dificultats de les participants: malalties, ingressos hospitalaris, precarietat a nivell d'habitatge i de gestionar la quotidianitat.

Per concloure cal posar de manifest la manca de formació en perspectiva de gènere i drogues entre els i les professionals que treballen en recursos específics d'atenció a la dona (OAV, ASSIR, SIAD...) fet que dificulta l'accessibilitat i l'atenció a col·lectius que difícilment poden exercir els seus drets a la salut i a l'atenció social. Cal com ja hem apuntat, analitzar, abordar i intervenir des de la complexitat per garantir els drets de la ciutadania, i especialment als grups vulnerabilitzats, d'una forma àmplia i sensible a les diferents dimensions socioeconòmiques i culturals que configuren les estructures de desigualtat. Esperem que l'experiència del "Taller de dones" pugui créixer i consolidar-se i que contribueixi a la reestructuració i flexibilització necessària dels serveis d'atenció ciutadana de manera constructiva.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Graells, Ariadna i Insa, Ether (2021). Una mirada polièdrica a les desigualtats socials en salut. Una perspectiva de futur. *Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 77, p. 57-81.
- Llort, A., Ferrando, S., Borràs, T. & Purroi, 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, *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 20, pp.9-22. DOI: 10.14198/ALTERN2013.20.01
- Llort, A. & Borràs, T. (2013). "La diferencia que hace la diferencia: La ampliación de la mirada de género e introducción a una teoría del cuerpo. Una estrategia para aprender junt@s". En Llort, A. & Borràs, T. (eds.), *Apuntes para la promoción de intervenciones con pares. Reducción de daños y riesgos relacionados con el uso de drogas* (264-280). Reus: Grup Igia.

53 Experiencias de las mujeres consumidoras de drogas en tratamiento ambulatorio en un CAS (Calella)

Noemí Águila Morales

XXXXXXXXXX

El presente trabajo de investigación parte de la necesidad de aunar la perspectiva de género y la salud mental comunitaria (Desviat y Moreno, 2012) en el tratamiento de las drogodependencias de las mujeres. Parte, por un lado, de las existentes desigualdades de género que influyen de manera significativa en los factores psicosociales y culturales del consumo de drogas y, por otro, del androcentrismo imperante en los servicios de atención a las drogodependencias.

Generalmente en los estudios sobre drogodependencias las experiencias de los hombres han sido predominantes, dejando en un plano invisible el género como factor específico de la influencia en el consumo. Es decir, lo periférico es y continúa siendo lo “otro”, es decir, la mujer y sus experiencias (Arostegui y Martínez, 2018).

Por ende, el objetivo es, a través de una investigación cualitativa, conocer las necesidades de las mujeres usuarias de drogas en tratamiento ambulatorio en un CAS desde la perspectiva de género, acercándonos a una mayor comprensión de las motivaciones que mantienen la adherencia y el seguimiento de su tratamiento, así como a la detección de las posibles limitaciones que están condicionando el mismo, causando así, la pérdida de oportunidades terapéuticas y, en ocasiones, el abandono de éstas.

DISEÑO METODOLÓGICO Y MUESTRA

Para el estudio que nos ocupa, se decidió abordarlo a partir de un diseño metodológico de tipo cualitativo (en particular, de tipo fenomenológico), ya que la investigación se ha basado en la aproximación de las propias experiencias de las usuarias, como éstas las sienten y las viven en su proceso de tratamiento.

El tiempo que ha ocupado la investigación está entorno los diez meses aproximadamente, concretamente entre Marzo y Diciembre del 2021.

La muestra de participantes para este estudio incluye a 16 mujeres usuarias, comprendidas entre 42 y 65 años edad, en tratamiento en el CAS de Calella. Como herramienta cualitativa se utilizó la entrevista semiestructurada. El recurso de análisis utilizado para la recogida de datos es el análisis de contenido (Bengtsson, 2016).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Características de las mujeres y su consumo

Los resultados del presente estudio nos indican que las mujeres viven realidades de vulnerabilidad social (bajo soporte económico, personal, social y comunitario). Están, además, expuestas a situaciones de elevado estrés como son: la violencia machista, las exigencias del entorno, las sobrecargas familiares y la presión de los estándares de belleza. Si le sumamos el profundo sentimiento de soledad que experimentan, en su conjunto, otorgamos un mayor significado al malestar de las mujeres, estrechamente relacionado la adicción, la cual funciona como refugio y evasión de la propia realidad.

Además, se reafirma como el fuerte estigma que recae sobre las mujeres consumidoras de drogas influye en las condiciones en las que se da el consumo y el tipo de droga escogida para ello. La mayoría de ellas hace uso del alcohol (sustancia legal y aceptada socialmente), seguida de la cocaína, como sustancias que sustentan la adicción. El consumo se da habitualmente en la esfera privada y, “en secreto” para algunas de ellas, evitando ser descubiertas como consumidoras de drogas.

Motivaciones del tratamiento

Las motivaciones que facilitan la adherencia y el seguimiento de las mujeres en tratamiento se relacionan de manera significativa con la ausencia de apoyos fuera del servicio sanitario, y tienen que ver con aquellas que

atienden a necesidades específicas como son: el soporte emocional, el apoyo y la confianza (y esperanza) en sí mismas, la escucha y la comprensión, el compartir con el “otro” y el pertenecer a “algo” (a la comunidad). Es por este motivo que, el CAS como servicio especializado que da respuesta a una parte de estas necesidades expresadas por las mujeres, se lo asocia como uno de los pilares de mayor apoyo en sus vidas.

