

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

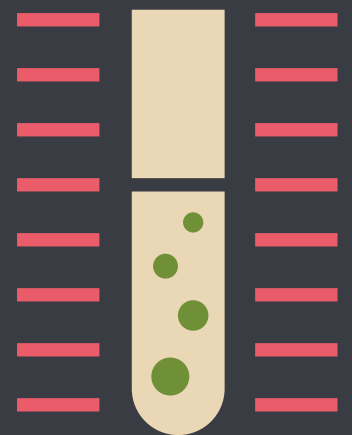
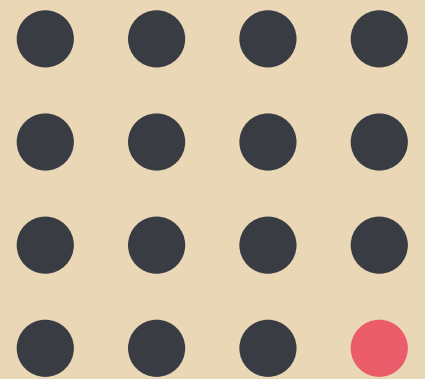
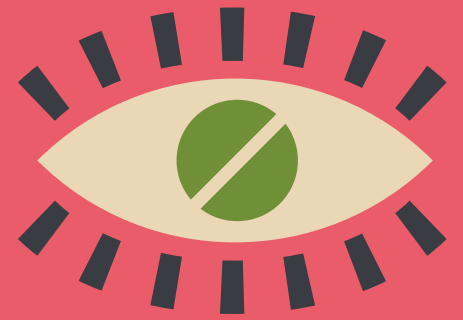
FASE I  
**DIAGNÓSTICO**



Con la asistencia técnica de:



Financiado por:





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

Este estudio ha sido realizado por la UNAD, la Red de Atención a las Adicciones. La investigación ha sido financiada por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, a través de Resolución de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, con cargo a la convocatoria de Subvenciones del 0,7 a actividades de interés social (convocatoria 2021).

**Como citar este informe:**

ARANDA-RODRÍGUEZ, E. (2022) *Estudio Reducción de Daños en el Siglo XXI. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD)*. Madrid.

**ISBN:** 978-84-09-48409-6

**Documento elaborado por:** Ester Aranda Rodríguez, Fundación ABD

**Revisión y corrección:**

Gemma Altell Albajes

Josep Rovira Guardiola. Fundación ABD

**Consultas:**

unad@unad.org

C/Cardenal Solís 5, local 2, 28012 Madrid

Tfno.: 91 447 88 95

**Editado por:** UNAD

**Diseño creativo y maquetación:** Ana Capdepón

**Edición:** Diciembre de 2022

Coordina:

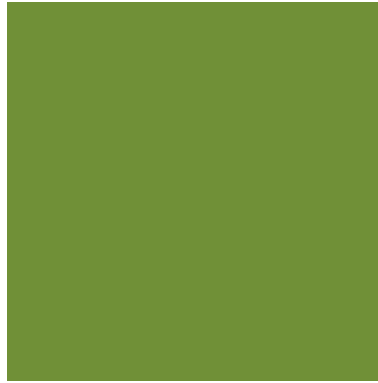


Con la asistencia técnica de:



Financiado por:





## CARTA DEL PRESIDENTE

La Red de Atención a las Adicciones, UNAD, es una ONG que interviene en el ámbito de las adicciones con y sin sustancia y de los problemas que derivan de ellas. Representamos a más de 200 entidades que, además de conformar nuestra base social, compartimos un modelo común de intervención que se centra en la persona, su familia y la comunidad.

Entre nuestras líneas de trabajo en lo que respecta a la intervención de las adicciones está la prevención y disminución del riesgo, el tratamiento, la inserción sociolaboral y también, como eje clave, abordamos la reducción de daños para, precisamente defender los derechos de las personas consumidoras de drogas y con adicciones evitando las muertes tempranas y mejorando su estado de salud.

El objetivo aquí no es otro que minimizar los daños asociados al consumo sin necesariamente reducirlo o eliminarlo.

Estas estrategias van dirigidas a los perjuicios de las personas que consumen ya que aumentan la seguridad en el consumo y disminuyen el contagio de enfermedades, promoviendo una serie de recomendaciones que tienen el objetivo de respetar los derechos humanos fundamentales.

A pesar de que en España seguimos avanzando en lo que se refiere a reducción de daños, todavía nos quedan muchos retos pendientes y más teniendo en cuenta que las adicciones y las personas que consumen, cambian.

Precisamente con este estudio queremos abordar las características de las personas usuarias de sustancias, el patrón de consumo y el contexto social donde se enmarcan para conocer de primera mano las necesidades actuales de los programas de reducción de daños en España. Solo así, podremos mejorar y trabajar para que la reducción de daños ocupe el lugar que necesita en las políticas y en los presupuestos públicos y apostar, por fin, por una red sólida.

Me gustaría agradecer el compromiso de todas las personas que han participado en el estudio porque gracias a él tenemos un diagnóstico sistematizado de la situación. Además, seguiremos avanzando en esta línea y en 2023 realizaremos la fase II del estudio con estrategias concretas a seguir.

UNAD es un agente de cambio y este es un ejemplo más de ello. Sigamos construyendo, sigamos avanzando, sigamos defendiendo los derechos de todas las personas con adicciones y su comunidad.

**LUCIANO POYATO ROCA**

# AGRADECIMIENTOS Y DECLARACIÓN RESPONSABLE

La realización del presente estudio llega a mi vida después de 15 años desarrollando, principalmente en la ciudad de Barcelona, múltiples funciones dentro del ámbito de la reducción de daños. La posición de investigadora que ocupo en este momento no exime mi incapacidad para desprenderme de mi propia experiencia como mujer, blanca, nativa de Barcelona, joven y ocupando posición de profesional. Me parece responsable reconocer de antemano que mi perspectiva en esta investigación ha sido situada y parcial.

Yo también soy de esas profesionales que no recibí formación específica durante sus estudios de grado sobre sustancias, adicciones y abordajes. También soy de esas profesionales que se vio sobre un tablero de juego sintiéndose peón de un sistema muy complejo y crudo. Al igual que mis compañeras me tuve que nutrir de libros sobre sustancias, de publicaciones científicas internacionales donde parecía que todo les salía bien, de jornadas y congresos que no aterrizaban sobre la reducción de daños, de encuentros con otras profesionales que también les invadían más dudas que certezas y de cientos de charlas con personas usuarias que acudían en algún momento al servicio donde estuviese trabajando.

La elaboración de este estudio supone una pausa de reflexión que considero que la reducción de daños en España se merece y requiere tras estos 30 años desarrollándose. La necesidad de respuestas inmediatas en el acompañamiento a personas en extrema vulnerabilidad y exclusión invade el día a día de usuarias, profesionales y administraciones, dejando muy poco espacio a la escucha, a la comprensión de miradas, a la revisión de la práctica profesional y al enfoque de oportunidades.

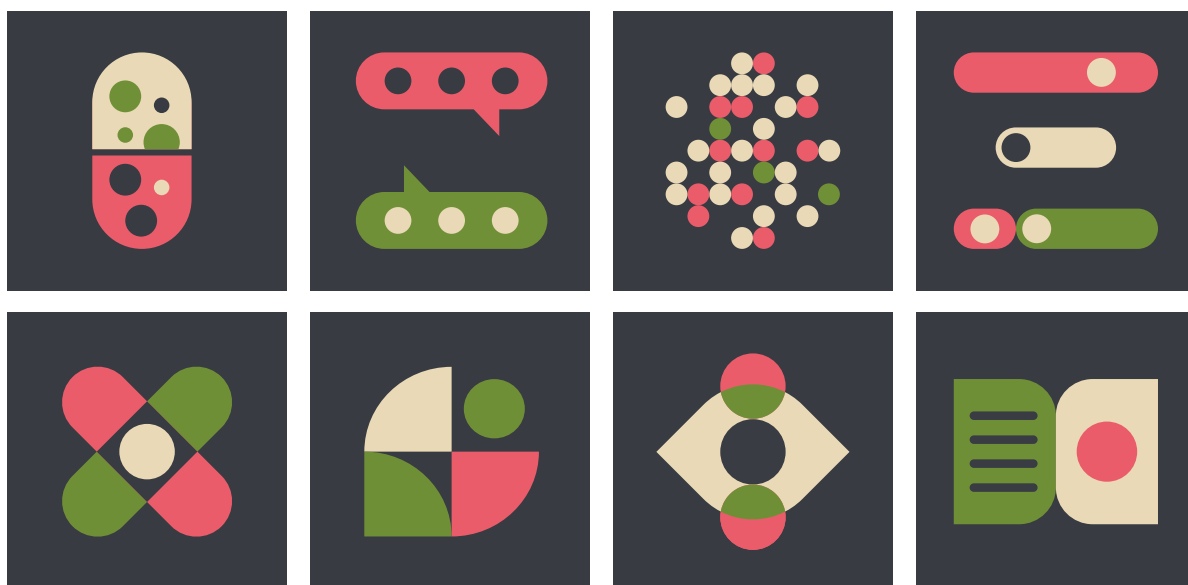
Hoy nos encontramos con aspectos que son indudables como que la comunidad es un agente del motor de cambio, que no hay reducción de daños sin perspectiva de género y enfoque transcultural o que las personas usuarias deben ser protagonistas tanto de sus procesos como de los programas y servicios que habitan. Lamentablemente también es innegable que la condición de utilizar sustancias está mermando de forma objetiva la garantía de los derechos humanos de estas personas.

Como profesional quiero agradecer a UNAD haber apostado por el diagnóstico de la situación actual de la reducción de daños a través de la investigación cualitativa, creo que solo así podían emerger las diferentes realidades que conviven. Como miembro del equipo investigador y autora del texto quiero agradecer a las 40 participantes de este estudio la cesión de su tiempo y confianza compartiendo su experiencia y conocimiento. Y como parte de la comunidad agradecer a la reducción de daños todos los esfuerzos por luchar y respetar los derechos de las personas que utilizamos sustancias.

ESTER ARANDA  
Barcelona, diciembre 2022

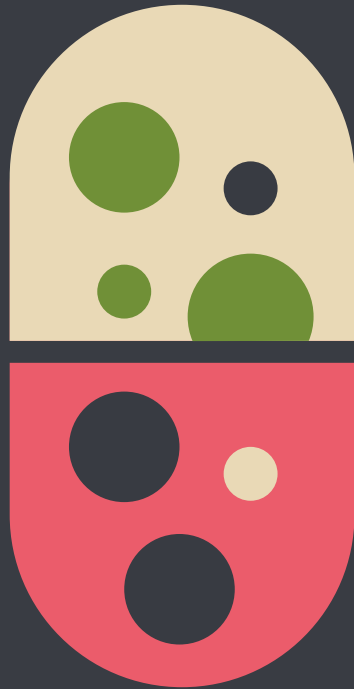
# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>6</b>
1.1. ANTECEDENTES .....	7
1.2. MARCO CONCEPTUAL .....	15
<b>2. OBJETIVOS Y PREGUNTAS INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>17</b>
<b>3. MÉTODO</b> .....	<b>19</b>
<b>4. ANÁLISIS CUALITATIVO</b> .....	<b>28</b>
4.1 REDUCCIÓN DE DAÑOS .....	29
4.2. POBLACIONES .....	34
4.3. PATRÓN DE CONSUMO .....	40
4.4. SERVICIOS Y PROGRAMAS RDD .....	49
4.5. PROFESIONALES .....	57
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>63</b>
<b>6. LIMITACIONES</b> .....	<b>77</b>
<b>7. CONCLUSIONES</b> .....	<b>79</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>86</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>89</b>



1

# INTRODUCCIÓN



## 1.1. ANTECEDENTES

La implementación del enfoque de Reducción de Daños (RDD) nació en España durante la década de los 80, enmarcado en un contexto prohibicionista centrado en la aplicación de políticas de criminalización y persecución del uso de las sustancias ante la popularización del uso de la heroína y cocaína, la expansión del uso de la vía parenteral, la epidemia del VIH, el alarmante aumento de muertes por sobredosis letal de opiáceos y la creación de la red de atención y tratamiento a las drogodependencias por parte de la sociedad civil donde la abstinencia era la única opción y respuesta posible (Rovira et al. 2018). La reducción de daños surgió en aquel momento como un enfoque pragmático y humanitario fundamentado en principios de salud pública y derechos humanos pretendiendo evitar las muertes tempranas y mejorar el estado de salud de las personas usuarias de sustancias mediante estrategias de minimización de los daños asociados con el uso de estas.

Desde este escenario se establecieron las bases para construir la red de dispositivos de RDD integrada principalmente por programas de dispensación de metadona, intercambio de jeringuillas y espacios de cobertura de necesidades básicas. Algunas comunidades presentaron inicialmente resistencias a la implementación de este tipo de servicios cuyo principal objetivo no se residía en la abstinencia. Los equipos de intervención comunitaria, a través de la recogida de jeringuillas abandonadas, fueron piezas esenciales para su integración en el territorio. La aparición de nuevas problemáticas, así como la generación de evidencia científica internacional en el campo de la RDD, permitió que progresivamente se fuesen incorporando nuevas estrategias y programas como fueron las salas de consumo supervisado.

Sin lugar a dudas, hoy España es uno de los países de la UE que más objetivos positivos ha logrado en la RDD en las poblaciones que utilizan sustancias (según la evaluación de la Estrategia Europea), gracias a la variedad y cobertura de los programas. Destacar pues los grandes logros en la reducción de la infección por VIH+ y VHC+. En los últimos años, se ha evidenciado una importante reducción de la vía inyectada y de los casos de VIH+ y VHC+ (Estrategia Nacional, 2017-2024). La RDD ha demostrado, por un lado, su pragmatismo en el abordaje de problemáticas relacionadas con el uso de sustancias, y, por otro lado, la importancia de situar en la persona como sujeto activo de sus propias decisiones (y vida) defendiendo, respetando y validando sus derechos.

A pesar de estas incuestionables mejoras y buenos resultados, han pasado más de 30 años y una pandemia desde entonces, produciéndose inexorablemente cambios sustanciales en relación a las características de las

personas usuarias de sustancias, a su patrón de consumo y al contexto social donde se enmarcan. La gravedad de las necesidades y la vulnerabilidad de algunas de estas personas y comunidades en muchas ocasiones requirió una respuesta inmediata, dejando a un lado procesos de mayor reflexión sobre los cambios que se estaban sucediendo, las posibles causas relacionadas y las diferentes opciones de abordaje.

Es innegable que nadie tuvo en cuenta en esos diseños iniciales la diferente realidad que vive la mujer usuaria de sustancias respecto al hombre. Hoy son múltiples los esfuerzos profesionales realizados y las consecuentes mejoras detectadas en la incorporación de la perspectiva de género en el campo del uso de las sustancias en España. Se pueden observar ejemplos en diferentes niveles. En el campo académico la línea de Drogas y Género de la Fundación Salud y Comunidad, iniciada en 1999, hoy ofrece una extensa biblioteca virtual con más de 100 publicaciones especializadas. En el campo formativo, liderado por el tercer sector, la Red de Atención a las Adicciones (UNAD), conformada por más de 200 entidades estatales, dispone de una comisión permanente de género constituida por un grupo de expertas que tienen como objetivo formar, incidir y sensibilizar en esta materia. Acompañando en el día a día y la lucha de derechos, la cooperativa sin ánimo de lucro Metzineres de Barcelona, se ha convertido en referente a nivel internacional en el acompañamiento a mujeres que utilizan sustancias y sobreviven a múltiples situaciones de vulnerabilidad y violencia. Lamentablemente es cierto que la implementación de la perspectiva de género sigue siendo una carrera de fondo en nuestra sociedad, y, por lo tanto, un aspecto de continuidad de trabajo en la RDD.

Aún así, existen elementos que hoy también deberían resultar imprescindibles en el diseño de programas, estrategias e intervenciones en RDD y continúan siendo tarea pendiente. Según los datos publicados por la Comisión Europea en el año 2019, España se situaba como segundo con presencia de mayor número de personas de origen migrante, de las cuales el 78.2% se encontraba en situación irregular. Sin embargo, no es hasta el año 2019 donde se inician las primeras publicaciones europeas que señalan la importancia de incorporar competencias culturales en el abordaje del uso de sustancias en personas migrantes o etnias minoritarias (De Kock, 2020). Es obvio que los diseños e implementaciones iniciales no tuvieron en cuenta la transculturalidad y fueron pensados por personas blancas para personas blancas; así como, tampoco tuvieron presente las consecuentes diferencias en el uso de sustancias que podían presentarse en estos grupos poblacionales. El diagnóstico y recogida de experiencias en la implementación de la perspectiva

transcultural en los servicios y/o programas de RDD en nuestro territorio se situará por lo tanto como elemento de interés.

Similar situación se reproduce en relación al sinhogarismo. En los últimos 15 años algunas ciudades estatales como Barcelona, han incrementado en un 45% el número de personas que duermen en la calle, a pesar de haber crecido un 79% el número de plazas residenciales de emergencia en el mismo periodo (De Ines et al, 2017). El riesgo de uso problemático de sustancias en situaciones de extrema pobreza y/o en procesos de elevada vulnerabilidad (como ocurre tanto en el caso mujeres víctimas de violencia como en personas migrantes en situación irregular) ha sido descrito extensamente (Pleace et al, 2022). Aún y así debe profundizarse si la RDD en España ha contemplado e incorporado este acompañamiento diferencial, o, por el contrario, la necesidad de respuesta inmediata ante este aumento de personas sin hogar, ha conducido a incorporar el sinhogarismo como criterio de inclusión en los servicios y/o programas de RDD.

Tampoco se tuvo en cuenta en aquellos primeros diseños de programas al colectivo LGTBIQ+ y las competencias específicas en relación al uso de sustancias. La aparición del fenómeno chemsex en 2013 en España (publicada por Antidote) ponía sobre la mesa esta “nueva” intersección donde el uso de sustancias, las prácticas sexuales y la opresión heteronormativa parecía confluir en un grupo de personas donde las sustancias y las vías de administración implicadas resultaban conocidas para la RDD. Es también en este aspecto diagnóstico donde la presente investigación pondrá su foco.

En relación al uso de sustancias se han reportado la aparición de sustancias diferenciales a la heroína y la cocaína, como por ejemplo es el caso de la metanfetamina (Rovira, J. 2022). Aunque también esta investigación ha vuelto a señalar en la RDD hacia sustancias más que conocidas como son el alcohol o los fármacos psicotrópicos. Los diseños iniciales de programas se centraron sobre las sustancias que mayor comorbilidad y mortalidad tenían asociada. Hoy nuestra sociedad parece haber ampliado los patrones de usos, siendo esencial que la RDD también contemple estos cambios y revise que las respuestas que está ofreciendo.