Limitaciones en el tratamiento

La falta de apoyos por parte de su entorno cercano (familiar, red social...etc.) durante el tratamiento ha sido una de las dificultades más mencionadas por las mujeres. En esta misma línea, también se han identificado limitaciones como son la sensación de: falta de atención (baja asiduidad de las sesiones durante el tratamiento), la sobremedicalización del malestar y la falta de “eficacia” de los fármacos, la ausencia de individualización de los programas, el estigma percibido de las y los profesionales, así como los cambios constantes de referentes terapéuticos y el sexo de éstos. Por lo tanto, en general las mujeres se sienten desamparadas y desprotegidas.

Propuestas generadas por las usuarias

Las usuarias expresan algunas propuestas para mejorar el enfoque asistencial. Éstas, en general, se relacionan con una mayor atención y apoyo, lo cual traducido en alternativas concretas son: una mayor asiduidad de las sesiones terapéuticas, más apoyo en momentos de crisis (por ejemplo, a través de un recurso telefónico de emergencia), la creación de más grupos de apoyo y/o terapéuticos (de mujeres, especialmente), un seguimiento “indefinido”, y por último, intervenciones con y en la familia.

En su conjunto, estas propuestas promueven un abordaje más centrado en las relaciones y los vínculos (apoyo y cuidados) y en los espacios para la expresión emocional del malestar.

Algunas propuestas generales

- Intervenir en coherencia a la especificidad de las realidades de las mujeres (mayor énfasis en el trauma por violencia y/o abuso en el tratamiento y crear recursos que aboguen por abordaje simultáneo de la co-ocurrencia de la adicción, la violencia y los problemas de salud mental de las mujeres.

- Enfatizar el vínculo creado con el propio servicio (CAS) para generar otras alternativas comunitarias como parte del tratamiento, ampliando así los focos de soporte para las usuarias y especializando aún más la atención relativa a sus necesidades.
- Implicar e intervenir en entorno cercano de la usuaria durante el tratamiento desde una mirada sistémica.
- Promover la sensibilización y la formación de las y los profesionales en perspectiva de género, así como dar importancia a la posibilidad de elegir a las usuarias entorno cuestiones que dificulten su seguimiento (por ejemplo, el sexo del profesional que las acompaña).
- Apostar más por los espacios de psicoterapia en detrimento de la farmacología.
- Incluir la participación y, por ende, la validación de la voz de las mujeres como importantes promotoras de salud (empoderamiento).
- Promover un abordaje más centrado en las relaciones y los vínculos (apoyo y cuidados) y en los espacios para la expresión emocional del malestar.

En síntesis, para incorporar la perspectiva de género y redefinir lo “sanitario” desde la salud mental comunitaria como una cuestión de efectividad de las intervenciones (Artazcoz et al., 2018) es imprescindible poner en el centro de la atención las necesidades reales de las mujeres dejando de configurar sus tratamientos desde el androcentrismo imperante en los recursos y servicios sanitarios. Y es que devolverles el lugar que les pertenece en su comunidad nos aproxima a todas al mundo afectivo, relacional y de los apoyos, tan importantes para salud individual y colectiva.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Arostegui, E. y Martínez, P. (2018). *Mujeres y Drogas. Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*. Bilbao. Universidad de Deusto.
- Artazcoz, L., Chilet, E., Escartín, P., y Fernández, A. (2018). Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32(s1):92.
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2, 8-14.
- Desviat, M. y Moreno, A. (2012). *Acciones de Salud en la Comunidad*. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

54 Green Witch Project

T. Borràs. A. LLort

PLA D'ACCIONS SOBRE DROGUES DE REUS

55 Experiències a Ginebra i Barcelona

Miguel del Río

XXXXXXXX

56 La normalització de l'heterodòxia

Paco Giner

PSIQUIATRA. HOSPITAL

Bon dia, o bon vespre, pels assistents al Fòrum de persones, idees i entitats de Barcelona. M'heu convidat a fer una xarrada de 10 minuts sobre un projecte on hi vaig participar fa anys: La prescripció d'heroïna per a heroïnòmans. Era un estudi federal suís multicèntric. Tenia avaluacions longitudinals de l'evolució de les cohorts en tractament. Els metges prescrivien —que no donaven— la dosi diària d'heroïna pura als malalts. El producte estava fabricat en laboratori i era administrat sota control sanitari en els centres de tractament *ad hoc*. Un medicament opioide més per la farmacopea de les addiccions. Això volíem demostrar.

La Divisió d'Abús de Substàncies dels Hospitals Universitaris de Ginebra va decidir comparar el grup de pacients tractats amb diacetil-morfina —que això és l'heroïna— amb un grup control sense ella. Tots dos grups eren de malalts que havien fracassat en tots els tractaments disponibles que havien intentat. La inclusió a un grup o a l'altre fou per atzar. Per aleatorització, per randomització. Férem un assaig clínic. El grup experimental va rebre heroïna prescrita durant 6 mesos. El grup control no, i als 6 mesos podien entrar en tractament si volien. Vàrem mesurar diversos aspectes de la salut i del funcionament psicosocial dels pacients del grup experimental i del control, abans i després dels sis mesos, i comparàrem les diferències de resultat entre grups.

Qualsevol pot llegir l'article publicat al BJM l'any 1998. Vos deïxe un link: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9651260/>>

El mèrit és que fórem els primers que gosàrem fer un assaig clínic. Defugírem les veus que ens deïen és impossible, no és factible, no és ètic —els toxicòmans rebutjats agrediran el randomitzador, asseveraven els sabuts més saberuts—. No vàrem trobar cap argument de pes per aquella oposició inicial al projecte ginebrí. Les crítiques mostraven els prejudicis mèdics de l'època. La dimonització de l'heroïna. Els narcisismes. Pense que quasi tot és possible amb mètode científic, menys que els humans bramen com a rucs. Per molt que s'entrenen, no ho aconseguiran.