La involucración de las personas usuarias de sustancias ha sido otro elemento a destacar. Son numerosas las publicaciones científicas que proponen un análisis desde el campo académico aplicado sobre las poblaciones de estudio. La escucha e implicación de las personas usuarias es un elemento distintivo del propio modelo de RDD, era por lo tanto una tarea casi de carácter obligatorio incluirlas en esta primera exploración, de la misma forma, que la voz de las personas profesionales.

Tal y como se muestra en el apartado de *Método* del presente documento, se incluyeron temáticas explora-

torias sobre el propio modelo de RDD, las poblaciones acompañadas, las formas de uso de las sustancias, los servicios y/o programas de RDD y los profesionales que actualmente trabajan en esta red. Por la escasa revisión específica hasta la fecha y por el posible impacto detectado a continuación se muestra el trabajo de profundización bibliográfica de cinco campos concretos: el modelo de RDD, la perspectiva transcultural, el sinhogarismo y el fenómeno chemsex.

## MODELO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Tal y como describe Brocato en su publicación *Harm reduction: a social work practice model and social justice agenda* (2003) el modelo de RDD bajo un enfoque de salud pública se construyó bajo cuatro pilares esenciales: una alternativa a la abstinencia, combatir las enfermedades asociadas al uso de sustancias, reducir la mortalidad relacionada y la prevención del estigma.

Estos cuatro elementos permitieron diferenciarse del modelo anterior en la atención y el abordaje del uso de sustancias centrado en la eliminación de las sustancias como estrategia de mejora de la salud, la abstinencia como único objetivo finalista y la imposición del tratamiento como abordaje exclusivo. Este enfoque construyó un imaginario social fatalista de la persona usuaria de sustancias como sujeto marginal, sobre quien se aplicaba un proceso de delegación social ya que este estaba enfermo, no tenía voluntad, era irresponsable y, por lo tanto, la sociedad debíamos hacernos cargo de ella apartándola de todo acceso a las sustancias y ofreciéndole recursos para curarse. Este imaginario también construyó la autoimagen de la propia persona usuaria de sustancias como alguien culpable de su propia situación quien fracasaba si no lograba mantenerse alejado del consumo de drogas (Romani, et al. 1989). La principal consecuencia de este primer modelo de carácter prohibicionista e individualista del uso de sustancias (que no contemplaba las desigualdades en salud) fue la situación de la persona usuaria de sustancias como alguien a quien había que excluir por no hacer suficientes esfuerzos para mejorar su estado de salud.

En este contexto, no es de extrañar que independientemente del territorio, las primeras apuestas de programas que realizó la RDD estuviesen rodeadas de pánico y cuestionamiento social donde se señalase que se podría estar fomentando un aumento de la prevalencia del uso de sustancias, además de, provocar que con su implementación las personas desestimaran de forma inmediata y estandarizada cualquier proceso orientado a la abstinencia (Brocato, 2003).

La RDD proponía un nuevo modelo de atención al uso de sustancias no sólo como un enfoque asistencialista, sino como una nueva filosofía en la mirada sobre el uso de las sustancias. Este nuevo enfoque ponía por primera



vez sobre la mesa la desigualdad estructural que concierne a las diferencias sistemáticas en el estado de salud entre los diferentes grupos socioeconómicos, situando esta injusticia como producto de procesos sociales sobre los que la responsabilidad no recae directamente sobre la persona usuaria. Este modelo señalaba que los daños asociados al uso de sustancias afectaban de forma diferencial a ciertos grupos poblacionales (por ejemplo, las mujeres), dibujando unos factores de riesgo (por ejemplo, desventajas económicas, historial de violencias, presencia de enfermedad mental, falta de soporte familiar) que poco tenían que ver con el imaginario social de persona *viciosa e irresponsable* que utilizaba sustancias de forma abusiva.

Este cambio en el contexto moral abrió las puertas a garantizar el acceso a salud y servicios básicos a todas las poblaciones vulnerables usuarias de sustancias, dejando a un lado las estrategias que situaban al individuo como único responsable. De la misma forma se asumía que la RDD era una respuesta en la reducción de desigualdades y no un enfoque que permitiese cambiar las condiciones sociales producidas por la desigualdad socioeconómica (Pauly, 2007).

En España la tarea no fue sencilla, con cierta oposición profesional e institucional que tuvo que vencerse, y un retraso importante en términos cualitativos y sobre todo cuantitativos en la puesta en práctica de los programas de RDD. El avance y extensión de las políticas de RDD tuvo un ritmo desigual según Comunidades Autónomas, y no fue hasta finales de la década de 1990 cuando estos programas fueron normalizándose y hallando mayor desarrollo para el conjunto del territorio español. El primer programa considerado de RDD que se puso en marcha fue el Programa de Mantenimiento con Metadona. Seguido, aunque con mayores dificultades, se puso en marcha y extendió el Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ). Ya en los años 2000 llegaron los Centro de Día de RDD (denominados también Centros de Emergencia, Calores y Café...) en varias comunidades con prestaciones socio-sanitarias de atención básica. La primera sala de consumo supervisado se abrió en el 2001. La RDD también se abre espacio en el ámbito preventivo, en los términos de disminución de riesgos, dedicada de manera específica a los contextos de nocturnidad y consumo recreativo a partir de 1997 con la fundación del programa Energy Control, y que al año incorporará el testeo y análisis de drogas (Rovira et al. 2018).

En la actualidad, aunque la RDD cuenta en España de una amplia aceptación y desarrollo, y es reconocida como un pilar indiscutible en las políticas públicas de drogas, su posición y sostenimiento económico es aún frágil y muy subsidiario en comparación con los programas de abstinencia. Ello explicaría una desigual cobertura territorial, y especialmente en términos poblacionales según comunidad autónoma.

En los últimos años diversos autores (Pauly, 2007; Fry et al, 2005; Keane, 2003; Young, 2001) han señalado hacia una revisión del modelo de salud pública en la RDD que implique la incorporación actualizada de justicia social y derechos humanos. Tal y como se ha descrito, inicialmente la mirada de justicia social en el uso de sustancias se aplicó bajo un enfoque utilitario, donde el mejor resultado para la mayoría de la población era orientar el uso de sustancias hacia la abstinencia. Posteriormente la justicia social se entendió desde un enfoque igualitario, donde al fin se aceptaba que existía desigualdad de oportunidades en determinados grupos poblaciones en el acceso al sistema de salud. A principios de los 2000, el reclamo de justicia social incorporó el enfoque de equidad, donde se reconocía que las personas que utilizaban sustancias tenían menores oportunidades de acceso al sistema de salud y se reconocía como vulneración de derechos esta desigualdad.

En la última década algunos autores indican que el término justicia social en RDD debe ser un sumatorio de estos enfoques (salud pública, igualdad, equidad) junto con a un enfoque de ética comunitaria. Young (2001) indica que debe tenerse en cuenta que en las comunidades existen ejes de dominación y opresión que atraviesan a los grupos minoritarios. Sitúa como esencial incorporar en la lectura de la realidad estas desventajas, empoderando a estos grupos y a sus comunidades en el desarrollo de políticas y prácticas orientadas en la lucha por la garantía de sus propios derechos (Pauly, 2007).

En resumen, estos autores señalan que el modelo de reducción de daños fundamentado en pilares de salud pública debería incorporar la lente de justicia social con el objetivo de contemplar las intersecciones y sus intensidades entre los diferentes ejes de desigualdad. Además, sitúan a las propias personas como sujetos protagonistas en la transformación sociopolítica, rehuyendo modelos anteriores donde las personas simplemente eran consideradas o bien como enfermas, o bien como excluidas sin agencia alguna en el cambio.

La introducción de estos aspectos de justicia transformadora permitiría el abordaje de necesidades inmediatas de supervivencia, reconociendo que los sistemas que se supone que garantizan seguridad y protección (servicios básicos, protección víctimas de violencia, vivienda) no lo están haciendo (Spade, 2020). Implementando este enfoque de responsabilidad comunitaria se podría crear seguridad a través de la construcción de comunidades y redes de apoyo, que integrasen a muchas personas y realidades, disolviendo el modelo caritativo donde unas pocas personas expertas resuelven problemas muy graves de muchas personas.

## PERSPECTIVA TRANSCULTURAL

El eje de desigualdad por territorio de origen y/o etnia ha sido descrito ampliamente. Tal y como se apuntaba al inicio de este apartado se estima que España es el segundo país europeos con mayor número de personas de origen migrante y el primer país europeo con mayor presencia de personas en situación irregular. La incorporación de competencias transculturales se describe como un aspecto esencial en la comprensión del uso de sustancias en este grupo poblacional. La intersección con otros ejes de desigualdad, así como la desprotección en la que se pueden encontrar estas personas señala a la RDD como un enfoque que podría ofrecer un acompañamiento pragmático y de garantía de derechos en las personas migrantes que utilizan sustancias.

El imaginario social de la persona migrante que utiliza sustancias en España incluye diferentes estereotipos como que además de usar las sustancias también está relacionada/o con el tráfico de estas (implicando que su presencia en la comunidad aumenta los problemas relacionados con la criminalidad), utiliza sustancias de menor poder adquisitivo, presenta menor nivel educativo y se beneficia de mayores ayudas sociales. Estos tres últimos estereotipos se relacionan directamente con pobreza.

Se define como competencias culturales como un conjunto de comportamientos, conocimientos, actitudes y políticas congruentes que confluyen en un sistema, organización o entre profesionales que permiten un trabajo eficaz en entornos interculturales (De Kock, 2020).

La necesidad de incorporación de competencias culturales en servicios de atención al uso de sustancias y RDD nace de la observación de diferencias (aun asumiendo que están microrepresentados en los análisis de resultados) en términos de accesibilidad y adherencia a los servicios y/o programas de este grupo poblacional. Como cualquier otra perspectiva (como pudiese ser la de género) su implementación requiere de situar la mirada bajo una nueva lente que permita tanto comprender las circunstancias y realidad de esta persona, identificando así qué significado, lugar y formas de uso ocupan las sustancias y, en consecuencia, que daños están produciendo y cuáles son los motivos; como identificar a los equipos profesional como se perciben en ellos en el mundo y perciben las actitudes y acciones de la otra persona.

Aspectos como la duración del proceso migratorio, el lugar de origen, el objetivo del viaje, el carácter de la decisión tomada (forzada o no forzada), las características cualitativas de la persona, el estatus de legalidad y la distancia cultural parecen ser factores asociados al inicio o aumento del uso de sustancias en este grupo poblacional. Cabe indicar que algunas personas pueden ser usuarias de sustancias previamente al proceso migratorio,

que las condiciones y experiencias con este aumenten el uso y los daños relacionados.

Se ha observado que la vivencia de estas experiencias puede presentar características potencialmente traumáticas para la persona. Así como se ha descrito que las personas que han vivido experiencias traumáticas pueden realizar uso de sustancias como estrategia de afrontamiento y/o supervivencia a la sintomatología post-traumática, ansiedad, depresión e integración de violencias vividas (Pompidou Group; 2022). Esta experiencia además puede estar atravesada por diferentes ejes de opresión que sitúan a la persona en una situación de mayor vulnerabilidad, como, por ejemplo, ser mujer, migrante, en situación administrativa ilegal, con barrera idiomática, racializada que utiliza sustancias.

En los últimos cinco años algunas autoras (De Kock 2020; Federova 2012; Pompidou Group; 2022) han explorado la relación entre uso de sustancias y el proceso migratorio. El ser humano no está preparado para los cambios que implica moverse de un lugar a otro (shock cultural) y menos en situaciones donde parecer ser la única opción de supervivencia. La nueva cultura suele percibirse como incomprensible y extraña en todas sus manifestaciones. Algunos factores considerados de éxito migratorio son: superación de barrera idiomática, buenas condiciones de vida, acceso al mercado laboral, vinculación a servicios sociales y de salud y disponer estructura familiar.

Los factores de riesgo asociados a presentar criterios diagnósticos de Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) descritos en personas que han realizado un proceso migratorio fueron: las malas condiciones de vida en el país de origen y en el país de llegada, haber vivido periodos de privación de libertad detenciones de largas, la inestabilidad social en el territorio de llegada, la vivencia de largos procesos frustrados cuyo objetivo es la regularización administrativa, la separación del núcleo familiar, la exposición a violencias en el viaje migratorio y en el territorio de llegada, la exclusión social en el nuevo territorio, el desempleo, las experiencias de discriminación y el desarrollo de sintomatología relacionada al trauma por experiencias vividas en el territorio de origen.

La incorporación de este nuevo enfoque es señalada por diversos autores como clave en la atención de este grupo poblacional. Se han descrito múltiples ejemplos de experiencias donde las personas usuarias de sustancias migrantes iniciaron y se adhirieron a procesos de tratamiento orientados a la abstinencia. Al finalizar estos, las oportunidades de creación de capital social fueron prácticamente nulas, así como la incorporación al mercado laboral, el acceso a la vivienda, cultura o servicios básicos provocando un proceso de puerta giratoria hacia el uso de sustancias (Pompidou Group; 2022).

En el año 2015 se data en España un aumento de lle-

gadas de hombres, jóvenes (en ocasiones menores), no acompañados de origen magrebí cuyo proceso migratorio es cruzando el Mediterráneo. En Marruecos existe una ley que establece que a las personas menores de edad que utilizan sustancias debe ser la familia quien les ofrezca el tratamiento, siempre orientado a la abstinencia y abandonado la escuela durante ese periodo (Pompidou Group; 2020). Independientemente del grado de cumplimiento de esta ley, su propia existencia indica qué lugar ocupa el uso de sustancias y bajo qué mirada educativa crecen estos jóvenes en relación al uso de sustancias.

En el año 2021 se publicó un estudio en comparativo (Carrasco-Garrido, 2021) del uso de sustancias entre menores nativos españoles y menores migrantes entre los años 2006 – 2016. Los resultados señalaron como factores asociados al inicio de uso la barrera idiomática, la distancia entre cultural y la presencia de sintomatología ansiosa. Los jóvenes no nativos reportaron mayor uso de fármacos psicotrópicos no prescritos. Estos resultados coinciden con otro estudio sobre el efecto de la condición de migrante en el contexto español donde también se alertó que los jóvenes de origen musulmán en España presentaban menor uso de alcohol que los jóvenes nativos y mayor uso de fármacos psicotrópicos (sustancias permitidas por el islam) señalando como factores asociados mayor número de experiencias de discriminación y las dificultades de adaptación cultural (Sarasa-Renedo et al. 2015).

Algunos reportes europeos (Federova 2012; Pompidou Group, 2020; Pompidou Group, 2022) han indicado que en este grupo poblacional específicamente se han detectado elementos de preocupación para los servicios y programas de RDD tales como que la desconfianza hacia las instituciones, la comunicación en lengua no materna repercute en la calidad de atención que reciben (aunque puedan hablar castellano), que presentan miedo a ser señalados como usuarios de sustancias en su comunidad, que la construcción de términos como “salud”, “adicción”, “droga” deben ponerse en común entre culturas y restaurarse, y la visión de mundos divergentes en relación a la atención y acompañamiento en el uso de sustancias.

Como posibles estrategias de incorporación de competencias culturales se han encontrado: la importancia de la comunicación interna entre profesionales en clave transcultural, la incorporación de variables específicas en el plan de trabajo individual, implementación del modelo informado del trauma, garantizar el acompañamiento a servicios básicos, incorporación de mediadores, inclusión de pares y la incorporación de supervisión externa especializada de equipos.

## SINHOGARISMO

En los últimos diez años en algunos territorios estatales se ha evidenciado un aumento del sinhogarismo de elevada preocupación. España no dispone de datos sobre la evolución de número de personas que duermen en la calle, pero según el Instituto Nacional de Estadística (INE) se ha producido un incremento del 32% en el número de personas que hacen uso de centros residenciales y albergues para personas sin hogar entre 2014 y 2018. Según el informe “*How many homeless people live in Spain?*” (Sales, 2015) los datos acerca de la evolución de las diferentes formas de sinhogarismo son incompletos y sesgados y no existen investigaciones con fuentes fiables a nivel nacional y en la mayor parte de ciudades se desconoce el número de personas que duermen en la calle.

Existe una extensa bibliografía que describe asociación entre el sinhogarismo de larga trayectoria y la dependencia a alcohol, el riesgo de utilizar sustancias ilegales, la mala salud física y la comorbilidad con la patología mental. Específicamente el tiempo que una persona vive en la calle se relaciona directamente con el riesgo de utilizar sustancias (Pleace et al, 2022).

Analizando el fenómeno a nivel estatal se observó que existen diferencias notables en las estrategias de abordaje y/o erradicación del sinhogarismo, aún y así, un elemento común es que las redes de atención al sinhogarismo no suelen estar conectadas con la de salud primaria, salud mental y adicciones, y reducción de daños. Esta desconexión parece ser uno de los motivos relacionados con la invisibilidad y exclusión de las personas usuarias de sustancias en estas políticas.

Según Pleace (2022) se pueden diferenciar dos grupos de usuarias de sustancias entre las personas sin hogar: aquellas que su situación de sin hogar está condicionada por el alto uso de sustancias y aquellas que al perder el hogar iniciaron el uso de sustancias. Desde un imaginario social el autor advierte que cuando se habla de familias sin hogar no se contempla que algún miembro pueda utilizar sustancias.

Las características más habituales de la persona sin hogar son hombres, que viven en la calle durante largo tiempo, que presentan patología mental, sin trabajo, con elevado contacto con el sistema judicial, cortos periodos de ingresos en centro penitenciario y que utilizan servicios de emergencia de forma recurrente. Este grupo por lo tanto es el que se ha estudiado con mayor profundidad ya que es el que accede a los servicios de la red sin hogar, a pesar que, se estima que representa únicamente el 10% del sinhogarismo. Tal y como describe el informe elaborado por Pleace (2022) sobre el sinhogarismo europeo, es común que a la condición de utilizar sustancias limite el acceso a equipamiento y la mayoría de estudios sobre población sin hogar se realiza a partir de personas

vinculadas a dispositivos. Por este motivo señala que las personas que utilizan sustancias están infrarrepresentadas cuando a *sinhogarismo* se refiere.

Situación parecida ocurre en relación al *sinhogarismo* femenino (Bretherton, 2017). La condición de género se relaciona con trayectorias diferenciales de *sinhogarismo*, siendo habitual que presenten menor vinculación a la red y patrón de uso de sustancias diferencial. En el caso de los jóvenes, la condición de *sinhogarismo* se asocia a haber estado en contacto durante la infancia con el sistema de protección, con el uso de sustancias y/o con estar vinculado a la red de salud mental.