Després, se n'ha fet un bon grapat d'assajos clínics. Com ara el de Barcelona (Miguel Casas, Miguel Del Rio et al), els holandesos, alemanys, el granadí de l'Es-

cola Andalus de Salut Pública (March, Carrasco et al) i altres. Etcètera. Estan disponibles en els contenidors *on-line* de literatura científica. No en parlaré avui. Fa anys que estic lluny del tema i ja no soc un expert en la matèria. M'he dedicat a altres coses en la vida professional posterior. Com diuen els malalts, soc psiquiatra del Seguro. De la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

Hui, la consigna rebuda de Jordi Delàs és: parla d'allò que els que tenen vint anys no poden parlar-ne. Com en la cançó de Charles Aznavour,

Je vous parle d'un temps
Que les moins de vingt ans
Ne peuvent pas connaître

Recorde un llibret de tapes de paper marrons. Pareixia un saldo, una troballa de rastro de diumenge d'algun poblet, una raresa bibliòfila de quatre pessetes, per l'enquadernació tan simple que presentava. Era l'informe Mino. La clau de volta. El gallet que va disparar el projecte ginebrí. Coincidia amb els programes federals suïssos en la substància: els heroïnòmans més greus es poden tractar amb heroïna. Diferia en la metodologia científica a usar, com ja he escrit abans. Vos recorde que la Confederació Helvètica és això: una confederació d'estats-cantons. Aleshores, amb l'aval del Govern ginebrí i de l'OMS: avant.

A l'informe, Annie Mino mostrava com a la regió de Merseyside, Liverpool, s'havia tractat la dependència a la heroïna amb èxit. Alguns metges prescrivien heroïna als seus malalts. La dosificaven segons el seu seny clínic, en les condicions que permetien els despatxos mèdics, privats, i els pacients vivien. No es morien de la SIDA, o per suïcidi, com sí que ho feien molts dels consumidors de cavall del mercat negre. Mino insistia en les mancances metodològiques per a fer confiable i reproduïble aquell treball —agosarat i valent— dels col·legues anglesos.

Llig-te'l, l'informe de tapes beis. Això em va dir un vendaval amb forma humana, mentre em passava pel costat com un oratge d'estiu i em posava a la mà un objecte menut. Eren el llibre i la pròpia autora, l'enyorada Doctoresa Annie Mino. Estàvem a l'inici de setembre

de 1995. Jo tornava ben moreno de vacances, de Dènia, i Empar, la meua esposa, anava a parir per l'octubre. Havia d'acabar la tesi. Eren els temes que m'ocupaven. Annie, morena jueva de sí, volava pel corredor de la Unitat de Salut Mental de la rue Verte de Ginebra. Va afegir: Pour hier. Això és el que va respondre a la tímida pregunta que li vaig posar: Per a quan he de tindre'l llegit? Per ahir. Tu part demain, a Berne, va dir. Fer quoi? vaig gosar de murmurar-li. Tu prends en charge le PEPS.

Traduïsc. Demà te'n vas a una reunió a Berna amb la Direcció i els responsables de cada programa de prescripció d'heroïna suïssos. No et deixes embolicar. Tindràs traductor.

Havia de defensar que nosaltres, els ginebrins, no sols parlàvem francès en una reunió on tots els altres parlarien alemany, sinó que faríem un assaig clínic. Tractaríem la prescripció d'heroïna amb la mateixa metodologia que li demanàvem a qualsevol altre medicament.

Miquel Del Río Meyer parla alemany, vaig dir, al llamp menut que s'envolava cap a altres menesters. Se'n torna a casa, va contestar ella, d'esquenes. Es va girar i em va dir: la secrétaire, la police du quartier, le chef d'infirmiers et autres, toi, alez jeter un coup d'oeil au centre. La secretària personal d'Annie, el cap de policia local del barri des Eaux Vives de Ginebra, el cap d'infermeria i no sé qui més, eixe vespre, anàrem a supervisar un local. Una planta baixa pintada de blanc, situada entre edificis de pisos habitats per gent normal i corrent, havia estat designada per a contenir el programa de prescripció d'heroïna ginebrí. En ple barri de les Aigües Vives, un dels més populars. Al barri, podies trobar-te un lloc on menjar-te un doner-kebab dempeus a la vorera. Com un bar tot just davant del centre —li direm PEPS— on el patró et feia un arròs amb xoriç que volia anomenar-lo paella. Bon vi blanc i millor llobarro a la sal, això sí. Eaux-Vives s'estén entre la rue de Rive de les botigues Armani, Cartier, Rolex, els grupets de dones en burka de luxe, rodejades de guardaespalles, que hi entraven i eixien dels magatzems i, avall la costera, el llac. El centre PEPS estava tot just a uns dos centenars de metres del xorro d'aigua tan famós. El jet, els cignes, la humitat quasi eterna i l'inici de l'autovia que, un dia, ens portaria tots quatre a casa. Mentre, tot hi era al barri. Obrers ben pagats, metges normalets com nosaltres, dentistes, notaris, mestres i funcionaris de l'Ajuntament, del Cantó i dels Serveis Socials, i un fum de gent de diversa procedència. Vaig recordar que el seixanta per cent dels ginebrins érem estrangers.



Empar anava a parir, i jo havia d'acabar la tesi doctoral. Tindríem la segona filla, criaríem la primera, però ens hauríem d'atansar uns anys més dels previstos per Ginebra. El PEPS —Programme Expérimental de Prescription d'Éstupéfiants— havia de nàixer i començar a caminar. Quan va correspondre, ens en tornàrem al lloc des d'on vos escric ara: Silla, a l'Horta-Sud del País Valencià.

A l'endemà, les parpelles em pesaven més de l'habitual. Havia dormit poc. Vaig anar a Berna en tren. Al soterrani de l'estació n'hi havien sales de reunió. Eren les nou del matí i vaig entrar al saló de conferències previst per l'esdeveniment: la presentació oficial dels projectes. Un grapat de gent al voltant d'una immensa taula ovalada. La reunió fou en alemany. M'alcí del seient i, amb el braç enlaire, demaní LE TRADUCTEUR, S'IL VOUS PLAÎT. El francès a fort accent mediterrani va fer arrufar algun nas. Els ulls d'altres col·legues s'entretancaren. Pel mig del silenci, vingué la pròpia presentadora, va aconseguir una cadira i s'assegué al meu costat. Des d'allí moderava, i traduïa de tan en tan. Jo no entenia ni xufa del que els altres col·

legues deien. Per remarcar la presència de l'única delegació francòfona que hi participava, em torní a alçar del seient i preguntí no recorde què. La traductora em va traduir, i em contestaren ganyotes serioses, celles alçades sense cap rictus facial i una veu en alemany d'un senyor major. Molt educat, va fer esforços per a no mirar-me. Em vaig posar un caramel sense sucre a la boca i vaig respirar de diafragma. De tan en tan, somreia a la traductora, em netejava el baf gelat dels vidres de les ulleres —era estiu— i feia com si prenguera notes a estilogràfica Mont Blanc. Me l'havia regalat la meua dona. No teníem iPads ni Notes al mòbil. Ni mòbil.

A l'hora i mitja en punt del debut va acabar la reunió. Tothom agafà el tren previst per l'organització i tornà al seu lloc de treball. M'enfilava per la línia recta de la via mentre travessava els prats, i em maleïa de no portar al damunt el llibret a tapes molles de l'informe Annie Mino. Tampoc duia a sobre les agulles de vudú. Altra veu interna em deia que era pragmàtica, la societat helvètica. Optimitza els llocs i el temps.

Quan vaig aplegar a Ginebra me'n vaig anar de cap al despatx de l'Annie. Madame! vaig cridar. No vaig poder continuar. Tu comence dejà! Comences ara. Al teu aire, però el Protocol és sagrat. Tu connais les objectifs. Allons-hi. Volia dir que em deixara de bajanades i que començara a treballar.

Vàrem fer la llista de candidats a l'assaig. Em va ajudar una de les millors infermeres de Salut Mental que mai no he conegut, i de la qual he oblidat el nom. Havíem de cridar els pacients, voluntaris, fer-los vindre al PEPS a data i hora fixada i avaluar cadascú segons el protocol de recerca. Fet i fet, informàrem per telèfon fixe a Thomas Perneger, especialista en Salut Pública. Senyor metodòleg: l'aleatorització pot començar. Un programa informàtic, un sorteig, decidia si el pacient entrava al grup experimental i rebia heroïna injectable —diacetil-morfina pura— o anava al grup control. En aquest darrer cas, hauria d'esperar 6 mesos. Males cares, algun renec i molta resignació. Quasi tots els pacients control esperaren el mig any i vingueren a fer-se tractar. Cap dels tractats amb heroïna d'inici va agafar la Sida ni la VHC + —la malaltia de transmissió endovenosa i sexual que feia estralls a aquella època— contra alguns del grup control. Emmalaltiren mentre esperaven. Ho sent. Si voleu, seguïu l'enllaç i llegiu l'article.

L'aleatorització era factible i el tractament eficaç. Ni l'heroïna ni nosaltres érem el dimoni. La diacetil-morfina intravenosa se comportava com qualsevol altre medicament. Només havia de ser pura, no adulterada, fabricada en laboratori i administrada dins del marc

d'una assistència sanitària reglada. Formal. Sense cap risc d'infecció ni de sobredosi no assistida. Ni cap necessitat de delinquir per aconseguir el cavall o de prostituir-se.

A dia de hui, el programa d'heroïna és una assistència sanitària més dels serveis que procura la Divisió d'Abús de Substàncies de Geneva.

És a dir, ho férem. Va nèixer la segona filla, Eva, i va créixer la primera, Sara. Vaig acabar la tesi doctoral. Un col·lega psiquiatra i amic, Miguel Marset, em va substituir al PEPS. I nosaltres ens en vinguérem a casa. Un col·lega de València em va sentir parlar de l'informe Mino i me'l demanà. Li'l vaig deixar. El recorde, al llibre de tapes molles i marrons, i me n'adone de tot allò que altres m'han donat a mi. Avui és l'aniversari d'Empar, la meua esposa: aquest escrit és el meu regal. Igual que és un regal per a mi compartir alguna espurna d'aquells moments amb vosaltres. Vos ho agraiïsc. Sou els que gardeu el caliu de la mateixa espurna d'adés: la del risc sota mètode. Fins sempre.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Xxxxxxxx

57 La heroína, un medicamento que ha ayudado a mejorar la salud de la ciudad de Granada

Dr. Joan Carles March

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

<[HTTPS://GRABACIONES.EASP.WS/ZOOM/2022/5/FC8399B2-E55F-40CC-9291-4306803F4775.MP4](https://grabaciones.easp.ws/zoom/2022/5/fc8399b2-e55f-40cc-9291-4306803f4775.mp4)>

El tratamiento farmacológico controlado con heroína que se está llevando a cabo en Granada desde hace casi 20 años, en la misma línea que lo hacen otras ciudades de importantes países como Suiza, Holanda, Alemania, Inglaterra, Dinamarca y Canadá, determina un beneficio importante para la salud y la calidad de vida de los heroínómanos. Y además, a nivel social, las personas drogadictas se vuelven a insertar en el ámbito social y laboral, su autoestima aumenta y la estabilidad psicológica se restablece. Un verdadero éxito personal y social que ha ayudado no solo mejorar la salud y calidad de vida de los heroínómanos y sus familias, sino del conjunto de la ciudad, al disminuir de una forma muy importante (un 1.700%) la delincuencia.