No existe un modelo estandarizado de servicios de RDD y *sinhogarismo* en Europa. Entre las diferentes respuestas se encuentran: los centros de día de RDD, las unidades móviles, el soporte habitacional, los servicios integrados de emergencia y RDD y el *housing first*. El modelo escalera continúa imperando en muchos países europeos, entre ellos España. Presenta una efectividad inferior al *housing first* y se ha observado que el aumento de exigencia paulatina no se adapta a personas con necesidades complejas (adicción, patología mental, género, migración...). Se señala que las intervenciones que ponen el foco solo en el uso de sustancias sin tener en cuenta las necesidades del individuo respecto al soporte social relacionado con el *sinhogarismo* presentan una eficacia limitada.

A nivel europeo se observa que existe una tendencia en los servicios de RDD a centrar su atención en personas sin hogar, especialmente que vivan en la calle a raíz de este notable incremento del *sinhogarismo* a nivel global. Los diferentes informes europeos señalan que estos servicios son más efectivos que los basados en criterios de abstinencia, estos únicamente presentan mayor efectividad cuando acompañan a personas que se encuentran en Programa de Mantenimiento de Metadona en situación de sin hogar (Peace, 2008).

## CHEMSEX

### EL FENÓMENO CHEMSEX Y EVOLUCIÓN

La práctica del *chemsex*, la cual se engloba dentro de las llamadas “prácticas de consumo en contextos sexuales”, ciertamente encierra su propia idiosincrasia, con una serie de códigos que la hacen ocupar un lugar de específico nombramiento para el estudio y prevención en términos de salud. Al ser un problema que se ha descrito hace relativamente poco, no son muchos los estudios existentes, por lo tanto, las definiciones que nos aportan los expertos son diversas.

El fenómeno conocido como *Chemsex*, alude al uso intencionado de drogas para mantener relaciones sexuales durante un largo periodo de tiempo, que transcurre

desde horas hasta varios días. Es importante aclarar que no existe aún un consenso definitivo para su definición. Sin embargo, atendiendo a las motivaciones, códigos y tipos de sustancias, esta práctica está mayormente circunscrita a hombres homosexuales, bisexuales y otros HSH (hombres que tienen sexo con hombres). Estos encuentros son comúnmente conocidos como “sesiones”, y se caracterizan por un consumo excesivo de drogas recreativas, las cuales se combinan para producir efectos tanto de euforia y desinhibición exacerbadas como para aumentar la resistencia física y con ella, la duración de éstas. Surge como una forma alternativa de fiesta sexualizada que permite a los participantes evitar la naturaleza potencialmente crítica del «espacio público». Si bien las sesiones tienden a organizarse en torno al sexo, hay algunas pruebas de que pueden servir a una variedad de propósitos sociales para sus participantes, incluida la oportunidad de conocer a otros hombres, participar en juegos eróticos y experimentación y recrear relaciones de intimidad y complicidad en espacios seguros exentos de discriminación. Otras de las motivaciones más comunes serían el aislamiento social, la reducción de los sentimientos de duda provocados por una homofobia interiorizada, o el aumento de la confianza sexual, claramente deteriorada al percibir que la imagen corporal no concuerda con los patrones exigidos en los espacios de encuentro, ya sean físicos o virtuales.

El fenómeno *Chemsex* surge en Estados Unidos hace más de una década y no es hasta principios de la década pasada cuando aparece en Europa a través de Reino Unido.

En España, este es un fenómeno relativamente reciente. En cuanto a su evolución, al igual que en algunos países europeos, aún hay escasos estudios epidemiológicos sobre el *chemsex* y sobre sus consecuencias para la salud pública. Existe cierto consenso en que su prevalencia es mayor en grandes ciudades, especialmente Madrid y Barcelona, aunque también se ha observado en otras ciudades como Málaga y Valencia, así como en los destinos turísticos gays más populares.

Para poder entender la evolución de este fenómeno, es importante entender que la relación del sexo con las drogas no es algo nuevo, ni mucho menos. Ni tampoco dicha relación como objeto de estudio. Aunque diversas encuestas y estudios exploraban desde 2010 el uso de drogas en general en la población de GBHSH (gays, bisexuales, hombres que tienen sexo con hombres), ninguna recogía información sobre *chemsex* propiamente dicho. Podría decirse que la alarma sobre la emergencia del *chemsex* fue publicada en 2013 por Antidote. Desde este servicio de atención a población LGTBQ+ usuaria de drogas, se alertaba sobre un cambio en el patrón de consumo entre hombres GBHSH, con un mayor uso de metanfetamina, mefedrona y GHB/GBL en contexto sexual, y frecuencias elevadas de uso de la vía inyectada. Además, se subrayaba que este aumento había sido más

importante dentro del grupo de GBHSH que viven con VIH. Desde ese momento, varios trabajos han intentado ofrecer luz sobre esta realidad en nuestro país, bien con análisis de datos secundarios o bien con estudios llevados a cabo con tal fin.

La entidad Apoyo Positivo realizó un estudio en 2021 del que se extrajeron algunas conclusiones interesantes. Por ejemplo, determinó que el perfil medio de usuario que practica chem-sex es el de un hombre homosexual de entre 25 y 44 años, activo laboralmente y sin pareja estable, siendo el canal más frecuente el de las apps de geolocalización. Los motivos referidos más frecuentemente para participar en el chemsex fueron: *“para hacer la relación sexual más placentera, para tener más aguante físico, y para tener más confianza en las relaciones sexuales. Estos datos indican que los motivos para participar en el chemsex son diversos y no excluyentes entre sí, y dependen en gran medida de las diferencias individuales”*.

Este estudio reveló, además, una gran cantidad de testimonios relacionados con la insatisfacción de esta práctica, ya fuese por no cumplir sus expectativas o porque había afectado a sus relaciones personales, familiares o laborales en algún momento. Además, son frecuentes los trastornos de ansiedad, dependencia a la sustancia resultante en la incapacidad para tener sexo sin ella, o trastornos ansioso-depresivos derivados del consumo a largo plazo. Cabe añadir que, dadas las características de estas prácticas, existe un componente de alto riesgo en el ámbito sexual, incrementando así la probabilidad de contraer múltiples ITS.

En resumen, este parece ser un fenómeno que precisa de mayor atención por parte de las diferentes entidades competentes, dada su rápida instauración y evolución en el contexto social. Podemos afirmar que se trata de un problema de salud pública que afecta principalmente a GBHSH. La combinación de elementos como el estigma, la marginación, el estrés de las minorías y el afrontamiento desadaptativo (incluido el uso de drogas) contribuyen a la participación en “entornos de riesgo” sindémicos, dándose una correlación entre problemas de salud y factores psicosociales, que actúan conjuntamente aumentando la vulnerabilidad del colectivo. Estos factores subyacentes, unidos al impacto y desarrollo de las apps de geolocalización, la hipersexualización de la industria de ocio gay y la imposición de los estándares de belleza, han sido precipitantes de peso en la evolución de este fenómeno. A falta de más datos que puedan arrojar más luz al respecto, se hace necesaria la colaboración y coordinación de diferentes equipos disciplinares, que ayuden a promover el cuidado y la salud de los GBHSH que practican chemsex en España.

## DIFERENCIAS INTERPROVINCIALES

No es de extrañar que este tipo de fenómenos encuentren en las grandes ciudades el espacio más óptimo para su expansión. De hecho, inicialmente fue en los puntos más gentrificados del país, como Valencia, Barcelona o Madrid donde comenzó a germinar esta práctica. Aunque no debemos obviar los destinos turísticos o de ocio abiertamente gay (puntos calientes) como Sitges en la propia Barcelona, Torremolinos en Málaga o Maspalomas en Gran Canaria. Hoy en día, las regiones más afectadas son las antes mencionadas, a las cuales se suma la comunidad andaluza, en especial Sevilla.

Respecto al tipo de sustancias consumidas por región, no existen grandes diferencias, aunque sí hay evidencias, basándonos en recientes estudios realizados, de que la mefedrona es más consumida en Madrid, Valencia y Sevilla, mientras que la metanfetamina lo es más en Barcelona.

El consumo de estupefacientes, utilizados o no en un contexto sexual, no implica necesariamente que exista una patología, pues se entiende, según el DSM-5, que una persona puede realizar un consumo de forma lúdica sin que exista una afección negativa en ninguna área de su vida. Específicamente, el DSM-5 hace una clasificación del diagnóstico del trastorno del consumo de sustancias que incluye las acepciones de leve, moderado o grave, dependiendo de la cantidad de criterios que cumpla, y sin la necesidad de que exista una dependencia física.

De igual forma, es beneficioso hacer una intervención psicoterapéutica previa a que existan síntomas negativos o sobre la sintomatología, sin que se llegue a cumplir el diagnóstico (Curto et. al, 2020; Ministerio de Sanidad, 2020).

Curto y Dolengevich (2020) desarrollaron recientemente el Documento Técnico del abordaje de la Salud Mental del usuario con prácticas de chemsex, donde recalcan la práctica de este consumo sexualizado como un trastorno por consumo de una o varias sustancias que por sus variables moduladores y una serie de comportamientos asociados, como las propias prácticas sexuales y el uso compulsivo de aplicaciones de contacto, complican ofrecer un diagnóstico o esclarecer si existe un consumo problemático siguiendo los criterios establecidos en el DSM-5. Además, respecto a la temporalidad, estos autores encuentran poco realismo en los criterios establecidos en el manual diagnóstico pues, mientras que para el Trastorno por consumo de sustancias el DSM-V utiliza como criterio el plazo de los 12 meses, en los usuarios de chemsex pueden llegar a encontrarse casos en los que en tan solo un mes la persona presente problemas graves. Estos problemas pueden ser debidos bien a que se incremente tanto la frecuencia de consumo, como la vía de administración, pasando de vías nasales u orales a inyectadas, consideradas más peligrosas.

Dada la variedad de las conductas implicadas en el fenómeno chemsex y la complejidad de la patología, diferentes trabajos valoran la necesidad de un abordaje sobre la salud integral y multidisciplinar. Personas expertas en la esfera de adicciones y concretamente en el ámbito chemsex, aconsejan no limitar las intervenciones dirigidas al cese del consumo de estupefacientes. Muchas personas usuarias de chemsex no evalúan su situación como problemática a pesar de las consecuencias, observadas o no, en las diferentes áreas como la social, física y mental. O por el contrario personas que han fracasado repetidamente en el intento de dejar de consumir y les beneficiaría aumentar los niveles de salud y ganar calidad de vida antes de marcarse como objetivo la abstinencia.

Es por ello por lo que se propone contemplar en los servicios planes de acciones de prevención y reducción de daños en el consumo y psicoeducación en materia de sexualidad (Curto et. al, 2020; EMIS-2017, 2019; Morris, 2019). Esta línea de intervención tiene como objetivo disminuir las posibles consecuencias directas e indirectas del consumo y asistir y paliar el daño que ya existe.

Los programas de educación en materia de prevención de ITS, provisión de métodos barrera, asesoramiento y derivación para el tratamiento de la Profilaxis pre-exposición.

Curto y Dolengevich en el Documento técnico "Abordaje de la Salud Mental del usuario con prácticas de Chemsex" (2020), y Ruiz-Robledillo et al. (2021) entre otros autores, destacan así mismo, el refuerzo comunitario, el entrenamiento en habilidades interpersonales, intervenciones de psicoeducación sexológica, así como estrategias personalizadas en el área ocupacional, social y de ocio.

David Stuart en el 56 de Dean Street fue pionero detectando la necesidad de ofrecer servicios específicos para este fenómeno y llevando a cabo intervenciones basadas en sus experiencias personales y profesionales. Dichas experiencias, a través de comunicaciones personales del autor, fueron referentes en la esfera profesional del resto de profesionales y entidades que operan en este ámbito

Cada vez son más las entidades que se han visto en la necesidad de ampliar los servicios de atención psicológica a personas de chemsex. Apoyo Positivo en Madrid y Torremolinos, COGAM e Imagina Más en Madrid, ABD, Barcelona Checkpoint, Gais Positius y Stop Sida en Barcelona, Adhara Sevilla, Comité Antisida de Valencia, GTT-VIH de manera online y presencial en Madrid y Barcelona, ALAS Baleares, Colectivo GAMA en las Palmas de Gran Canarias entre otras.

Dado que se trata de un fenómeno vivo y que se encuentra en constante transformación, se hace necesaria la actualización periódica de una evaluación de necesidades, adaptadas a las demandas específicas tanto a nivel individual como comunitario.

Para empezar, es imprescindible la intervención multidisciplinar, que va desde el control y seguimiento a nivel de salud sexual, así como el acompañamiento desde la intervención comunitaria y las distintas entidades o asociaciones pertinentes.

Desde el abordaje individual, es importante el acompañamiento terapéutico, donde el usuario pueda establecer libremente y sin ser sometido a juicio los objetivos que quiera marcarse en relación al consumo. En esta dimensión del proceso terapéutico se revela como esencial poner la mirada en los factores y motivaciones que hay detrás de esta conducta, mirando con detenimiento cómo son las relaciones personales que establece, así como su historia de vida y dificultades de afrontamiento social.

Paralelamente al proceso terapéutico individual, el trabajo se complementa con un proceso terapéutico grupal, donde poder crear resonancias y poner consciencia en el modo en que se establecen los vínculos. El grupo puede ser también un facilitador para la incorporación o afianzamiento de habilidades sociales que le permitan poner en valor sus decisiones, así como los límites adecuados que le ayuden a sanar.

La reconstrucción de la sexualidad es un aspecto crucial en este proceso. Es importante acompañar aquí a la persona, para que sea capaz de realizar una reestructuración cognitiva que le permita volver a conectar con su cuerpo, redescubriendo la erotización desde otro lugar, donde la sexualidad pueda darse desde un encuentro real en una intimidad más rica.

Para finalizar, las redes de apoyo de la persona deben ser fuertes para que este proceso sea exitoso. Es importante reconstruir las ya existentes, la mayoría de las veces, descuidadas o deterioradas. Así mismo crear vínculos nuevos donde el ocio y los hábitos estén exentos de estos elementos. En definitiva, acompañar a la persona en su andadura para cuestionar, abandonar y sustituir conductas poco adaptativas por otras más saludables que le ayuden a mejorar la imagen de sí mismo y de la relación que tiene con el mundo.

## 1.2. MARCO CONCEPTUAL

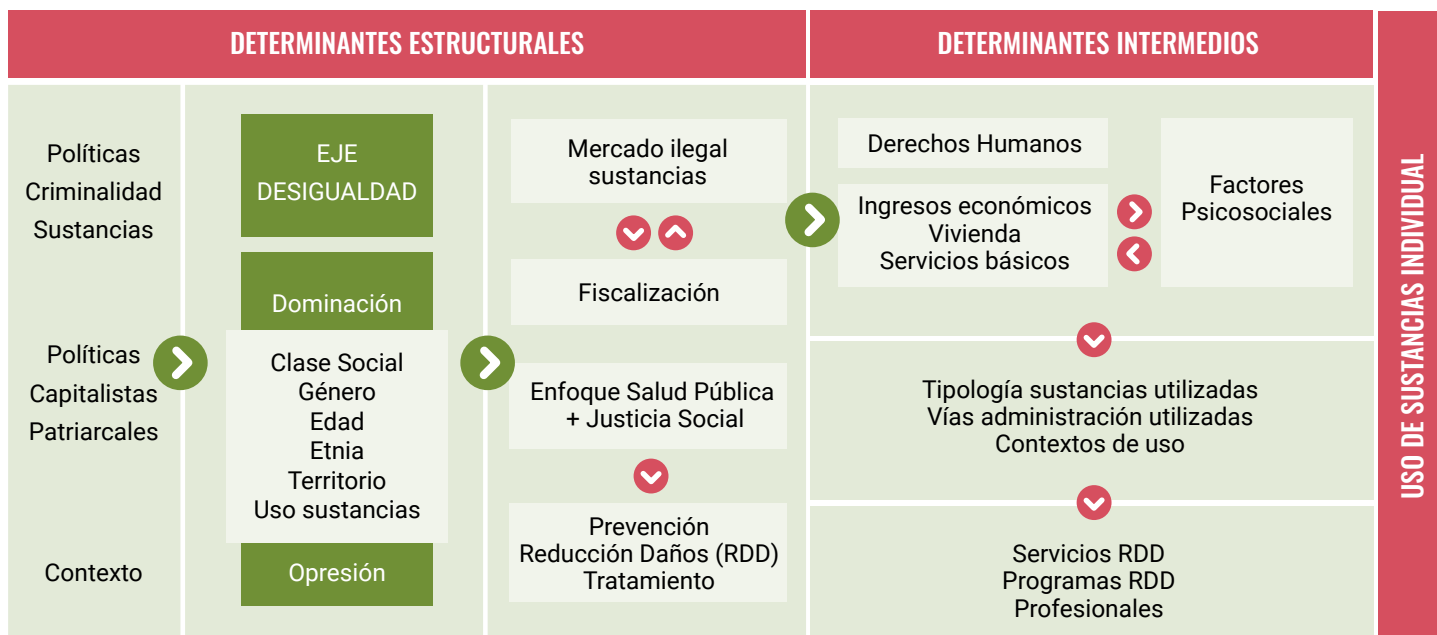


Figura 1. Marco conceptual del uso de sustancias individual. Elaboración propia. 2022.

En la presente investigación de carácter fenomenológico se realizó bajo una **perspectiva feminista, interseccional y psicosocial**. El enfoque feminista permitió realizar un ejercicio de reflexión, la puesta en práctica del conocimiento situado y la búsqueda de alianzas con las propias personas participantes con el objetivo de generar un marco epistemológico compartido de la realidad. La incorporación de la interseccionalidad se utilizó como perspectiva teórica y analítica que permitió entender, explicar y visibilizar de qué manera diferentes sistemas de dominación y privilegio social interactúan y configuran las desigualdades sociales que dan paso a la discriminación específica de la condición de uso de sustancias. El enfoque psicosocial facilitó abordar las causas, el desarrollo y las consecuencias de las violaciones de derechos humanos de las personas que utilizan sustancias atendiendo a la dimensión personal, familiar, comunitaria y social.

El presente marco teórico se construye tras un proceso reflexivo entre la bibliografía consultada, las personas participantes y la propia experiencia del equipo investigador con el objetivo de reconocer los propios recursos personales y sociales de las personas implicadas, en el marco de la categoría de sujetos de derechos.

Las desigualdades sociales provocadas de forma directa por las políticas económicas neoliberales, el sistema de orden social patriarcal junto con las políticas prohibicionistas del uso de sustancias psicoactivas es una realidad demostrada ampliamente que resulta hoy innegable. Estas se materializan en un complejo siste-

ma social que para su interpretación deben considerarse tanto las posiciones de opresión como las de poder. La intensidad en la que se transformen estos ejes de opresión-poder dependerá del contexto.

Definir con exactitud el contexto geográfico sobre el que se aplicará la mirada analítica será determinante en la lectura de este marco teórico. Con el objetivo de describir la diversidad de realidades existentes en la reducción de daños en España, en el presente estudio se recogieron experiencias de diferentes territorios estatales. Por lo tanto, las desigualdades sociales y discriminaciones que se describieron estarán totalmente relacionadas con el contexto concreto en el que se han encontrado esas personas.

Hay algunas divisiones sociales, como el género, la edad, el origen, la etnicidad y la clase social que tienden a condicionar la vida de la mayoría de las personas. El número y el tipo de categorías a utilizar está condicionado por este contexto. Así pues, en regiones con escasa o nula presencia de personas migrantes el eje origen operará con menor intensidad que en grandes ciudades con mayor presencia de este colectivo.

Los diferentes ejes de intersección se describieron según Rodó-Zarate (2022). Las diferentes dimensiones, expuestas de manera muy simplificada, están relacionadas entre ellas, pero el hecho de distinguirlas tiene como objetivo mostrar su complejidad. Es importante remarcar que es posible estar en posiciones de opresión y privilegio al mismo tiempo.

Una posible relación entre categorías es la relación de intensidad, ya sea en el sentido de intensificación como en el de mitigación. La intensificación se da cuando, en una relación entre (al menos) dos categorías de opresión, una intensifica los efectos de la otra. A lo largo del presente estudio se evidenciarán ejemplos múltiples ejemplos como el siguiente: en la relación del *sinhogarismo*, el uso de sustancias intensifica la opresión de género, ya que mujeres en situación de *sinhogarismo* usuarias de sustancias verán intensificada las dificultades de acceder a servicios de emergencia, versus aquellas que en su misma situación no utilizan sustancias. No significa que ambos grupos de mujeres no estén en una situación de opresión, sino que en este caso la relación con el eje del uso de sustancias diferencia el grado de discriminación recibida.

El sistema *sexo-género* tiene diferentes dimensiones que se enmarcan en las normatividades derivadas del sistema *cisheteropatriarcal*. Estas dimensiones incluyen el sexo, la identidad de género, la posición de género, la expresión de género y la orientación sexual. Por ejemplo, la masculinidad es un atributo superioridad, por lo tanto, lo femenino implicará todo tipo de desigualdades y violencias. A la vez se observará mayor intensidad en la discriminación y violencias si además la mujer no es heterosexual, desviándose así de la norma del deseo.

El *origen, racionalización y diversidad étnica, cultural o religiosa* pueden estar relacionadas entre ellas en algunos contextos, pero será necesario comprender que se configuran de forma diferente y en múltiples interrelaciones. En el sistema europeo, el sistema de control migratorio se fundamenta en el colonialismo, que otorga derechos diferentes a las personas según su origen. Por ejemplo, que una persona disponga de la nacionalidad española le permite acceder al derecho a voto. La violencia y desigualdad por razón de estas dimensiones tiene que ver el colonialismo, pero también el imperialismo, el eurocentrismo y la supremacía blanca.

La *clase social* es una forma de estratificación social que se relaciona con la función productiva, el poder adquisitivo o el acceso a los recursos. En nuestro contexto actual la *apofobia* sería una forma de discriminación concreta.

Durante la realización de este estudio se observó que el impacto, desigualdades y violencias asociadas a **la condición de uso de sustancias opera como un eje de discriminación** en el contexto estatal, y lamentablemente, en la mayoría del contexto global. Es desde este marco que se puede entender y comprender las experiencias de discriminación y violencia que relatan las personas participantes y el grado de vulneración de los derechos humanos que está sucediéndose.

Es desde este contexto desde donde se describe cómo las políticas prohibicionistas del uso de las sustan-

cias se cristalizan un escenario donde existe una primera división entre sustancias legales e ilegales, articulado por todo un entramado legislativo regulador, a la par que criminalizador relacionado. A su vez se observa un orden jerárquico del mercado de sustancias, donde se evidencia una diferencia entre aquellas sustancias cuyo acceso implica un coste económico alto, respecto, a otras cuyo coste económico es notablemente menor. El acceso a ellas dependerá por lo tanto de su disponibilidad en el mercado (legal o ilegal) y de la capacidad adquisitiva de la persona, que, a su vez, está determinada por su clase social, género, raza...

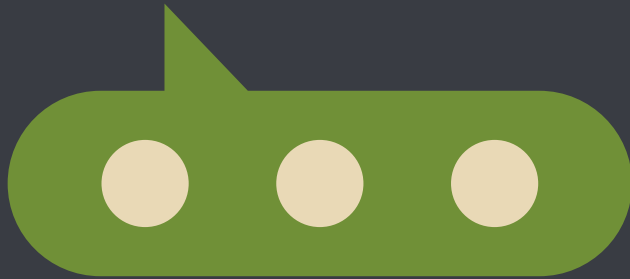
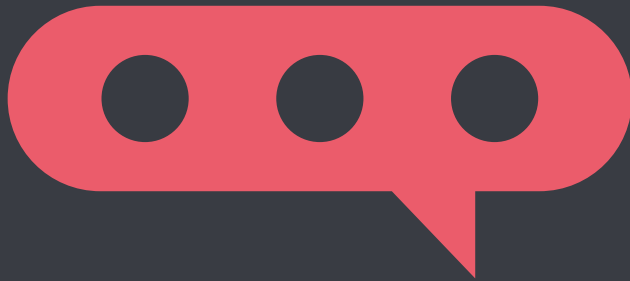
El abordaje del uso de sustancias se estructura bajo el modelo biomédico donde se diferencia la prevención, de la reducción de daños y del tratamiento orientado a la abstinencia. Concretamente la reducción de daños aplica el modelo de salud pública con enfoque de justicia social. La definición de *qué es justo en esa sociedad* está directamente relacionada con el contexto. Tal y como se describe en el apartado de *Antecedentes* del presente documento, el enfoque de justicia social ha ido evolucionado, considerándose en la actualidad como imprescindible la incorporación de las personas usuarias y comunidades en la reducción de daños, así como, la consideración de estas personas como sujetos de derechos.

Parece difícil por lo tanto apostar exclusivamente por la influencia de factores individuales y obviar este complejo entramado de sistemas, opresiones, y violencias que dibuja la realidad diaria de las personas que utilizan sustancias en nuestro territorio, donde además, los derechos humanos se están viendo vulnerados de una forma prácticamente cotidiana.



2

# OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACION



## OBJETIVO GENERAL

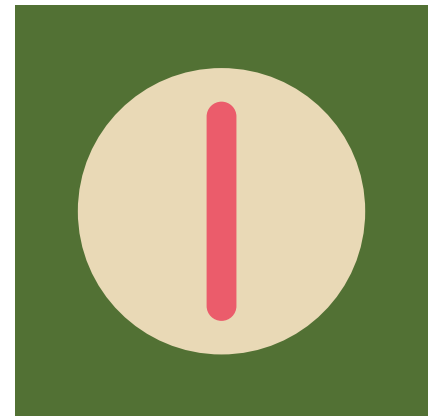
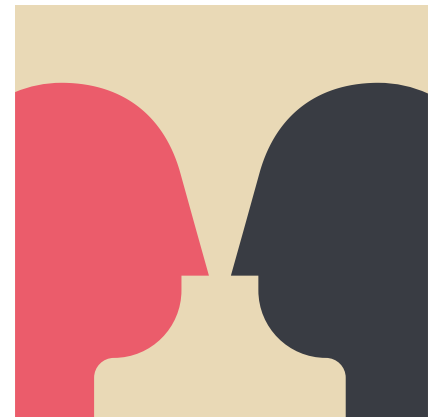
El objetivo general del presente estudio es describir las necesidades actuales de los servicios/programas de la red RDD en España.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

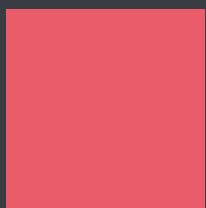
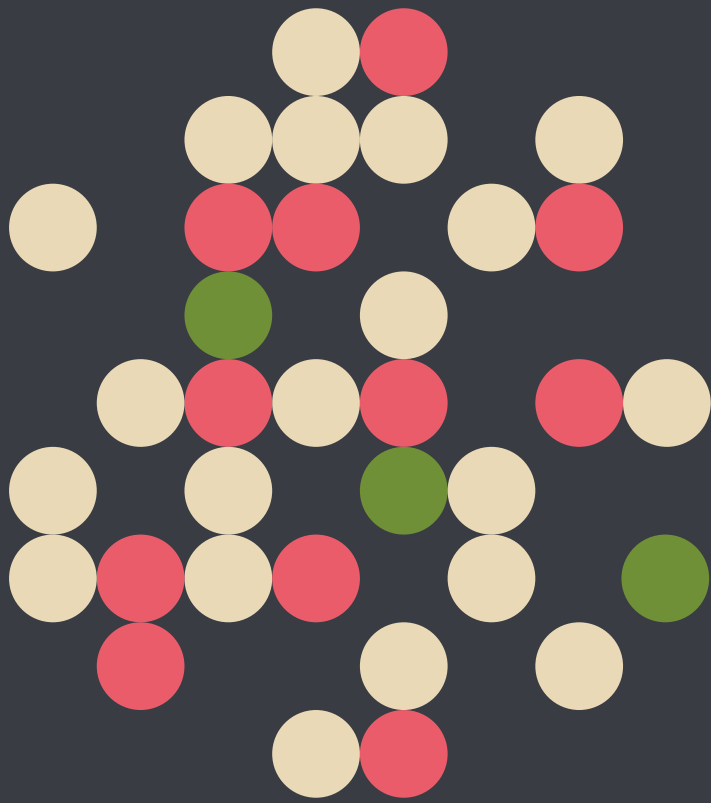
1. Explorar necesidades asociadas al patrón de uso de sustancias de las personas que utilizan los servicios/programas de RDD en España.
2. Explorar nuevos grupos poblacionales candidatos a los servicios/programas de RDD en España.
3. Explorar aspectos de mejora de la red y dispositivos de la red de RDD existentes en España.

## PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Existen grupos poblacionales susceptibles de atención desde la red de RDD en España que actualmente no están accediendo a estos servicios/programas?
2. ¿Se han producido cambios en el patrón de consumo de sustancias de las personas que utilizan los servicios/programas de la red de RDD en España?
3. ¿Los dispositivos existentes responden a las necesidades actuales de las personas usuarias de la red RDD en España?



# 3 MÉTODO



## DISEÑO DE ESTUDIO

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

## POBLACIÓN DIANA DE ESTUDIO

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

## EQUIPO INVESTIGADOR

El equipo investigador estuvo constituido por:

1. 1 investigadora experta en RDD
2. 1 investigador experto en Políticas de Drogas y Gestión de servicios y/o programas de reducción de daños y adicciones.
3. 1 experta en género y uso de sustancias
4. Grupo Motor: 1 experta en políticas de drogas representante de UNAD, 1 experta en análisis de sustancias, 1 experto en chemsex, equipo investigador y la profesional experta en género.

Los integrantes del Grupo Motor se determinaron entre el equipo investigador y la representante de UNAD con el objetivo de garantizar la presencia de los diferentes ejes de expertise relacionados con el uso de sustancias y la RDD. Con el fin de asegurar una mirada de género transversal la profesional experta en género participó en todas las fases del estudio, exceptuando la recogida de datos.

## INSTRUMENTOS RECOGIDA DE DATOS

### CONSTRUCCIÓN DEL MARCO TEÓRICO

Para la elaboración del marco teórico se estableció la siguiente metodología:

1. Definición por parte de todos los miembros del equipo investigador de:
  - Los temas de interés preliminares
  - Las preguntas de investigación
  - Las personas profesionales expertas a entrevistar
2. Revisión de literatura científica y gris sobre temática de RDD
3. Realización de entrevistas semiestructuradas a personas profesionales expertas en diferentes materias relacionadas con la RDD.
4. Elaboración del marco conceptual del uso de sustancias como eje central de comprensión fenomenológica.

## GRUPOS FOCALES

Para la recogida de información de la muestra poblacional se estableció la técnica de grupos focales. Se constituyeron 4 tipología de grupos: mujeres usuarias de servicios y/o programas de RDD (este grupo pasará a ser nombrado "GF-Mujeres"; mixto de usuarios de servicios y/o programas de RDD, (este grupo pasará a ser nombrado "GF-Mixto"); personas profesionales que actualmente trabajan en servicio y/o programas de RDD (este grupo pasará a ser nombrado como "GF-Prof") y profesionales que presentaban carrera profesional dentro de la RDD y que actualmente su labor profesional se desempaña en la red básica, (este grupo pasará a ser nombrado "GF-Ex-Prof").

Todos los grupos fueron facilitados por una de las investigadoras del estudio.

Para los grupos GF-Mujeres y GF-Mixto se contó con la colaboración de una persona profesional del servicio donde se desarrolló la sesión. Ambos fueron presenciales con una duración máxima de 120 minutos. Las personas participantes aceptaron el consentimiento informado y tratamiento de datos. La participación no fue remunerada.

Para los grupos GF-Prof y GF-ExProf se contó con la colaboración de la miembro del grupo motor representante de UNAD realizando función de recogida de notas.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO Y TRATAMIENTO DE DATOS

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

## DESCRIPCIÓN DEL MUESTREO Y SUJETOS

### PERSONAS PROFESIONALES EXPERTAS EN USO DE SUSTANCIAS Y POLÍTICAS

El muestreo realizado fue teórico, de conveniencia, mediante el equipo de investigación completo.

Los criterios de selección fueron: evidencia de carrera profesional de larga trayectoria en RDD; garantizar mayor representación de mujeres y/o personas no binarias expertas que, de hombres; representación de diversidad territorial estatal; representación de diversidad de materias de expertise; y representación de diferentes disciplinas profesionales.

Se determinó que las materias de expertise que debían tener representatividad se extrajesen tras la elabo-

ración del marco teórico y fuesen revisadas por todo el equipo investigador.

En la siguiente figura se describen las características de la muestra final de personas profesionales expertas. Se realizaron 6 entrevistas semiestructuradas, modalidad telemática, de una duración máxima de 60 minutos,

y fueron conducidas por el equipo investigador. Todas las personas aceptaron voluntariamente la participación, el consentimiento informado de cesión de datos y la grabación de imagen y sonido. Una de las entrevistas se realizó conjuntamente a 3 técnicas miembros del equipo profesional del organismo representado.

GÉNERO	DISCIPLINA	TERRITORIO	EXPERTEZA	ORGANISMO / ENTIDAD
No binario	Sociología	Europa	Políticas de drogas Sinhogarismo Diversidad Migración	Correlation European Harm Reduction
Mujer	Medicina	Madrid	Políticas de drogas Adicciones	Departamento de Asistencia de la Subdirección General de Adicciones de Madrid Salud
Mujer Mujer Mujer	Psicología Psicología Enfermería+Psicología	Cataluña	Políticas de drogas RDD Prevención	Subdirecció General d'Addiccions, VIH, Infeccions de Transmissió Sexual i Hepatitis Víriques
Mujer	Educación Social	Cataluña	Género Sinhogarismo Intervención comunitaria	ABD
Hombre	Psicología	Galicia	Diversidad VIH Chemsex	Apoyo +
Mujer	Medicina	Euskadi	Tratamiento RDD Sinhogarismo	Gizakia
Mujer	Psicología	Cataluña	Supervisión Cuidado de equipos prof.	Independiente

Figura 2. Descripción de características de la muestra de personas expertas en RDD entrevistadas. Elaboración propia. 2022.

### PERSONAS USUARIAS PARTICIPANTES DE LOS GRUPOS FOCALES

El muestreo realizado para ambos grupos focales (GF-mujeres y GF-Mixto) fue de conveniencia a través de una de las personas investigadoras y con la colaboración de la miembro del grupo motor representante de UNAD.

El criterio de selección de los territorios de realización de los grupos focales fue disponer de servicios de RDD implantados con trayectoria superior a 5 años. El único criterio de inclusión para los participantes aplicado fue haber estado vinculada/o al menos a un servicio y/o programa de RDD durante más de 3 años. Se procuró garantizar diversidad de patrones de uso de sustancias.

A partir de la elaboración del marco teórico se diseñó la guía temática para cada uno de los grupos focales, todas fueron revisadas por la profesional experta en género. Se adjuntan en los anexos del presente documento.

En las siguientes figuras se describen las características de las personas usuarias participantes en cada uno de los grupos focales desarrollados. En total participaron 13 personas (6 personas en Barcelona y 7 en Sevilla) de las cuales 9 fueron mujeres, 5 hombres y una persona no binaria. La edad media de las participantes fue de 46.5 años. En relación al patrón de uso de sustancias el 76.9% utilizaba cocaína y el 53.8% utilizaba la vía inhalada.

GF - MUJERES		
Edad media: 47.5 años (mínima: 42 años; máxima: 53 años) Lugar: Barcelona		
SUJETO	GÉNERO	PATRÓN USO DE SUSTANCIAS ACTUAL + TRATAMIENTO
1	No binario	Metanfetamina; vía inyectada
2	Mujer	Cocaína + Fármacos psicotrópicos; vía inyectada + vía oral Programa Sustitutivo Opiáceos (Morfina)
3	Mujer	Alcohol + Cocaína; vía oral + vía inhalada
4	Mujer	Alcohol + Cocaína, vía oral + vía inyectada Programa de Mantenimiento de Alcohol
5	Mujer	Cocaína; vía inyectada Programa Sustitutivo Opiáceos (Metadona)
6	Mujer	Cocaína + Fármacos psicotrópicos; vía inhalada + vía oral

Figura 3. Descripción de características de la muestra de personas GF-Mujeres. Elaboración propia. 2022.

GF – MIXTO		
Edad media: 45.5 años (mínima: 35 años; máxima: 56 años) Lugar: Sevilla		
SUJETO	GÉNERO	PATRÓN USO DE SUSTANCIAS ACTUAL + TRATAMIENTO
1	Mujer	Cocaína y Heroína; vía inhalada
2	Mujer	Alcohol Programa Sustitutivo Opiáceos (Metadona)
3	Hombre	Alcohol + Speed Programa Sustitutivo Opiáceos (Metadona)
4	Hombre	Cocaína y Heroína; vía inhalada
5	Hombre	Cocaína y Heroína; vía inhalada Programa Sustitutivo Opiáceos (Metadona)
6	Hombre	Cocaína + Fármacos psicotrópicos; vía inhalada + vía oral
	Hombre	Cocaína + Fármacos psicotrópicos; vía inhalada + vía oral Programa Sustitutivo Opiáceos (Metadona)

Figura 4. Descripción de características de la muestra de personas GF-Mixto. Elaboración propia. 2022.

### PERSONAS PROFESIONALES PARTICIPANTES DE LOS GRUPOS FOCALES

El muestreo realizado para ambos grupos focales (GF-Prof y GF\_ExProf) fue de conveniencia a través de todo el equipo investigador.