¿CÓMO NACIÓ EL PROYECTO?

El estudio de prescripción de heroína como medicamento, el Proyecto Experimental de Prescripción de Estupefacientes en Andalucía (PEPSA) promovido por la Junta de Andalucía, ha sido el tercer ensayo clínico del mundo tras Suiza y Holanda. En él, los participantes en el grupo experimental recibieron diacetilmorfina (heroína) inyectada, dos veces al día, más metadona oral, una vez al día, durante 9 meses. El grupo control recibió solamente metadona oral, una vez al día. Ambos grupos mejoraron a los nueve meses. Pero el grupo que recibió el medicamento heroína mejoró más que el grupo de metadona en su estado de salud general y en las conductas de riesgo favorecedoras del VIH. Además, este grupo experimental disminuyó el uso de la heroína de la calle pasando de 25 días por mes a 8, así como el número de días libres de problemas relacionados con el consumo de drogas o implicación en actividades delictivas. Y esto, al igual que los demás estudios realizados en otros países, lo han reflejado las mejores revistas médicas del mundo.

Actualmente, más de 20 personas se mantienen en uso compasivo de heroína en Granada, dentro del pro-

grama de seguimiento de pacientes del PSP-PEPSA, junto a los casi 2.500 en todo el mundo.

OPCIONES DE TRATAMIENTOS

Los tratamientos para las personas adictas a la heroína son diversos y van desde la psicoterapia a tratamientos sustitutivos, estrategias de reducción del daño y a la integración social. Las intervenciones terapéuticas se han realizado en gran parte desde el ámbito sanitario y/o social. Los tratamientos propuestos más conocidos son la desintoxicación, con un índice de éxito muy bajo, y el mantenimiento con metadona, iniciado en España en la década de los noventa que neutraliza el síndrome de abstinencia, suprime la ansiedad, mejora la salud y la conducta social con una amplia red asistencial de tratamiento de drogas en España, especialmente de metadona.

Ante el hecho de que algunas personas no consiguen resultados con la metadona u otros tratamientos disponibles, se planteó hace años, la necesidad de buscar otras alternativas. Una de ellas es la administración controlada de heroína. Varios países optaron por estudiar de manera experimental el tratamiento asistido con heroína, con el objetivo común de determinar su valor terapéutico. Es el caso de España (Granada), Canadá, Alemania, Holanda, Suiza y Reino Unido, que han demostrado la fiabilidad, seguridad y efectividad de la administración controlada de heroína como medicamento.

MARCO DE TRATAMIENTOS

La prescripción de drogas de sustitución, junto con un soporte psicosocial, es una parte integral de un abordaje para tratar la dependencia a la heroína. La evidencia habla de que las drogas de sustitución como la metadona, la buprenorfina o la heroína ayudan a estabilizar y a mejorar el estado de salud de las personas dependientes.

La dependencia a opioides es una enfermedad de origen multifactorial, de curso crónico y con frecuentes recidivas por lo que su abordaje terapéutico necesita de una estrategia multidisciplinar.

Hoy en día la metadona (en España, a diferencia de otros países europeos, prácticamente ha sido el único agonista opioide utilizada) y la buprenorfina (cada vez más utilizada) son las respuestas más utilizadas en el abordaje de estos pacientes, aunque ya hay más de 2.500 pacientes en el mundo que toman heroína como medicamento.

Aunque el tratamiento con metadona debe seguir estando disponible, existe un grupo considerable de pacientes (alrededor de un 25%) en los que la opción más apropiada es otra: pacientes con una pobre tolerancia a la metadona, aquellos que fracasan en los programas de metadona o que son reticentes a ellos debido a sus implicaciones estigmatizantes, pacientes en los que la metadona supone un mayor riesgo al habitual, ...La mayoría de los países incluyen básicamente metadona y buprenorfina entre los tratamientos disponibles, mientras que la heroína se utiliza como medicamento en Suiza, Holanda, Alemania, Reino Unido, Dinamarca, Canadá y España (Sólo en Granada).

Hasta ahora la percepción de los pacientes que toman metadona es:

- se sienten vulnerables, quieren ser mejores, quieren tener una vida normal, quieren no engañar más, se sienten orgullosos de haber tomado la decisión de dejar las drogas y de ser capaces de superar esta difícil situación, se consideran enfermos, expresan una fuerte intolerancia y rechazo hacia los que siguen enganchados y no intentan dejarlo, tienen temor y reticencia por miedo a “engancharse” y al “atontamiento” que la metadona les pudiera producir, ... o que reciben heroína:
- mejor percepción de su salud física y psíquica, tranquilidad psíquica, seguridad en uno mismo, posibilidades de comunicación con otros o fortaleza para afrontar la vida diaria, estabilidad psicológica en el estado de ánimo y en la manera de relacionarse con otras personas, ilusión que perciben para hacer cosas, para encarar la vida en general, poder pensar mejor, mayor fuerza, más despierta, con mejor conexión con la realidad que les rodea, más espabilada que antes, mejoría en el cuidado personal en las pautas de higiene y aseo, menor consumo de alcohol, mejoría física, FORTALEZA FÍSICA, recuperación de los ritmos fisiológicos: alimentación, sexuales, vigilia-sueño...