Los criterios de inclusión de los participantes en los grupos constituidos por profesionales fueron: garantizar representatividad de territorios españoles de grandes ciudades y municipios menores; de género; de diversidad de profesiones; y de diversidad de tipología de servicios y programas. Todas las personas a quienes se les propuso la participación aceptaron.

Ambos grupos se realizaron telemáticamente, vía plataforma Zoom perteneciente a UNAD, con una duración máxima de 120 minutos. A partir de la elaboración del marco teórico se diseñó la guía temática para cada uno de los grupos focales, todas fueron revisadas por la profesional experta en género. Se adjuntan en los anexos del presente documento.

En total participaron 17 profesionales (8 personas en cada grupo) de las cuales 13 fueron mujeres. Los territorios representados fueron Catalunya, Andalucía, Comu-

nidad de Madrid, Galiza, Euskadi, Islas Baleares e Islas Canarias. Algunas personas profesionales reportaban experiencia laboral en varios territorios estatales. Todas las personas participantes presentaron experiencia en más de un servicio de RDD. En ambos grupos representación de poblaciones rurales.

Los servicios y/o programas de RDD que fueron representados a través de las participantes de ambos grupos focales fueron: Centro de día RDD, Centro de día No Mixto RDD, Equipos Intervención Comunitaria, SCS (inhalada, inyectada, oral), Unidad Móvil RDD, Unidad Móvil Dispensación de MTD y Servicios Residenciales RDD. Los Centros de Día de RDD disponían de PIJ, Cobertura de Necesidades Básicas y/o Enfermería.

Las redes básicas de atención que fueron representadas a través de las participantes del grupo GF-ExProf fueron Servicios Sociales, Tratamiento a las adicciones, Migración, Protección Menores y Adolescentes, Protección Violencia de Género, Sinhogarismo, Salud Mental, Atención Primaria Salud y Salud Sexual LGTBIQ+.

En las siguientes figuras se describen las características de las personas usuarias participantes en cada uno de los grupos focales desarrollados.

GF - PROFESIONALES (GF-Prof)				
GÉNERO	CATEGORÍA PROF.	TERRITORIO	SERVICIOS Y/O PROGRAMAS EXPERIENCIA	UNIDAD DE POBLACIÓN
Mujer	Coordinación Trabajadora social	Galiza	Unidad Móvil RDD Centro de día RDD	Rural Urbano
Hombre	Enfermería	Islas Baleares Cataluña	Unidad Móvil MTD Centro de día RDD Centro de día RDD Unidad Móvil SCS SCS	Urbano
Mujer	Trabajadora social	Cataluña	Centro de día RDD SCS Servicio Residencial RDD	Urbano
Hombre	Educador Comunitario	Cataluña	Centro de día RDD Equipo Intervención Comunitaria	Urbano
Mujer	Trabajadora social	Andalucía	Centro de día RDD	Urbano
Mujer	Coordinación Educadora social	Cataluña	Centro de día RDD SCS	Urbano
Mujer	Enfermería	Cataluña	SCS	Urbano
Hombre	Enfermería	Andalucía	Unidad Móvil RDD	Urbano
Hombre	Coordinación Psicólogo	Euskadi	Centro de día RDD SCS Residencial RDD	Urbano

Figura 5. Descripción de características de la muestra de personas GF-Profesionales. Elaboración propia. 2022.

GF - PROFESIONALES (GF-Prof)				
GÉNERO	CATEGORÍA PROF.	TERRITORIO	SERVICIOS Y/O PROGRAMAS EXPERIENCIA	UNIDAD DE POBLACIÓN
Mujer	Trabajadora social	Cataluña	Servicios Sociales Centro de día RDD SCS	Urbano
Mujer	Psicología	Cataluña	Centro Tratamiento Adicciones Centro de día RDD SCS	Urbano
Mujer	Educadora social Trabajadora social	Islas Canarias Cataluña	Residencial Acogida Menores Migración Equipo Intervención Comunitaria Centro de día RDD Residencial RDD	Urbano
Mujer	Educadora social	Euskadi Cataluña	Servicios Sociales Sinhogarismo Equipo Intervención Comunitaria Centro de día RDD Centro de día No Mixto RDD	Urbano
Mujer	Médico Psiquiatra	Islas Canarias Cataluña	Unidad Salud Mental Urgencias Hospitalarias Psiq. Centro de día RDD Residencial RDD SCS	Rural Urbano
Hombre	Médico Familia	Cataluña	Atención Primaria Sinhogarismo Centro Tratamiento Adicciones Centro de día RDD SCS	Urbano
Mujer	Educadora social	Cataluña Com. Madrid	Protección Violencia Género Residencial Acogida Menores Centro de día RDD Equipo Intervención Comunitaria Sinhogarismo Centro de día RDD Equipo Intervención Comunitaria	Urbano
Mujer	Trabajadora social Coordinación	Com. Madrid	Salud Sexual LGTBIQ+ Chemsex Unidad RDR	Urbano

Figura 6. Descripción de características de la muestra de personas GF-Exprofesionales. Elaboración propia. 2022.

## DESCRIPCIÓN ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE DATOS

Se codificó todo el material de registros de audio y textos de transcripción de discurso garantizando el anonimato de los datos. Con el objetivo de conservar la confidencialidad de las personas participantes se determinó como unidad de nominación del territorio la comunidad autónoma perteneciente.

Se realizó la transcripción de las entrevistas individuales, de las entrevistas grupales y los grupos focales. Los discursos fueron tratados por parte de las personas investigadoras mediante el software ATLAS.ti 22, la seg-

mentación de temas y la creación de categoría se realizó de forma constructiva a partir de la referencia del marco teórico. Todo el equipo investigador discutió los resultados del análisis, participó en la interpretación de los resultados, la profesional experta en género estuvo presente en todas las sesiones.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

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



## CRONOGRAMA

PREVIO	DISEÑO PROVISIONAL	MARCO TEÓRICO	RECOGIDA DATOS	ANÁLISIS	RESULTADOS CONCLUSIÓN
Definición del Problema + Financiación	Objetivos Metodología Diseño Muestral Recogida Datos Guía Entrevistas Guía Grupos Focales	Revisión Bibliográfica Entrevistas semiestructurada expertos	4 Grupos focales: 2 Profesionales + 2 Personas usuarias RDD (mixto + no mixto)	Análisis narrativa Generación mixta categorías Triangulación análisis	Descripción Revisión interna/externa
UNAD	Investigadores Grupo Motor Experta Género	Investigadores Experta Género	Investigadores	Investigadores Grupo Motor Experta Género	Investigadores Grupo Motor Experta Género
2021	Febrero - Mayo 2022	Junio - Julio 2022	Septiembre - Octubre 2022	Noviembre 2022	Diciembre 2022

Figura 7. Cronograma de las fases de investigación. Elaboración propia. 2022.

## CONSTRUCCIÓN DEL MARCO TEÓRICO

### DEFINICIÓN DE LOS TEMAS DE INTERÉS

La elaboración del marco teórico se realizó durante el primer trimestre del año 2022. La primera fase consistió en un encuentro presencial en Barcelona de 5 horas duración donde participó el equipo investigador, la profesional experta en género y el grupo motor. El objetivo de la sesión fue definir conjuntamente el Plan de Investigación. Se exploraron los elementos diferenciales observados en la RDD en España desde su inicio (finales de los años 80) hasta el momento actual y se crearon las preguntas de estudio. A partir de este análisis preliminar se configuraron los temas de estudio: *Modelo, Daños, Patrón de consumo, Poblaciones y Servicios y Programas*.

### ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

La revisión bibliográfica consistió en la búsqueda y revisión de literatura en castellano e inglés, sin restricción de fecha, en la base de datos especializada Pubmed; y en las siguientes fuentes complementarias en búsqueda de literatura gris: motores de búsqueda genéricos (Google y Google Académico), entrevistas semiestructuradas a expertos y páginas web de organismos, entidades y proyectos dedicados a la reducción de daños a nivel internacional, nacional y local.

En primer lugar, se utilizó una estrategia de búsqueda genérica con los términos *Reducción de Daños, Harm Reduction* y lenguaje libre, las cuáles se adaptaron a los diferentes temas extraídos en el análisis preliminar. A continuación, se elaboró el primer árbol de categorías de estudio de la investigación (Figura 2).

EJE DE BÚSQUEDA	TEMAS	CATEGORÍAS
Reducción de Daños	Modelo	Definición Modelo Reducción de riesgos
	Daños	Salud Vivienda Violencia machista Estigma
	Patrón de Consumo	Sustancias Vías administración Contextos
	Poblaciones	Mujeres Mayores Chemsex
	Servicios y programas	Salas de consumo supervisado Equipos comunitarios Profesionales
	Servicios básicos	Salud mental Sinhogarismo

Figura 8. Árbol de temas y categorías configurado a partir de la revisión bibliográfica. Elaboración propia. 2022.

### ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD PROFESIONALES EXPERTOS

Finalizada la búsqueda bibliográfica temática se procedió a la elaboración de la muestra de profesionales expertos. El equipo investigador, el Grupo Motor y la profesional experta en género elaboraron conjuntamente un listado de 11 profesionales expertos en RDD del territorio español. El instrumento de recogida de datos fue la entrevista semiestructurada, el guion temático de las entrevistas se diseñó a partir de la información extraída en la revisión bibliográfica.

Tras el análisis del discurso se observó que todas las personas entrevistadas señalaban como tema de alta

preocupación el *burn-out* sufrido por las personas profesionales que realizan atención directa en los programas y/o servicios de RDD. Por este motivo el equipo investigador decidió incorporar una séptima entrevista a una profesional experta en cuidados de equipos profesionales del ámbito de la RDD.

A continuación, se muestra el árbol temas, categorías y subcategorías que se elaboró a partir de la puesta en diálogo de la revisión bibliográfica y el análisis del discurso de las personas entrevistadas. Se marca en **color** los elementos añadidos.

TEMAS	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Modelo	Definición Modelo Diferencias RDD y Red. Riesgos	Enfoque Salud Pública; Enfoque Justicia Social
Daños	Salud Vivienda Violencias Violencia machista Maternidad/Paternidad Red afectiva/familiar Estigma	
Patrón de Consumo	Sustancias Vías administración Contextos	Opiáceos; Cocaína; Alcohol; Fármacos Psicotrópicos; Metanfetamina Inyectada; Inhalada Rural; Urbano Narcopisos; Salas de Consumo; Calle;
Poblaciones	Mujeres Mayores Chemsex Jóvenes migrantes	
Servicios y programas	Dispositivos Profesionales	Calores y Café; Normativa; Barreras acceso; Trauma Burn-out; Formación
Servicios básicos	Protección Violencia Género Salud mental Sinhogarismo	

Figura 9. Árbol de temas y categorías configurado a partir de la revisión bibliográfica y el análisis de las entrevistas a personas profesionales expertas. Elaboración propia. 2022.

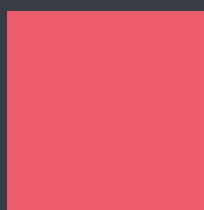
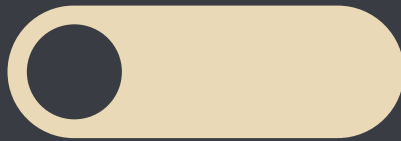
### PERSONAS PROFESIONALES PARTICIPANTES COMPLEMENTARIAS

Tras la realización de los 4 grupos focales el equipo investigador determinó la necesidad de complementar la recogida de información con tres nuevas entrevistas individuales complementarias:

1. Entrevista individual a profesional que trabaja en la actualidad en servicio no mixto de RDD, quien estuvo convocada al GF-Profesionales, pero no pudo asistir.
2. Visita presencial y entrevista semiestructurada al equipo profesional de un servicio diurno de baja exigencia de RDD localizado en un barrio de una ciudad mediana.
3. Entrevista individual a una profesional trabajando en la actualidad en un servicio de cobertura de 24 horas de RDD de baja exigencia, localizado en un barrio de una ciudad mediana.

4

# ANÁLISIS CUALITATIVO



## 4.1. REDUCCIÓN DE DAÑOS

### DEFINICIÓN Y MODELO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

La *reducción de daños* como enfoque de abordaje en personas que utilizan sustancias fue el primer aspecto que se abordó con las personas participantes de la investigación. En ambos grupos de usuarias se observó muy bajo conocimiento sobre el significado del concepto de *reducción de daños* (RDD) y sus objetivos. La mayoría indicaron que era la primera vez que escuchaban este término.

Las participantes consideraron que podría estar relacionado con el cuidado de la salud individual mediante la reducción del uso de las sustancias, sin implicar el objetivo finalista de la abstinencia. Pusieron como único ejemplo de servicio de RDD las salas de consumo supervisado, identificándolas como espacios de consumo seguros, por su labor en la atención a intoxicaciones y por suponer una alternativa al consumo en la vía pública. Otra mujer de origen italiano explicó que, en su país, los servicios que conoció relacionados con el uso de sustancias, siempre eran de tratamiento cuyo objetivo además se limitaba a la abstinencia. Fue al llegar a Barcelona cuando entró en contacto con un nuevo abordaje basado en el respeto y el acompañamiento.

“

Por mí es apoyo moral, material, es un lugar, y son personas. Donde la pasas bien, incluido el momento de consumir, puedes encontrarte como te da la gana y te puedes colocar. Te dan buena vibra... es la manera más tranquila para consumir, no te dicen que tengas un problema con las drogas.”

Mujer. Vinculada a servicios de RDD. Cataluña.

En cambio, en el grupo de personas usuarias residentes en Sevilla, donde actualmente no disponen de salas de consumo supervisado, consideraron que la *reducción de daños* podría significar que la persona recibe un acompañamiento profesional que permite la disminución paulatina del uso de sustancias hasta lograr la abstinencia. No identificaron servicios y/o programas de RDD específicos en su ciudad.

Todas las profesionales que participaron en la investigación habían trabajado en servicios y/o programas bajo el modelo de reducción de daños con enfoque de salud pública. Coincidían que desde un lugar teórico la *reducción de daños* presenta una definición amplia que debería permitir el abordaje de múltiples poblaciones, sustancias y/o contextos. Varias participantes denominaron a la re-

*ducción de daños* como una forma de “*entender la vida*” y “*de atender a las personas*” que sería aplicable a cualquier esfera del individuo y la comunidad (salud mental, social, vivienda, violencias...) así como en cualquier momento de su historia en el uso de sustancias.

De igual forma, coincidían en el relato histórico en España durante los años 80 se diseñaron los programas de RDD con el objetivo de atender principalmente a hombres que utilizaban la heroína y cocaína vía inyectada que presentaban dificultades de acceso y adherencia a la red normalizada de servicios básicos.

Todos los territorios nacionales participantes reportaron haber detectado múltiples cambios en las poblaciones y sus formas de utilizar las sustancias, señalando que la mayoría de los servicios iniciales no han aplicado una lógica de adaptación, y la mayoría de nuevos servicios, han mantenido estas condiciones iniciales. Varios profesionales, que actualmente trabajan en servicios de larga trayectoria, coincidieron que en los recursos internamente se había debatido sobre la posibilidad atender a personas que presentasen características diferenciales a las del diseño del proyecto. Señalaron que existían resistencias individuales por parte de los profesionales que podrían estar relacionadas con la falta de experiencia y de formación.

“

Vemos jóvenes con las benzos, mujeres con el alcohol, los del chemsex... pero aún y así nosotros nos hemos ceñido siempre a ese perfil, porque es lo que sabemos hacer... no es una cuestión de desidia... es una cuestión de muchas cosas... pero lo que sabemos hacer, o lo que hemos hecho, o lo que hemos sabido hacer, es atender a personas que toman heroína y cocaína juntas o separadas, vía inyectada; lo demás tenemos que aprender.”

Educador Social. Experiencia en Equipo Intervención Comunitaria y Centros de día RDD. Cataluña.

Estuvieron de acuerdo en que en la actualidad estas condiciones se han convertido en una limitación y que se debe flexibilizar los criterios de inclusión en relación a las sustancias utilizadas y las vías de administración, ofreciendo un abordaje de mayor cobertura y diversidad que alcance a atender a las nuevas necesidades emergentes. Esta necesidad de flexibilidad del modelo de *reducción de daños* fue considerada como imprescindible en el grupo de profesionales de RDD que actualmente trabajan en la red básica de servicios.

“

La realidad tiene que ser permeable sino dilapidamos muchísimos recursos.”

Enfermero. Experiencia en servicios RDD, Sinhogarismo y Salud Mental. Islas Baleares.

La persona experta en políticas de drogas y sinhogarismo a nivel europeo durante su entrevista indicó que *“acceder a la red RDD cuando el resto de redes de protección han fracasado lamentablemente reduce el número de respuestas posibles, aumentando exponencialmente la vulnerabilidad persona y la posible cronificación de su proceso”*. Esta cita fue leída textualmente en los grupos focales de profesionales, y todas las personas participantes reafirmaron su contenido. Por parte del grupo de profesionales que actualmente trabajaba en la red RDD, se señaló que la voluntad profesional existe a pesar de que también es esencial el aumento de recursos para poder atender a un mayor número de personas. Ambos grupos coincidieron en que, además, esta lógica aumenta el estigma que recae sobre las personas usuarias de la red de RDD, impactando directamente en las coordinaciones y derivaciones a servicios de la red básica.

Diversas profesionales señalaron que en la actualidad es esencial la incorporación de la perspectiva de **justicia social** al modelo clásico de RDD, debido a que la condición de utilizar sustancias implica directamente una vulneración de derechos. Una profesional experta en género lo describía de la siguiente forma: *“hay que ver cómo se están distribuyendo los recursos, es una violencia estructural socioeconómica que atraviesa, reproduce y empeora a esta población eximiéndole de derechos básicos”*.

## REDUCCIÓN DE DAÑOS Y REDUCCIÓN DE RIESGOS

Otro aspecto que fue discutido en los grupos focales fueron las posibles implicaciones relacionadas con la diferenciación existente entre *reducción de riesgos* y *reducción de daños*. Todas las personas usuarias desconocían esta diferencia y no pudieron expresar opinión.

En cambio, entre las profesionales se coincidió en que se trata de una diferencia incómoda en la práctica profesional diaria, que genera desigualdad entre las personas que utilizan sustancias y aumenta la discriminación sobre aquellas que el uso ha impactado en mayor número de esferas de su vida. Estuvieron de acuerdo en que en el imaginario social la palabra *daño* se relaciona con estructuras de pobreza, mientras que la palabra *riesgo* se relaciona con diversión y control.

“

Me parece otorgar más privilegios a unas personas que a otras, que al final se traducen en oportunidades. Yo preferiría ser de riesgos y no de daños. Entonces me parece que aquí el enfoque sí que habla mucho sobre la mirada que ponemos en las personas que usan drogas, desde el continuum de uso de sustancias y desde el continuum que debería ser la reducción de daños. Si utilizo cada día nicotina soy de riesgos, si utilizo cada día heroína soy de daños. Cuando clasificamos generamos desigualdades.”

Educadora Social. Experiencia en Servicios de RDD y género. Euskadi.

Una profesional indicó que esta categorización provoca que la propia persona deba revisar qué relación presenta con cada una de las sustancias que utiliza, qué significado social se asigna a la sustancia, y de forma subjetiva, determinar a qué tipo de servicios y/o programas dirigirse. Las personas con experiencia profesional en la red de protección a la infancia señalaron que, en ese ámbito concreto, la *reducción de riesgos* se relaciona con la prevención, ensalzando que esa asociación es una brecha de oportunidad en el abordaje del uso de sustancias en personas menores de edad. Las personas de la red específica de atención a la comunidad LGTBIQ+ indicaron que, para ellas, la terminología engloba ambos conceptos, utilizando siempre la expresión *reducción de riesgos y daños*, y añadiendo que contemplan los riesgos y daños asociados a las sustancias, pero también a las prácticas sexuales y al uso de las aplicaciones móviles.



## IDENTIFICACIÓN DE DAÑOS PRIORITARIOS

El enfoque *reducción de daños* implica que deben identificarse los *daños* que deben *reducirse*. A partir de las entrevistas semiestructuradas a personas expertas, se extrajeron seis esferas de mayor impactado dañado: salud, vivienda, violencias, violencia machista, maternidad/paternidad, red afectiva/familiar y el estigma. Se propuso a las profesionales que priorizaran estos daños en las poblaciones que acuden a sus servicios y/o programas. .

Todas las participantes situaron la **salud** como aspecto indispensable en términos de supervivencia humana, y coincidieron que los daños asociados específicamente a la salud orgánica, independientemente del territorio estatal que se analice, actualmente reciben respuesta desde los propios servicios y/o programas de RDD, desde la red de atención primaria o desde la atención de urgencia hospitalaria.

Ambos grupos hicieron hincapié en la falta de atención específica en **salud mental** en las personas que utilizan los servicios de RDD. Se reportó únicamente un servicio de RDD en Cataluña que dispone de equipo de salud mental integrado. Se señaló que en algunas ocasiones se condiciona el acceso a la atención de la salud mental con el inicio de tratamiento y la voluntad de abstinencia.

“

La gran carente es la salud mental en nuestro ámbito. Yo siempre he pensado que está un poco como descuidada, ¿no? Acompañar a gente en situaciones traumáticas constantes y de mierda, por su condición de marginados y todo lo asociado al consumo marginal de violencias que se viven en la calle, y que están sin ninguna atención, ¿no? Pues es como una gente que no se merece ir al psicólogo hasta que acepten entrar en tratamiento.”

Educador Social. Experiencia en Centro de día RDD. Cataluña.

“

Lo ves venir... como se está haciendo daño... como le van a hacer daño... Y llamas a todas las puertas del mundo y “es que es por culpa de las drogas” y no es así. Hay veces que sí, hay veces que no, pero son personas con las que trabajas hace muchísimo tiempo y tú ya ves cómo es el consumo y el post-consumo, y sin ser psiquiatra, tú ves que hay otra historia detrás y no se está tratando.”

Coordinadora; Barcelona; Centro de día RDD y Sala de Consumo Supervisado.

Destaca que las profesionales con experiencia en servicios no mixtos de RDD, servicios de protección a las mujeres víctimas de violencia machista y/o servicios y programas orientados al colectivo LGTBIQ+, especificaron que, al nombrar el término salud debe incluirse **salud sexual y reproductiva** y que este campo concretamente sigue siendo un tema pendiente para las mujeres, persona trans y personas no binarias que utilizan sustancias.

El siguiente elemento de mayor impacto priorizado fue el **acceso a la vivienda estable**. Tanto las personas expertas entrevistadas, como las profesionales y las personas usuarias, señalaron de elevada preocupación la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra cualquier individuo que no dispone de hogar. Desde todos los territorios se reportó que el uso de sustancias es una de condición de acceso a la mayoría de recursos residenciales, independientemente del patrón de uso de sustancias que presente la persona. El grupo de profesionales que actualmente trabaja en la red de RDD destacó el elevado número de personas que accede a los recursos que vive en la calle, poniendo especial énfasis en la extrema vulnerabilidad en que se encuentran las mujeres en esta situación. Señalaban disponer de techo como eje primordial para iniciar cualquier tipo de proceso terapéutico.

“

Cuando no hay un lugar, cuando no tienes tu nido, cuando no tienes tu base... cualquier planteamiento de proceso... es muy difícil.”

Educador Social. Experiencia en Centro de día RDD. Cataluña.

Las profesionales coincidieron en que pernoctar al raso en sí es un comportamiento violento que recae sobre el individuo, además de exponerlo a mayor número de situaciones potencialmente violentas. Una usuaria participante relataba la siguiente agresión sufrida durante una noche durmiendo en la calle junto a su pareja de aquel momento.

“

Un personaje nos agredió a mí y a X, a mí me rompió la pierna que estuve un mes en el hospital. Tenía que hacer la denuncia, pero no lo he hecho... ¿anónima? No sé el nombre, no sabemos quién era...”

Mujer. Vinculada a Servicios de RDD. Cataluña.

Las profesionales subrayaron que, evidentemente, el derecho a la vivienda no está garantizado, que se aplica un modelo escalera donde la persona debe ganarse la

cobertura de techo, que la condición de población usuaria de sustancias aumenta la exigencia sobre el propio proceso terapéutico, que la gran parte de personas no pueden sostener este modelo y se convierte en un itinerario circular entre vivir en la calle y residir en recursos residenciales de emergencia. Una profesional apuntó que, a pesar de que se tiene constancia de recursos que aplican el modelo *Housing First*, únicamente recordaba 2 personas vinculadas al servicio que habían logrado acceder. Incidió en que era conocedora de estos casos porque las personas le habían solicitado información sobre el uso compartido de los datos de registro de las Salas de Consumo Supervisado (SCS), ya que inicialmente habían reportado estar en abstinencia y así garantizarse el acceso.

Tanto en Sevilla como en Barcelona, las personas usuarias confirmaron este modelo de escalera en la atención al sinhogarismo.

“

Estamos hablando de que las personas en consumo activo no tienen acceso a vivienda, no tienen acceso a protección, no tienen acceso a prestación económica, no tienen acceso a albergue... la condición de ser usuaria de drogas está mermando toda oportunidad para alcanzar el bienestar. Yo sí he llegado a ver en la red de servicios sociales a compañeras que no han atendido a alguien por estar en consumo activo y estar bajo efectos de sustancias.”

Educadora Social. Vinculada a Servicios RDD y Servicios Sociales Básicos. Euskadi.

“

Yo creo que yo si hubiese dejado de consumir ahora tendría un piso, me lo dijeron así de claro: “no te metemos en un piso porque consumes”. Yo ahora mismo no me veo capacitada para estar abstinente total. Lo estoy intentando, pero así de la noche a la mañana no. No se puede.”

Mujer. Vinculada a Servicios de RDD. Cataluña.

El tercer daño que priorizaron fue la falta de una **red de afectiva y de apoyo** en las personas. En el caso de personas migrantes, las profesionales indicaron que esta esfera se encuentra mucho más dañada, relacionándolo con el impacto emocional de estar lejos de la red familiar y afectiva, y la construcción de la red de apoyo entre iguales. Por contrario, en el caso de las mujeres se destacó mayor conservación de algún miembro de la red de apoyo familiar como recurso de supervivencia y el rol que ocupan las parejas entre protección y agresión.

Algunos profesionales subrayaron que no existe una tradición de trabajo con familias y/o entorno afectivo en

los servicios y recursos de RDD. Coincidían en que suele estar centrado en solicitar una persona de referencia con quien contactar en caso de emergencia (desaparición, ingreso hospitalario grave o fallecimiento) y/o recibir llamadas de familiares solicitando información concreta de su allegado. En el caso de este segundo escenario, indicaron que la ley de confidencialidad de datos supone una barrera para construir vínculo de confianza con el entorno de las personas. Se comentó que, de forma sistemática, especialmente en personas que viven en la calle, no se explora la relación con la red familiar y/o de afectiva; habiendo una tendencia a dar por supuesto que las personas que se encuentran en esa situación son por falta de apoyo. Aun así, tal y como se observa en el siguiente relato, algunas profesionales incidían en la necesidad de incorporar el entorno de las personas en el trabajo diario desde los servicios y programas de RDD, señalando beneficios de carácter bidireccional.

“

Estamos en un momento de replanteamiento creo yo. A pesar que es difícil, que lo es, y costoso trabajar con las familias, yo creo que es fundamental el abordaje de la sistémica familiar. [...] yo creo que muchas familias les daría paz saber que en este caso lo que sus hijos están haciendo pues lo están haciendo de una forma mejor... que si estuviesen consumiendo en la calle sin ningún tipo de acompañamiento. Esto entendido pues podría ser una cosa bueno, es decir, favorable para el clima familiar, para la tranquilidad de las familias. Pero estamos lejos de trabajar eso.”

Médica de familia. Experiencia en Servicios de RDD y tratamiento. Euskadi.

En relación con el sinhogarismo como en relación a la red afectiva y de apoyo, varios profesionales indicaron que observan mayor impacto en las personas que residen en grandes ciudades respecto a lugares de menor población. Una profesional que coordina tanto un servicio móvil, que se desplaza por zonas rurales en Galicia, como un centro de día ubicado en una ciudad, reportó que, en territorios menos poblados, la presencia de personas viviendo es menor relacionándolo con respuestas informales que recibe la persona desde su propia red comunitaria o afectiva.

“

En las zonas rurales no veíamos a personas sin hogar, aunque el pueblo fuera un poco más grande, es que hay una mayor red de apoyo familiar y del vecindario. Les ayudan un poco más, al no haber tantas personas, pues en cierta forma las personas que se quedan tienen más apoyo. Pues a lo mejor viven en casas y les dejan dormir en el garaje que molestan menos, pero al menos no está en la calle.”

Coordinadora. Experiencia en Servicios de RDD y Género. Galicia.



A pesar de esta priorización de carácter más específico todas las personas profesionales coincidieron que indudablemente la vulnerabilidad de estas las personas usuarias se ve atravesada por un factor: **la violencia**. Relataron como estas violencias recibidas provienen del propio sistema y comunidad que los discrimina y no los considera sujetos de derecho, de sus núcleos de infancia donde en muchas ocasiones fueron víctimas de violencia física y/o sexual intrafamiliar, y de su entorno actual. Se destacó como elemento de especial preocupación la violencia que reciben las mujeres víctimas de violencia machista en la pareja y violencia derivada del propio sistema patriarcal actual. Una profesional sentenció que en el campo de la RDD la condición de ser mujer y haber sido víctima de violencia es un binomio inseparable.

“

*Si hablamos de mujeres tenemos que hablar de violencias, en la infancia o en la adultez. Todas. Ligadísimo. No puedo hablar de mujeres y daños sin decir la palabra violencia.”*

Coordinadora. Experiencia en Servicios de RDD. Cataluña.

Las violencias de tipo estructural determinaron que operaban principalmente a través del estigma. Entre ambos grupos de personas profesionales la palabra estigma fue la más repetida: hasta en 96 ocasiones. Señalaron que las situaciones de discriminación que viven las personas usuarias de sustancias ocurren tanto en la comunidad donde viven, en la red de servicios básicos a la que acuden (incluyendo servicios de tratamiento a las drogodependencias), en los propios servicios de RDD de los que son usuarios y entre el propio grupo de iguales. Un profesional participante destacó su importancia, señalando las causas de tipo estructural como principal factor asociado y expresando la necesidad de abordaje para lograr cambios a menor escala.

“

*El estigma debe ser un tema prioritario, siempre he pensado que luchar contra el estigma es algo como muy etéreo, que es multidimensional y que es muy difícil. No es más que el reflejo de lo mierdas que somos como sociedad. Entonces, arreglar el estigma para mí es una tarea titánica de intentar o pretender resolver tantas cosas que socialmente están fatal... pero yo pienso que a corto plazo y de forma pragmática si se deben hacer cosas para combatirlo.”*

Médico de familia. Experiencia en Servicios de RDD y Atención Primaria. Cataluña.

Las personas usuarias fueron preguntadas directamente por la vivencia de situaciones de discriminación y relataron principalmente experiencias relacionadas a su

vez con aporofobia. A continuación, se muestra el relato de una mujer sobre su experiencia de discriminación durante el ingreso en un hospital y su vivencia de atención diferencial recibida cuando algún profesional le ha acompañado en anteriores ocasiones.

“

*Sobre todo es cuando saben que estás en la calle, te miran muy mal. Yo me sentía fatal. Yo misma le dije dame el alta... yo me voy de aquí... En todos lados en general te tratan mal. Cuando estás sola o no tienes a nadie se nota mucho el trato... yo noto mucho el trato cuando voy con vosotros... y te lo dicen de una manera... sin ninguna sensibilidad. Tú ves que al resto no les tratan así.”*

Mujer. Vinculada a Servicios RDD. Cataluña.

Sin embargo, en el análisis de sus discursos se identifican múltiples ejemplos de discriminación donde la causa es la condición de ser usuaria de sustancias, así como el desarrollo de estrategias de afrontamiento. El siguiente usuario de sustancias relató su experiencia en los servicios de atención primaria en salud, expresando que, ante el cambio de profesional de referencia, había incorporado la estrategia de verbalizar explícitamente el uso de sustancias como estrategia de protección ante miradas o preguntas que juzgasen su situación. Asimismo, se observa en el discurso que la respuesta que recibe tiene como objetivo finalista la abstinencia.

“

*Yo prefiero decirlo antes de que me pregunten... “mira que yo me pongo hasta el culo”, así ya lo saben y se dejan de preguntas raras. Total, siempre me acaban mirando mal y diciendo “pues quítate de esto porque te va a pasar no sé qué.”*

Hombre. Vinculado a Servicios RDD. Andalucía.

## 4.2. POBLACIONES

### CARACTERÍSTICAS POBLACIÓN ATENDIDA

Exceptuando el grupo focal constituido por profesionales que actualmente trabajan en la red básica de servicios, el resto de personas participantes fueron preguntadas directamente por las características de las personas que habitualmente acuden a los servicios y programas de RDD.

El grupo mixto constituido por personas usuarias realizado en Sevilla coincidió en la descripción de: personas de mediana edad, principalmente de origen español, en situación de sinhogarismo, que principalmente utilizan crack y heroína vía inhalada, fármacos psicotrópicos no prescritos y/o alcohol. Indicaron que no era criterio de exclusión vivir en algún servicio residencial de emergencia, disponer de un techo en calidad de ocupado, de alquiler o propiedad. Sí que precisaron que la condición de estar en uso de sustancias no implicaba que pudieses acceder a los servicios bajo efectos de intoxicación.

El grupo constituido por mujeres usuarias en Barcelona coincidió en la siguiente descripción: personas de diferentes edades, de diferentes países de origen, en situación de vivir en la calle, y que mayoritariamente utilizan heroína y/o cocaína vía inyectada y/o inhalada. A pesar de que el grupo focal se estaba realizando en un servicio donde acceden también personas que principalmente utilizan el alcohol, esta sustancia no fue nombrada.

El grupo de profesionales que trabajan en RDD coincidió de forma unánime en que mayoritariamente acuden hombres de mediana edad en situación de sinhogarismo que están o han estado en tratamiento. Solo los servicios ubicados en Cataluña reportaron un equilibrio entre personas que utilizan la vía inyectada e inhalada; el resto de territorios coincidieron en que principalmente utilizan la vía inhalada. Con relación a las sustancias incidieron en que principalmente se utiliza cocaína o crack, señalando que el uso de heroína es de carácter “residual”, resultando que las personas que utilizan esta sustancia también se encuentran en tratamiento sustitutivo de opiáceos (habitualmente metadona). La profesional representante del servicio no mixto matizó que observaba que en las mujeres que acudían a este servicio no era habitual vivir en la calle, pero sí en situación de sinhogarismo.

### MUJERES Y VIOLENCIA

Las mujeres usuarias de sustancias fueron identificadas por los grupos de participantes profesionales como prioritarias de atención a causa de la diferencial exposición a múltiples tipos de violencias en que se encuentran y la consecuente situación de vulnerabilidad y desprotección. Se señaló como colectivo de mayor preocupación aquellas que, además, se encuentran en situación de sinhogarismo, específicamente aquellas que viven en la calle. Las profesionales con experiencia en servicio de RDD no mixto recalcaron que las mujeres presentan diferencias respecto a los hombres en el uso de sustancias. Indicaron que estas diferencias abarcan desde las motivaciones de inicio, el significado, la tipología de sustancias utilizadas, las formas de uso, los problemas de salud asociados o el impacto sobre las diferentes esferas vitales.

La condición de vulnerabilidad fue descrita por las profesionales a partir de la identificación de diferentes desigualdades, fruto de la intersección entre ser usuaria de sustancias y ser mujer.

“

En el caso de las mujeres siempre todo va mucho más allá, está atravesado por la intersección de género, entonces con el encargo social del cuidado de la familia o de la maternidad o del propio doble estigma de ser mujer consumidora, pues siguen ocultas.”

Educadora Social. Experiencia en Servicios de RDD.  
Cataluña.

Estas opresiones, junto con la lógica hegemónica masculina imperante que opera en la sociedad en general, y en consecuencia en los servicios de RDD, fueron los principales motivos señalados en la invisibilidad de la mujer usuaria de sustancias dentro y fuera de los servicios de RDD.

Las personas profesionales relataron diferentes acciones realizadas en los servicios con el objetivo de implementar la perspectiva de género, tales como: franjas horarias de atención no mixta, espacios de atención individual o grupal no mixtos, talleres de salud con temáticas específicas, revisión y adecuación de la normativa del servicio, incorporación de profesionales especializadas en género o formación en género.

Aun así, expresaron que los resultados positivos son muy lentos, la incorporación de la perspectiva no es una prioridad en todos los servicios (desbordados por la



atención directa diaria), depende mucho de la voluntad del profesional, que en muchas ocasiones esta implementación no es de carácter transversal y que es imprescindible que toda la red de servicios básicos incorpore la perspectiva de género, contemplando la realidad de las mujeres que utilizan sustancias como una intersección más.

Una profesional relató muy buenos resultados en el servicio de RDD en el que trabaja en Barcelona, tras la incorporación de supervisión externa específica en temáticas de género. Otra profesional de un centro de día en Vigo indicó que, tras implementar algunas acciones específicamente para mujeres, el resultado fue un aumento del número de mujeres que acudían al servicio (del 10% al 22%) y constataron que ellas presentaban mayor adherencia que los hombres.