A estos he añadido la visión de los que toman Buprenorfina/naloxona. Y hay unanimidad en que con Buprenorfina/naloxona:

- “se te quita la abstinencia y no te da la sensación de estar colocado y por tanto estás más atento, estás mejor y además la abstinencia física te la quita”, “estás mucho más despejado, la cabeza más lúcida que cuando tomaba metadona”.

Dicen tener sensaciones muy positivas:

- “Salgo a la calle con sensaciones agradables, estoy contento, tomo mis cervezas, quedo con alguien, voy a la biblioteca, juego a fútbol, tomo mi café, veo la televisión, me ducho y ceno, el sueño lo cojo bien, duermo bien. Estoy como hace tiempo no estaba. Hablo bien y soy yo como yo soy normalmente, sin estar embotado ni tener la sensación de tan eufórico”.

Sobre las relaciones sociales y familiares comentan:

- “La gente que me conoce dice que parezco otro, está la familia muy contenta con ahora y antes la metadona iba peor, era diferente”

El uso de opiáceos mientras toman buprenorfina, cambian con respecto a cuando tomaban metadona:

- “No tomo nada desde que tomo Buprenorfina/naloxona”

La mayoría dicen que dejan de tomar otros tratamientos habitualmente:

- “Antes tomaba tranquilizantes y ansiolíticos y antidepresivos y benzodiazepinas, pero ahora no”.

Además comentan que hacen ejercicio físico y físicamente se sienten mejor. La normalidad de ir a la farmacia a comprar Buprenorfina/naloxona y no ir a un centro también ayuda a normalizar. También dicen que han mejorado las relaciones sexuales aunque no todos, pero si la mayoría comentan que han mejorado en sus comidas.

PERO, ¿Y EL FUTURO?

Necesitamos alternativas terapéuticas para los heroínomanos,... , junto a presentaciones diferentes, más dispensación en oficinas de farmacia para conseguir,

entre fármacos, ejercicio físico, trabajo y conexión con entornos más normalizados, una vida más normalizada, una vida mejor.

La actuación para mejorar la calidad de vida de los adictos a opiáceos no debe finalizar con la intervención farmacológica en este caso heroína inyectada, sino que hay que diversificar con heroína oral y además incorporar actividades coadyuvantes a los tratamientos medicamentosos: apoyo psicológico, social y legal, junto a la actividad física y deportiva o la inclusión digital que aseguren la evolución positiva del paciente y de sus lazos familiares, sociales y económicos: estos pacientes crónicos lo necesitan.

NECESITAMOS HEROÍNA COMPASIVA EN TODA ESPAÑA YA

Pero el proyecto PEPSA, ensayo clínico donde comparábamos heroína y metadona junto con apoyo psicoeducativo y social en los dos grupos, realizado en Granada, sigue tras casi 20 años como tratamiento compasivo en el Centro donde se desarrolló el proyecto (Hospital Virgen de las Nieves). Curioso que tras 20 años no se haya avanzado en la fórmula legal y a pesar de los buenos resultados del ensayo clínico que fueron publicados en varias revistas internacionales de prestigio. Como en todo proyecto que genera un tratamiento compasivo, se van introduciendo nuevos pacientes que deben cumplir los mismos criterios de elegibilidad que se tenía en el periodo del ensayo clínico. Y eso es lo que se ha hecho en Granada.

En estos casi 20 años de proyecto, han entrado y salido participantes en el proyecto que se ha ido consolidando, aunque sin conformar el proyecto que los que lo iniciamos, queríamos.

Hoy en día, cualquier persona que cumpla los requisitos del ensayo clínico en cualquier lugar de España, puede recibir el tratamiento de diacetylmorfina como hacen los pacientes de Granada.

Y lo único que ha ocurrido en estos 20 años es que el único sitio de España donde se ha seguido dando heroína como tratamiento es Granada. Una pena sin duda.

Hace unos años, con el anterior gobierno socialista, realizamos con el jefe de servicio de farmacia del hospital Virgen de las Nieves, un proyecto que favorecía la continuidad del proyecto en toda Andalucía, con un cambio claro en la definición del proyecto en Granada, en la que planteamos que pasara a depender de dicho servicio. Lo presentamos a la dirección del hospital, al

que le pareció bien la iniciativa. A partir de ello y de las conversaciones con la Consejería en Sevilla, la idea no continuó.

Posteriormente, estando yo en la dirección de la Escuela Andaluza de Salud Pública, lo volví a intentar en conversaciones con la dirección gerencia del Servicio Andaluz de Salud y la dirección asistencial. A pesar de que avanzamos no cerramos el proyecto. Cambiaron los actores en los diferentes sitios y el proyecto volvió a quedar en nada. Mientras se seguía dando heroína como tratamiento compasivo en el centro de especialidades del hospital de Traumatología y rehabilitación del Hospital Virgen de las Nieves. En esta legislatura, con el PP en el gobierno, ha habido un acercamiento sobre lo que yo pensaba que era lo más adecuado para la continuidad del proyecto y he vuelto a sacar los papeles del proyecto que realizamos con el servicio de farmacia del Hospital. Y otra vez ha quedado en nada. Se sigue con el tratamiento compasivo pero sin una visión clara de futuro.

Y yo me pregunto: por qué no hay médicos, por cualquier pueblo, provincia o CCAA que se plantee o haya planteado, siguiendo los criterios de inclusión del ensayo clínico PEPSA, dar heroína como medicamento?