La primera opresión detectada relacionada directamente con la violencia que viven las mujeres vinculadas a servicios y/o programas de reducción de daños, se identificó en razón de las relaciones de pareja. Se señaló que la mayoría son heterosexuales, donde indiscutiblemente el rol privilegiado recae sobre el hombre, detectándose de forma normalizada situaciones graves de violencia donde la mujer es la víctima. Las profesionales constataron que, en muchas ocasiones, es imprescindible para garantizar la supervivencia de la mujer la activación de los circuitos de atención y protección a la violencia de género. Fue alarmante la elevada preocupación que expresaron todas las personas profesionales ante la condición de abstinencia exigida a las mujeres en uso activo de sustancias para acceder a la protección de este circuito. Una profesional relató el siguiente cuestionamiento de necesidad de protección por parte de profesionales externos a la RDD: “¿qué hace una señora que le han pegado consumiendo?”. A continuación, se muestra la experiencia vivida por una educadora social de Barcelona.

“

Era un acompañamiento a una mujer que su agresor estaba en la puerta y la quería matar, ya la había agredido. [...] en muchas mujeres hay un aumento del consumo cuando son víctimas de episodio de violencia como mecanismo de automedicación, para bajar, para sentirse algo mejor... Estábamos con Servicios Sociales y no entendían esto. Esta persona necesitaba consumir antes de pasar por todo ese protocolo de muchos días: va al hospital, va a estar en CUESB, luego en SARA, luego a ver dónde la derivaban... y ya le pedían abstinencia. Me tuve que discutir con los trabajadores, tenían 0 sensibilidad, no entendían que esa persona necesitaba consumir y que el problema no era el consumo, el problema era que había un tío que la quería matar en la puerta... ¿cómo esto no es una lógica aplastante?”

Educadora Social. Experiencia en Servicios RDD. Cataluña.

Esta situación de discriminación coincide con el relato de una mujer usuaria sobre su experiencia tras recibir una agresión de su expareja y acudir a urgencias hospitalarias por la gravedad de las lesiones sufridas.

“

Mi compañero me pegó una paliza, tuve que ir al hospital y poner denuncia. Aparecen los Mossos... te cuestionan mucho. No te dejan explicarte bien, te preguntan “¿estás drogada?”. Ya no te sientes cómoda, no encajas en esa situación. Estás fuera de sitio. No lo haces como quisieras tú, no puedes, estás muy enfocada... y con los nervios solo quieres irte y consumir... no lo hacen bien. Luego me llevaron en furgoneta a un sitio y otra vez las preguntas de las drogas. Yo no podía estar sin consumir, no lo entendían.”

Mujer. Vinculada a Servicios RDD. Cataluña.

Las profesionales y usuarias coincidieron en que el inicio de tratamiento (en caso que no lo estén ya) y la abstinencia inmediata son condiciones imprescindibles para acceder y mantener la protección. Una profesional trabajadora de un centro residencial con enfoque de RDD en Barcelona, hizo constar que este servicio dispone de dos plazas de urgencia para las mujeres usuarias de sustancias víctimas de violencia de género. Indicó que esta prestación se puso en marcha como respuesta a este vacío asistencial relatando “¿es que cuál era la opción? ¿dejar a todas estas mujeres desprotegidas?”.

La segunda opresión identificada fue en relación con la maternidad. Las mujeres usuarias indicaron que esta condición es una de las barreras de acceso de las mujeres a los servicios y/o programas de RDD relacionándolo con el temor de ver afectada la custodia sobre sus hijas e hijos.

“

**Hay menos mujeres que hombres porque las madres tienen miedo de que les quiten los hijos. Aunque tu vayas a un centro solo a por tratamiento ya saben todos que consumes.”**

**Mujer. Vinculada a Servicios RDD. Cataluña.**

Las profesionales que actualmente trabajan en servicios de RDD nombraron este aspecto como elemento de preocupación sin profundizar en los motivos. Una profesional que actualmente trabaja en un servicio de protección donde residen las mujeres con sus propias/os hijas e hijos relató el siguiente funcionamiento del servicio.

“

**A la mujer que bebe llega el viernes y le tienes que controlar la hora a la que va a llegar, qué va a hacer, a la que no bebe no la supervisas nada. Esto es violento. Y sí que es importante además decir que estas mamás tienen a Menores detrás, que a lo único que se va a dedicar es a retirar a la criatura, no a ver qué está pasando en ese contexto de esa mujer.”**

**Educadora Social. Experiencia en Servicios de RDD y Servicios Protección Violencia de Género. Madrid.**

## PERSONAS MAYORES DE 45 AÑOS

Las personas mayores de 45 años que presentan un uso de sustancias de largo recorrido, fueron señaladas por las personas expertas entrevistadas y por el grupo de profesionales que, actualmente, trabaja en la red servicios y/o programas de RDD como grupo prioritario de atención específica, independientemente del territorio estatal que representasen. Se observó que, en la mayoría de las experiencias relatadas por las profesionales, las personas protagonistas utilizaban el alcohol o la vía inyectada.

La condición de vulnerabilidad fue descrita por las profesionales a partir de la identificación de diferentes desigualdades, fruto de las intersecciones entre ser persona que ha utilizado sustancias durante largo periodo, la edad y la clase social.

La primera opresión identificada se relacionó con la diferencia de edad detectada respecto a la población general. Las profesionales equipararon el deterioro, tanto del estado de salud como de las esferas vitales de las personas que han utilizado sustancias durante un largo periodo, con edades iguales o superiores a los 45 años

al de las personas mayores de 65 años que no presentan ese uso de sustancias.

Las profesionales indicaron que estas personas presentan necesidades de apoyo y acompañamiento que no pueden ser asumidas por sus familias, tal y como ocurre en la población general. Describieron un primer escenario constituido por personas que conservan a sus progenitores y mantienen relación, éstos son personas de edad muy avanzada que no pueden asumir los cuidados. Un segundo escenario fue descrito como personas cuyas familias ya asumen el cuidado de las/os hijas e hijos de la persona usuaria de sustancias, en consecuencia, no disponen de más recursos como para integrar el cuidado de esta persona. Señalaron un tercer grupo que no dispone de ningún apoyo familiar, en consecuencia, todos sus cuidados directamente deberían recaer sobre instituciones públicas. En todos los escenarios que fueron descritos, las profesionales dieron por supuesto que las personas usuarias no disponen de recursos económicos suficientes para acceder a la red de atención privada de cuidados.

Una médica de familia, que actualmente trabaja en centro de día de RDD, realizó la siguiente descripción.

“

**Son 45 años para arriba, tenemos mucha gente de más de 45, tenemos mucha gente sin padres porque ya han fallecido, o tenemos mucha gente con padres muy mayores. Lo que hace 30 años le pedías a una madre de una persona que venía a tratamiento pues no le puedes pedir a una persona que tiene 30 años más, porque es que ahora tiene 80.”**

**Médico de familia. Experiencia en Servicios RDD. Euskadi.**

Las profesionales indicaron que la red de atención básica a personas mayores sitúa el tener 65 años o más como criterio de acceso, quedando inmediatamente excluido este grupo de personas usuarias de sustancias cuya edad se sitúa por debajo. Señalaron esta limitación como elemento de preocupación ya que, actualmente, existe un vacío asistencial asumido parcial y precariamente desde los servicios y/o programas de RDD. En todo el territorio estatal únicamente reportaron un servicio residencial en la ciudad de Barcelona que realiza esta atención específica.

La segunda opresión identificada fue que personas en uso activo de sustancias derivadas a servicios residenciales geriátricos y/o sociosanitarios son rechazadas o expulsadas por esta condición. Una médico de familia de la comunidad de Madrid relató la siguiente experiencia de rechazo de derivación de una persona usuaria de sustancias a un servicio residencial geriátrico por estar en uso activo de heroína vía inyectada.

“

Si yo tengo una persona de 65 años, que es consumidora de sustancias, que está en tratamiento con metadona y que tiene derecho a una residencia de ancianos... lo siento mucho, pero me das una plaza.

Y creo que hay que pelear igual que el que tiene hipertensión, que el que tiene una insuficiencia cardíaca o el que tiene un alzhéimer, es que me da lo mismo. Mira si la adicción es una enfermedad crónica pues ahora todos los recursos que haya para el resto de enfermedades como la hipertensión o el Alzheimer, pues nosotros como el que más, no?”

Médica de familia. Experiencia en Servicios de RDD. Comunidad de Madrid.

Muchas de las personas usuarias participantes presentaban un uso de sustancias de largo recorrido y edades por encima de los 45 años. Al explorar las posibles necesidades específicas de este grupo, no se sintieron identificadas y utilizaron respuestas que denotaban miedo en la proyección de futuro. Dos de las mujeres usuarias participantes compartían en su historia ser migrantes europeas y haber vivido un largo periodo en situación de sinhogarismo. Ambas centraron sus respuestas exclusivamente en la tenencia de vivienda estable en sus lugares de origen.



## CHEMSEX

Las personas que practican chemsex fueron señaladas por las profesionales expertas entrevistadas y por ambos grupos de profesionales como prioritarias de atención específica por parte de la red de RDD. De todas las personas usuarias participantes, tan solo una mujer conocía el fenómeno y reportó nunca haber realizado prácticas.

La condición de vulnerabilidad fue descrita a partir de la identificación de diferentes desigualdades fruto de las intersecciones entre ser persona que ha utilizado sustancias, presentar una orientación sexual y/o prácticas sexuales no normativas y clase social baja.

Una profesional de la red de atención a la salud sexual en colectivo LGTBIQ+ territorializada en Madrid, indicó que únicamente se articulaba con servicios y/o programas RDD en la derivación y coordinación de casos trabajadores del sexo en situación de sinhogarismo, aun así, indicó: “no puedo aportar mucho, no es el perfil que

vemos, nosotros atendemos a gente que tiene ingresos elevados”.

Las profesionales de Barcelona indicaron que, durante los últimos 4 años, habían detectado un aumento en sus servicios y/o programas de personas que practican chemsex, aun así lo denominaron *minoría*. Describieron este grupo como hombres, trabajadores del sexo, en situación de sin hogar, pernoctando intermitentemente entre el domicilio de los clientes y la calle, que utilizan principalmente metanfetamina vía inhalada y/o inyectada y heroína vía inhalada y/o inyectada. Indicaron que también acuden algunas mujeres a sus servicios que reportan prácticas de chemsex. Esta última apreciación fue compartida por la profesional que trabajaba en centro de día no mixto, añadiendo que observaba en este grupo de mujeres uso de GHB y Popper. Se reportó uso de vía inhalada y vía inyectada en este colectivo.

Desde el resto de territorios estatales no se reportó que este grupo estuviese accediendo a los servicios y/o programas de RDD.

Se identificó como opresión la invisibilidad a la que se ven sometidas estas personas en el espacio público y servicios de RDD debido a la discriminación y violencias que reciben. Las profesionales sugerían que, posiblemente, se desplacen puntualmente a las grandes ciudades (Madrid, Barcelona, Vigo) y sea desde allí donde accedan a algún tipo de servicio y/o programa de RDD. Una profesional de un servicio de RDD de Cataluña equiparaba el recorrido en la implementación de la perspectiva de género con la implementación de nuevos programas específicos para las personas que practican chemsex, realizando la siguiente reflexión.

“

Es que ¿cómo vamos a incorporar a la población LGTBIQ a los centros de reducción de daños si el tema de las mujeres no lo tenemos solventado?”

Coordinadora. Experiencia en Servicios de RDD. Cataluña.

Las profesionales estuvieron de acuerdo en que la identificación como persona que utiliza servicios y/o programas de RDD implica sufrir una nueva opresión, y, en consecuencia, aumenta la discriminación y la exposición a violencias. Una profesional de Barcelona lo describía como “a pesar de que hagan consumo de drogas, el mismo estigma hace esta diferenciación “yo no voy a ir a un servicio de RDD de porque yo no me considero eso””.

Un profesional experto entrevistado indicaba que la conexión del chemsex con la Reducción de Daños no se está produciendo desde la provisión de servicios habituales de la red RDD, sino a través del contexto nocturno.

“

Lo que estamos viendo en el mundo del chemsex son respuestas específicas en la comunidad y para la comunidad capaces de responder a los comportamientos, sustancias, infraestructuras, plataformas, espacios, sentimientos, culturas que muchas veces la reducción de daños no puede hacer y en sí mismo. Muchas veces no se considera reducción de daños como tal pero por otro lado es reducción de daños en el sentido que conserva los principios y se ha desarrollado de esa manera. Pero son 2 formas diferentes de reducción de daños, que hay veces que se reconocen y hay veces que no.”

Experto en Políticas de Drogas Europeas.

En España este tipo de intervenciones se están realizando mayoritariamente desde entidades enfocadas en la reducción de riesgos. Este tipo de intervenciones no se identifican con un uso de sustancias estigmatizado, y acceder a ellas ofrece mayor seguridad en términos de exposición a violencias y discriminación que la red formal de RDD. Este escenario fue corroborado por un trabajador participante que reportó que el programa de RDD, mayoritariamente demandado, es el análisis de sustancias.

Otro aspecto en el que pusieron el foco varias profesionales fue el número y características de las agresiones sexuales que ocurren durante la práctica de chemsex que habían detectado recientemente, las dificultades de identificación de la violencia por parte de las víctimas, el cuestionamiento que reciben las víctimas por el hecho de estar bajo efectos de la sustancia y la escasa protección que se ofrece desde la red de atención a violencias. La profesional del centro residencial de RDD de Barcelona indicó que, en alguna ocasión, ha accedido a las plazas reservadas para protección de personas víctimas de episodio de violencia grave hombres, trabajadores sexuales, en situación de calle vinculados a servicios de RDD que habían sufrido agresión durante la práctica de chemsex por parte de algún otro hombre de características similares.

## HOMBRES, JÓVENES, MIGRANTES Y SINHOGARISMO

Los hombres usuarios de sustancias, de origen magrebí, sin hogar y que se encuentran en situación administrativa irregular, fue un grupo descrito como prioritario en la atención desde los servicios de RDD por parte de personas expertas entrevistadas, grupos de profesionales participantes y personas usuarias. Las profesionales participantes de Cataluña añadieron que, además, en muchas ocasiones son personas tuteladas por parte de la Dirección General de Atención a la Infancia y Ado-

lescencia (DGAIA). Todas las participantes coincidieron que estas personas principalmente utilizan sustancias inhalantes, alcohol, fármacos psicotrópicos (benzodiazepinas y/o pregabalina) y/o cánnabis a dosis muy altas. Señalaron el uso de esta tipología de sustancias por su fácil accesibilidad en términos de legalidad y de precio.

La condición de vulnerabilidad fue descrita a partir de la identificación de diferentes desigualdades fruto de las intersecciones entre ser persona que utiliza sustancias, hombre no blanco, migrante y de clase social baja. La lengua en este caso es un eje de opresión añadido a la experiencia.

Profesionales con experiencia en servicios de protección a la infancia y en servicio de reducción de daños describían cómo, además de la experiencia de discriminación que viven estas personas, están influenciadas por un imaginario social colectivo que les asocia directamente con delincuencia. Describieron que, habitualmente, no disponen de red afectiva ni familiar en el territorio, siendo su red de apoyo vínculos familiares (tías, primas, vecinas) y/o sus iguales. Coincidieron en que el proceso y desplazamiento migratorio habitualmente ha sido una experiencia traumática *“donde incluso han visto personas morir”*, motivado por unas expectativas que no se correspondieron con la realidad encontrada y *“muy confundidos con el funcionamiento de este nuevo sistema”*. El uso de sustancias es un elemento de ocultación a la familia y entre iguales con función muy cercana a la automedicación del estrés postraumático.

Una profesional con larga experiencia en RDD relataba su experiencia como educadora social en un centro de primera acogida considerando que este enfoque podría responder *“pareciera que por ser menores eso no está [refiriéndose al uso de sustancias], porque si se drogan ya tenemos un problema y no sabemos qué hacer ahí”*. Señaló también que la primera experiencia que viven algunos de estos jóvenes como usuarios de sustancias es desde la prohibición y el castigo.

“

Se utiliza el *“gomet de consumir”* ya sea en el centro o en una actividad educativa externa... eso ya era motivo de retirada de paga... O sea, el consumo está educativamente muy sancionado desde ahí y bueno yo creo que en los equipos crea mucho malestar.”

Educadora Social. Experiencia en Servicios de RDD y Servicios Protección a la Infancia y Adolescencia. Cataluña e Islas Canarias.

Las profesionales describieron que posteriormente a esta experiencia punitiva, el contacto que presentan con algún servicio relacionado con las sustancias suele tener

como objetivo tratamiento asociado (o no) a medidas penales alternativas. Un hombre participante de 42 años que presentaba características muy similares a este grupo poblacional indicó que, bajo su punto de vista, la mayoría de estos jóvenes no son conocedores ni pueden imaginar la existencia de la red de RDD.

Algunas profesionales relataron que en los servicios de RDD en los que trabajan se ha suscitado debate en torno a si este grupo de usuarios de sustancias presenta las características para acceder al recurso. Un profesional indicó que la decisión en su servicio fue que este grupo no podía acceder a la prestación de cobertura de necesidades básicas mientras no demostrase que era usuario vía inhalada de heroína y/o cocaína. La principal motivación para esta decisión estuvo relacionada con la protección ante un *“entorno de peligrosidad donde las personas presentan un consumo problemático”*.

Las mujeres usuarias participantes en la investigación reportaron sentirse discriminadas por parte de este grupo dentro de los servicios de RDD. Una de ellas relataba *“ellos son muy racistas hacia los yonkys, no se dan cuenta que ellos también son drogadictos porque toman pastillas, porque beben...”*.

Todas las profesionales participantes coincidieron en que, según las características nombradas, la RDD puede ofrecer respuestas a sus necesidades, aunque señalaron que para ofrecer una atención específica debería incorporarse la perspectiva transcultural.

“

**Ahí sí que habría que hacer una apuesta fuerte y que el tema transcultural atravesase. No solo vamos a hablar de drogas, vamos a hablar de todo lo que entra dentro de la reducción de daños. En este tema hay que repensar los recursos, cuánto de blanco son nuestros recursos, cuantas referencias de otras culturas tenemos incluso en el entorno.”**

**Educadora social; Gasteiz; experiencia en servicios de protección a la infancia y en servicios de RDD.**

## 4.3. PATRÓN DE CONSUMO

### SUSTANCIAS

En el desarrollo del grupo focal a mujeres usuarias de Barcelona se nombraron las siguientes sustancias, entre paréntesis se indica la frecuencia de ocasiones que apareció en el discurso conjunto. Se decidió englobar en la categoría *fármacos psicotrópicos* tanto los diferentes tipos de benzodiacepinas como la pregabalina, así como se contabilizó la metadona como sustancia cuando su uso no se refería a tratamiento. El resultado fue: Cocaína (73), Alcohol (57), Fármacos psicotrópicos (54), Heroína (31), Metanfetamina (17), Mefedrona (10), Cannabis (10), Disolvente (4) y Metadona (2).