Necesitamos retomar la causa, para poder conseguir que quienes puedan necesitar este tratamiento que resulta eficaz y seguro pueda darlo a cualquier paciente que lo necesite. Estamos a tiempo, a pesar de haber pasado 20 años. Que no pasen otros 20 antes de que se use la heroína como medicamento en cualquier punto del país. Lo necesitan ya.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Xxxxxxxx

58 Perspectives actuals

Xxxxx

XXXXX

59 Meta-Bus

Erick González

COORDINADOR UNITAT MÒBIL DE DISPENSACIÓ DE METADONA (UMDM). INSTITUT GENUS
AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA (ASPB)
DIRECCIÓ PARA CORRESPONDENCIA: EXT_EGONZALE@ASPB.CAT

INICIOS

Nos llaman por teléfono. Atendemos: “Unidad Móvil de Dispensación de Metadona”. Corte de llamada. Vuelve a sonar. “Unidad Móvil...”. Vuelven a cortar. Otra vez, “Unidad móvil...” y suena una voz del otro lado: “¿Pero no estoy llamando al Metabús!?” Pedimos disculpas. Sabemos que los formalismos aquí no funcionan, pero sí, las buenas formas.

El bus de metadona o Metabus empezó su recorrido en 1992, en el que varios profesionales en el campo de las adicciones del Institut Genus dieron forma a un nuevo recurso con la motivación de acercar a los usuarios y usuarias, con mayor desestructuración el programa de metadona, basándose en la misma mirada que se estaba implementando en varios países europeos.

Una vez promovido este acercamiento de la institución a los usuarios y no al revés, y en un momento en el que se había producido un embudo por la entrada masiva de personas a programas de sustitución del caballo por la metadona, y en la medida en que la red de centros y otros dispositivos se adaptaba a la demanda, nuestro programa se ha ido diversificando, y ofreciendo una atención cada vez más variada, buscando siempre el poder alojar esos malestares en movimiento, o de mantener un mínimo contacto con otras formas de desprendimientos o de marginación, que se producen habitualmente en las redes de atención. Es algo estructural.

Por ejemplo, los usuarios que no encajan. Los que tienen poca paciencia o los que agotan la paciencia. Los que vienen como transeúntes. Los que entran y salen, o requieren de un cambio de “aires” o de varios cambios de aire y mientras tanto recalán en el bus.

FLEXIBILIDAD

Es así, que el bus se ha convertido poco a poco, en la representación de la parte más flexible en relación con los límites que tiene nuestra red. Es un lado flexible que compartimos con varios programas. Pero en el caso específico del nuestro, el programa en sí mismo

ha tenido en sus momentos iniciales una estructura que -dentro de la flexibilidad que ya implicaba atender a personas en el borde de la ciudad y de la vida y la muerte-, de todas maneras, proponía una forma más estricta que la de ahora. Existían una serie de condiciones que se tenían que cumplir para que alguien entrara en programa. Y cuando hablamos de la metadona en sí, podemos ver desde el momento actual, que entonces, en los inicios el uso de la metadona estaba más encaminado hacia una lógica en la que se establecía primero una sustitución que se esperaba que tuviera una dimensión temporal de la heroína por la metadona, y una vez encontrada la estabilización buscada, una dirección hacia la desintoxicación. Eso quizá, ha demostrado, en muchos casos, no ser lo más conveniente, por sus consecuentes recaídas, o porque una propuesta así se podía convertir rápidamente en persecutoria o en una presión innecesaria para algunos usuarios.

La función del personal que conforma el equipo del bus, que siempre se ha mantenido en una célula mínima de dos, enfermeras/os, educadoras/es, o a veces psicólogos/as, ha sido siempre la de resguardar un más allá de la dispensación, tomándonos en serio el hacer de intermediarios, de lugar de conexión, de punto de encuentro, -a veces el único para algunos-, entre ese espacio al margen y la red, en la que otros profesionales nos orientan con sus intervenciones (médicas, de trabajo social, etcétera).

EL OTRO SOCIOPOLÍTICO Y LAS FUNDACIONES DEL BUS

El bus comienza en el año de las Olimpiadas en Barcelona. Posteriormente ve una ampliación de sus funciones durante el desalojo de Can Tunis, en el marco de la ampliación del puerto, y con el trasfondo de la realización del Forum de naciones del 2004, momento en que ya practicamos una dispensación de baja exigencia a aquellos que venían del desalojo, en el tiempo de espera para su entrada en los CAS. Posteriormente vimos llegar la Crisis del 2008 como una tormenta



que se anuncia poco a poco. Una buena parte de las personas que atendíamos y que trabajaban en la obra, fueron perdiendo uno a uno sus trabajos hasta que fue declarado el estallido de la burbuja. El Bus es una puerta al mundo real, con todo lo que implica lo real de insoportable a veces, de doloroso.

A partir de aquí ha habido un cambio en el funcionamiento en nuestra red. Una entrada de una lógica de la evaluación causada por los recortes y por la gestión económica de los recursos por políticas de austeridad. A partir de aquí y por una reducción quizá del consumo de heroína en la ciudad (tal vez también desplazado a nuevos lugares -como La Mina-) ha implicado una reducción de las derivaciones que los centros hacen para la dispensación en el Bus. No por esto hemos dejado de tener una importante actividad, ahora cada vez más en un tipo de dispensación y de atención que podríamos llamar de baja exigencia o de reducción de daños, en la que los perfiles de las personas sensellar, o transeúntes, sense cas, son predominantes.

Eso también nos ha convertido en un servicio que podríamos llamar Unidad Móvil de Atención a las Contingencias. El CAS X está en obras. ¡Pum!: 100 usuarios para el bus durante unos meses. El CAS R cierra en agosto unos días: Venga, 20 usuarios para el Bus. Llega el Covid y nos convertimos en los pocos autorizados para recorrer las calles. Se crea el Albergue para personas en situación vulnerable en La Fira.

Creamos un nuevo punto de dispensación en nuestro recorrido para atender a aquellos que requieren de metadona durante su encierro.

VUELTA AL DÍA EN 80 MUNDOS

Hay una novela de Cortázar titulada así, desordenando el título de la aventura de Verne: Vuelta al mundo en 80 días. El Bus tiene un poco de las dos. En un día hacemos 80 mundos. Pero también podríamos contar los días que nos toma dar la vuelta al mundo. Desde que comenzó el programa, podemos hacer un cálculo sencillo, hemos recorrido 600.000 Kilómetros. Eso es el equivalente a cuatro vueltas a la tierra. Y si seguimos así, dentro de unos pocos años podríamos haber recorrido la distancia equivalente a un viaje de ida y vuelta a la luna. Si el bus, fuera un calamar que va dejando su tinta al paso, podríamos ver desde cualquier satélite su recorrido tatuado en la ciudad. Pero más que tinta, a mí me gusta pensar que cada parada del bus es una especie de cicatriz que recubre una herida que atraviesa a esas zonas del cuerpo de la ciudad. No nos detenemos en cualquier lugar. Nos ponemos allí donde la epidemia del consumo de la heroína ha dejado muertos y desolación y nuestra simple presencia es ya un reclamo que tiene un efecto de prevención, de historia escrita de ese malestar brutal, que ha sido la entrada en tromba de

una sustancia que viene a tratar de manera directa y a veces desbordada el dolor de existir. Intentamos cambiar ese tratamiento del dolor, no solo por otra sustancia, sino por un espacio de encuentro, de palabra, de atención y cuidados, en el que el yonqui no es más el yonqui, si él o ella lo quiere, si no un reservorio de deseos silenciados, que pueden volver a circular si así ella o él lo decide.

META-BUS

Esta abreviación es bastante ilustradora. Si tomamos el término “meta”, ya no como una abreviación de Metadona, sino como un prefijo que indica, “más allá”, que indica un “después de”, obtenemos una buena definición de lo que es nuestro programa ahora, 30 años después. Ya no solo hacemos dispensación de metadona, sino que sostenemos una dispensación farmacológica más amplia, interdictores de alcohol, antirretrovirales, psicofármacos variados. Ya no solo atendemos a usuarios regulares, inscritos en los CAS de Barcelona, a los que por conflictos, expulsiones, medidas terapéuticas, incompatibilidades horarias o de proximidad, derivan a dispensación en el Bus, sino también a usuarios espontáneos, o que vienen en horarios en los que la dispensación de sus centros está cerrada, o con una orden médica de algunas de las urgencias hospitalarias de la ciudad, o que se encuentran detenidos en comisaría, o que salen de prisión un día viernes y encuentran su antiguo CAS ya cerrado. Usuarios, hasta ahora, con respecto a los cuáles podemos verificar, gracias al programa informático compartido entre varios centros, la actualidad de su seguimiento.

Es decir, se trata de una actividad como una acupuntura, algo breve, que no nos permite establecer un vínculo con la persona usuaria, un seguimiento habitual, y para los cuáles servimos de bocanada, de respiro hasta la siguiente apertura de las puertas de su Centro de Referencia.

También tratamos con los usuarios que vienen con un programa de mantenimiento por metadona de otros países y que en principio solo se quedarán una temporada en nuestra ciudad.

Con todos ellos, no es que nuestras expectativas sean bajas, que veamos que estamos allí en una forma rebajada en calidad de lo que puede ser un seguimiento ideal; lo planteamos más desde la vertiente realista de que esto es lo que hay, estamos allí en esa mínima apertura, en el parpadeo que puede permitir que alguien acceda, que alguien decida luego iniciar, por qué no,

un cambio en su hasta ahora intenso, inestable, enloquecido, estilo de vida. Como el de todos o casi todos.

No vamos a hacer estadísticas hoy, ni a presentar PowerPoints. Pero sí tenemos en mente algunos casos, a algunas ciudadanas para las cuáles, el encuentro en esos intersticios con el Bus ha significado, mínimamente, la vía para hacerse con un mundo más vivible. Es esto más o menos lo que esperamos.

Por último, se nos ha preguntado sobre la cuestión de la posibilidad de ofrecer un subprograma, de lo que se llama, dispensación de dosis de cortesía, o mínima. Por lo que he escuchado, esta es una cuestión que surge como asunto pendiente en Barcelona, desde hace muchísimos años. Sí. La unidad móvil por sus características, por sus horarios amplios, sería naturalmente el lugar en donde esto podría sostenerse. Esto, sería llevar las políticas de reducción de daños, en relación con la cuestión de la sustitución por metadona a su máxima expresión, en aquellos casos de personas que incluso no se encuentran en la red, inscritos, o que vienen de otros lugares sin ningún tipo de informe o verificación, y que con su simple demanda de tomar metadona, pueden recibir una cantidad que es algo que está estudiado, no es de riesgo. No es algo que hasta ahora se haya podido tirar adelante. Sin embargo, en este *meta*, con este *después* o *más allá del Meta-bus*, con este *más allá de nuestras propias narices* hemos aprendido que a veces hace falta un tiempo para que algunas cosas acaben realizándose con menos resistencias. Vamos a ver si este es el momento. Nosotros estamos dispuestos.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

XXXXXXXX