Las profesionales reflexionaron en varias ocasiones que existe socialmente aceptada una jerarquía de peligrosidad de las sustancias, encabezada por las ilegales (heroína, cocaína, metanfetamina), seguidas por las que se encuentran reguladas en algunos territorios (cánnabis) y finalmente las legales (alcohol, fármacos psicotrópicos, disolventes). Consideraron que esta escala no responde a los daños observados en las personas vinculadas a los servicios y/o programas donde trabaja y reproduce en consecuencia una escala de la discriminación. Las personas usuarias participantes señalaron el alcohol como la sustancia de mayores daños asociados al estado de salud y situación social. En los relatos de las personas usuarias se detectó mayor autoestigma en las personas usuarias de opiáceos.

### COCAÍNA

El análisis de discursos sitúa a la cocaína como la sustancia más utilizada por las personas vinculadas a los servicios y programas de RDD. Todos los territorios representados por profesionales participantes reportaron que principalmente se utiliza base de cocaína vía inhalada. En el caso de Barcelona se precisó que históricamente el uso de la vía inyectada había sido el más prevalente en esta población, pero en los últimos años se observa un aumento notable de uso de base de cocaína vía inhalada. Se señaló como factor indicativo la evidencia que en los últimos años ha aumentado el número de puntos de venta que disponen de dosis bajas de base de cocaína.

Las personas usuarias y profesionales coincidieron en que no tienen constancia de puntos de venta donde se pueda adquirir directamente *crack*, siendo una práctica habitual que la propia persona vendedora sea quien realiza la transformación del clorhidrato de cocaína a base. En todos los territorios participantes se reportó que esta transformación se realiza utilizando amoníaco, excepto

en Barcelona donde también se reportó que se utiliza bicarbonato. Algunos profesionales de esta ciudad señalaron que realizan talleres específicos de capacitación a las personas usuarias en el uso de bicarbonato como estrategia de RDD.

Las personas usuarias coincidieron en que encuentran dificultades para acceder a la sustancia sin elevada presencia de adulterantes, siendo imprescindible establecer una relación de confianza con la persona que les abastece. Tanto en Barcelona como en Sevilla coincidieron en que los puntos de venta habituales a los que acceden son *narcopisos* o personas que se desplazan en patinete a un punto de encuentro fijado.

Todas las personas usuarias participantes que utilizan cocaína (en cualquiera de sus formas) afirmaron que, además, utilizan otras sustancias como alcohol, cánnabis y/o heroína. La mayoría además refirió encontrarse en Programa de Mantenimiento con Metadona.

Con relación a aspectos de preocupación vinculados a las personas usuarias, señalaron que tras largo recorrido de uso de la sustancia la aparición de "*paranoias*" es habitual, haciendo demanda de acompañamiento profesional posconsumo. Como estrategias de protección verbalizaron buscar lugares tranquilos, al aire libre, con poco ruido y acompañados de pocas personas y de confianza.

### ALCOHOL

El alcohol y su abordaje desde los programas y/o servicios de RDD se observó como aspecto de interés y mejora por parte de las profesionales participantes en esta investigación. Indicaron que la normalización social de su uso, junto con la baja percepción de riesgo asociada a la vía oral, provoca que quede invisibilizado en personas que utilizan otras sustancias y/o vías de administración de mayor riesgo como puede ser la inhalada o la inyectada.

Todas las profesionales coincidieron en que desde de la pandemia del COVID-19 han observado un aumento del uso de alcohol en las personas usuarias de sus servicios y/o programas de RDD. Señalaron como posible motivo las dificultades de acceso a sustancias ilegales que pudieron acontecerse durante el periodo de confinamiento.

Las personas usuarias indicaron que utilizan la sustancia cuando no disponen de suficientes recursos económicos para acceder a otro tipo de sustancias depresoras de mayor coste, reportando que la mayor situación de discriminación asociada al uso de alcohol ocurre cuando no se les niega el acceso a bares. Señalaron



como elemento de preocupación las intoxicaciones de alcohol, situándolas como de mayor riesgo respecto a las del resto de sustancias, y la falta de estrategias de autorregulación. Varias mujeres usuarias reportaron experiencias de automedicación con alcohol en el manejo del síndrome de abstinencia por opiáceos. Todas las personas usuarias participantes coincidieron en señalar el alcohol como sustancia que aumenta comportamientos violentos. El siguiente fragmento de diálogo del grupo focal formado por mujeres usuarias lo ejemplifica.

“

**P:** La agresividad me da con el alcohol, mi cabeza trabaja de una manera que yo insulto, pero no sé quién tengo delante... y al día siguiente no me acuerdo. Por eso prefiero dejar de beber.

**C:** El alcohol es lo peor. Yo no bebo ni una cerveza.

**M:** El alcohol cambia a la persona... les cambia la voz, te hablan de otra manera, se expresan de otra manera... yo cuando alguien toma alcohol lo capto rápido... sé que mejor no meterse en líos con esa persona.

La realidad observada en las mujeres usuarias de alcohol fue descrita por parte de las profesionales como diferencial. Indicaron que, en caso de parejas heterosexuales donde ambas personas utilizan sustancias, el uso de alcohol aumenta en la mujer cuando la relación finaliza. Este cambio en el patrón de uso de sustancias fue relacionado con reducir la exposición a situaciones de riesgos o violencia asociadas al uso de sustancias ilegales (reducir el coste económico y evitar acceder puntos de venta de mayor riesgo) y con la necesidad de aceptación social.

Diferentes profesionales coincidieron en que habían observado que las mujeres usuarias de alcohol que disponen de algún tipo de vivienda (insegura, infravivienda o domicilio), acuden a la red RDD tras ser expulsadas o huir de sus “hogares” por violencia de género grave. La detección de estas situaciones fue señalada como principal motivo para dibujar la hipótesis sobre la existencia de una población oculta para la RDD constituida por este grupo de mujeres en concreto. Además, se añadió que en estas mujeres se observa un aumento del uso de alcohol tras el episodio de violencia machista (evento potencialmente traumático), así como ante situaciones potencialmente retraumatizadoras.

Las personas profesionales también indicaron haber detectado otro grupo poblacional diferencial relacionado con el alcohol, que son las personas mayores de 50 años. Relataron que son personas que transitan de un uso regular de sustancias ilegales a un uso regular exclusivamente de alcohol, relacionando este evento con la mayor accesibilidad y legalidad de la sustancia.

## FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS

La descripción del uso de benzodiacepinas y la pregabalina por parte de personas vinculadas a programas y/o servicios de RDD fue compartida por todas las profesionales participantes en esta investigación. En el caso de las benzodiacepinas, fueron nombradas el clonazepam (nombre comercial *Rivotril*), el clorazepato (nombre comercial *Tranxilium*) y el alprazolam (nombre comercial *Trankimazin*). La pregabalina siempre fue nombrada por su nombre comercial en España (*Lyrica*).

Profesionales y usuarias participantes señalaron que el abuso de fármacos psicotrópicos (con o sin prescripción) ha estado siempre presente en el patrón de uso de sustancias de personas vinculadas a la RDD, a pesar de que, desde de la pandemia del COVID-19, observan un aumento del número de personas y del uso de estas sustancias. Las personas usuarias relataron dos patrones de uso: 1) disponer del fármaco prescrito y no seguir la pauta fijada por su médica/o; 2) adquirir en el mercado ilegal el fármaco. Identificaron que ambos escenarios están directamente influenciados por las limitaciones de prescripción que recaen sobre los facultativos, a pesar de remarcar la facilidad de acceso existente. Una usuaria relató que en Barcelona, diez años atrás, el fármaco de mayor accesibilidad era el flunitrazepam (nombre comercial *Rohypnol*, popularmente denominado Reinales), posteriormente se introdujo el clorazepato, seguido del alprazolam y posteriormente el clonazepam. Señalaba que fue el año previo a la pandemia cuando había empujado la oferta de pregabalina.

A pesar de este uso extendido y normalizado, las personas usuarias indicaron que viven con preocupación la entrada de nuevos fármacos en el mercado ilegal, relatando experiencias de intoxicación de difícil manejo. Las profesionales que actualmente trabajan en SCS alertaron del aumento de intoxicaciones atendidas en los últimos dos años y de las complicaciones que se derivan cuando la persona además ha utilizado alcohol y/o heroína.

Las profesionales relacionaron el aumento de uso de estas sustancias con la legalidad, la baja percepción de riesgo asociada a la prescripción farmacológica, bajo coste en el mercado ilegal y la normalización de su uso en población general (sustancia no estigmatizada).

La realidad de las mujeres usuarias de estos fármacos fue descrita con bastantes similitudes a la de las mujeres que utilizan alcohol y disponen de domicilio. Las profesionales coincidieron que se trata de una población todavía más oculta para la RDD, que no observan que este grupo se identifique como usuaria de sustancias psicoactivas a pesar de observarse paralelismos en el patrón de uso con las personas vinculadas a la RDD, y que, detectan un aumento de uso tras ser víctimas de violencia machista.

Las profesionales coincidieron en que actualmente

observan un patrón de uso que combina el clonazepam y la pregabalina, con alcohol y/o cánnabis en hombres, jóvenes, migrantes en situación de sinhogarismo. Algunos servicios y/o programas de RDD estatales ya están ofreciéndoles atención y acompañamiento, mientras que otros plantean discrepancias sobre la necesidad de ofrecer una atención especializada. Las profesionales incidieron en que, además, estas personas pueden incorporar la cocaína vía inhalada en el patrón de uso.

También señalaron que las personas que han vivido situaciones de privación de libertad (ingreso en centro penitenciario juvenil, adulto y/o centros de internamiento de extranjería) presentan un mayor uso. Algunas profesionales señalaban que, durante estos ingresos, existe tendencia a prescribir pautas farmacológicas orientadas a la contención. En el caso de personas que realizan múltiples ingresos, durante su estancia en libertad, reportaron que presentan dificultades para poder sostener pautas de decaje y recurren a complementar la pauta desde el mercado ilegal.

## HEROÍNA

El uso de heroína vía inyectada, que motivó el inicio de la RDD en España, fue descrito por la mayoría de profesionales como “*residual*”. La mayoría de territorios reportaron que actualmente las personas que la utilizan principalmente lo hacen vía inhalada y con objetivo de compensar los efectos no deseados del uso de estimulantes, añadiendo que este patrón de uso es el que presentan la mayoría de personas que acceden a Programa de Mantenimiento con Metadona en la actualidad.

Las profesionales participantes de Vigo y Barcelona señalaron la detección del uso de heroína inhalada en personas que practican chemsex como estrategia de compensación de efectos no deseados derivados del uso de estimulantes.

## METANFETAMINA

Las personas participantes territorializadas en Barcelona y Madrid reportaron la aparición y crecimiento paulatino del uso de metanfetamina en los últimos años. En el caso de Barcelona las profesionales reportaron la detección de dos contextos de uso de la sustancia.

Desde los servicios y/o programas de RDD indicaron que las personas que utilizan metanfetamina presentan características diferenciales (jóvenes en situación de vivienda inadecuada, mayor presencia de mujeres y colectivo LGTBIQ+, uso relacionado con trabajo sexual y chemsex en zonas urbanas tradicionalmente utilizadas para cruising) respecto a personas que utilizan heroína y/o cocaína, y que, principalmente se utiliza vía inhalada (aun reportando que también se utiliza vía inyectada). El

aumento de episodios psicóticos que requieren derivación a urgencias hospitalarias, asociados al uso continuado de la sustancia, fue reportado como elemento de preocupación. Las profesionales reportaron que, en el último año, los equipos habían sido formados específicamente en el abordaje del uso de la sustancia y se han creado grupos de trabajo interdisciplinares con presencia de la administración.

Las profesionales vinculadas a entidades de atención a la salud sexual de Barcelona y de Madrid identificaron otro contexto de uso de metanfetamina relacionado con las personas que practican chemsex. Reportaron un aumento del uso de la vía inyectada (*slam*) durante los últimos años, un aumento de sintomatología psicótica en este grupo de personas y una ampliación de espacios donde tienen constancia que las personas están utilizando la sustancia. Las profesionales participantes alertaron que detectan que las personas usuarias describen el tránsito a la vía inyectada como una experiencia puntual que posteriormente se sostiene como práctica habitual.

Todas las personas usuarias participantes de Barcelona conocían y habían probado alguna vez la sustancia. Coincidieron en que los efectos positivos son la disminución del cansancio, del sueño, del hambre y del dolor y en los efectos negativos la aparición de ideas de perjuicio y de persecución. Todas coincidieron en que no identificaban aumento de pensamientos y/o prácticas sexuales asociadas al uso de la sustancia. Una de las mujeres relató así su experiencia.

“

Empecé con la metanfetamina hará 6 años y estaba de puta madre, dos coladas y volabas. Y no te hacía falta más. Te enterabas de todo. Hay muchos efectos, muchas maneras de hacerlo, mucho ritual, mucha la gente lo usa porque te concentra. Alguien dice que para actividad sexual... a mí no me pone cachonda. Bueno, te quita las otras necesidades del cuerpo: sed, sueño, ¡hambre... yo me pasaba la noche con la misma cerveza en la mano y al mediodía todavía en la mano joder! ¡Qué barbaridad! Parriba, pabajo, buenísima. Ahora no es así.”

Mujer. Vinculada a Servicios de RDD. Cataluña.

## MEFEDRONA, GHB Y GHL

Las profesionales participantes, vinculadas a servicios de salud sexual en colectivos LGTBIQ+ en Madrid, identificaron la mefedrona como otra sustancia emergente en los últimos años. Reportaron su uso combinado con GHB, GBL y/o metanfetamina.

Coincidieron en que las personas usuarias de mefedrona, vinculadas a servicios y/o programas de salud sexual, sitúan como elemento de preocupación las intoxicaciones

nes de GHB y/o GHL que ocurren durante las sesiones de chemsex, donde los efectos de la mefedrona enmascaran previamente la sobredosificación de GHB y/o GHL.

## CANNABIS Y DISOLVENTE

Las profesionales participantes en el estudio únicamente nombraron al cánnabis y al disolvente como sustancias habituales en el patrón de uso de los hombres jóvenes migrantes en situación de sinhogarismo. Una profesional, con extensa experiencia en servicios de primera acogida de menores migrantes, puntualizó que el uso de disolvente es puntual en la mayoría de estos jóvenes, apuntando que se trata de un imaginario social construido a través de medios de comunicación que no corresponde con la realidad habitual de esta población.

De los relatos de las personas usuarias participantes se extrae la percepción del cánnabis como una sustancia habitual, de bajo impacto sobre su estado de salud y cuyo uso está aceptado socialmente.

## METADONA

Las personas usuarias reportaron uso de metadona como sustancia psicoactiva, independiente a la posible pauta prescrita como tratamiento. Ninguna de las personas participantes señaló que fuese o hubiese sido una sustancia habitual de su patrón de uso. Remarcaron que, en la mayoría de las ocasiones, se utiliza con el objetivo de compensar efectos negativos asociados al uso de estimulantes, especialmente cocaína.

Reportaron la existencia de un mercado ilegal de acceso a la sustancia, que presenta un bajo coste y que es posible adquirirla a través de otras personas usuarias o bien en puntos de venta como *narcopisos*.

## VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

En el apartado anterior se indicó que las personas usuarias y profesionales participantes relataban una jerarquización de peligrosidad de las sustancias. Se observó que se reproduce este mismo modelo de jerarquía en relación con las vías de administración. Las vías de administración que se nombraron y discutieron fueron la inhalada y la inyectada. Ninguna persona participante indicó ningún elemento de atención o mejora relacionado con el uso de la vía oral o de la vía esnifada.

### VÍA INHALADA

La vía inhalada fue situada por las personas profesionales y usuarias participantes como la más habitual entre las personas vinculadas a servicios y/o programas de RDD, exceptuando en Barcelona donde reportaron que el uso de la vía inhalada se equipara con el uso de la vía inyectada.

Las personas profesionales destacaron que el uso de esta vía por ahora no genera alarma ni rechazo social, en consecuencia, las personas usuarias viven menor número de episodios de discriminación comunitaria. Las profesionales vinculadas a organismos administrativos apuntaron que las estrategias de identificación de zonas de consumo utilizadas hasta la fecha eran válidas para el uso de la vía inyectada, no aplicando para el uso de la vía inhalada y siendo necesaria la revisión. El siguiente fragmento de relato de una profesional describe la experiencia actual en el territorio catalán donde se observa el aumento del uso inhalado, la disminución del inyectado y los nuevos retos de atención comunitaria.

“

Tenemos zonas donde ya no encontramos jeringuillas, ya no vemos gente consumiendo por la calle, o si ves a alguien está fumando. Bueno, encontrar papel de plata por el suelo no genera la misma alarma social que encontrar jeringuillas. Yo diría que esta es una de las cosas que está cambiando y nos genera un reto, no saltan las mismas alarmas. Aquí podríamos llegar a pensar que nos es más difícil detectar según que zonas y a nivel de respuesta. Porque la intervención sobre el consumo inyectado se puede empezar dando material, es algo como muy fácil, pero las necesidades del consumo inhalado, aunque incluya parafernalia, ya no se reducen tanto a esto, ¿no? Aquí también nuestro recorrido y herramientas no lo tenemos igual de maduro que dijéramos que cuando nos enfrentamos a un consumo inyectado.”

Técnica. Organismo Administrativo. Cataluña.

Todos los territorios participantes coincidieron en que las principales sustancias vía inhalada utilizadas por las personas vinculadas a servicios y/o programas de RDD son la cocaína, la heroína y, en el caso de Barcelona y Madrid, la metanfetamina.

Únicamente las profesionales territorializadas en Barcelona, Lleida y Bilbao reportaron servicios y/o programas de RDD específicos para la vía inhalada. Una profesional de Barcelona con años de experiencia en intervención comunitaria y género destacó la experiencia de un servicio de su ciudad en el diseño parafernalia específica para la vía inhalada, a pesar de que matizó que su percepción era de que se trataba de una experiencia aislada dentro de la red de RDD.

“

Por ejemplo en CAS Baluard [Barcelona] hace muchos años que se pilotaron prototipos de pipas en las que colaboraron directamente las propias personas usuarias, imprescindible dispensar pipas y diseñar programas participativamente. Obviamente también con presencia de profesionales que podían aportar aquellos datos que hacían que ese material redujese los daños del uso de la vía inhalada. Pero yo lo veo como la “isla Baluard” cuando hablamos de vía inhalada. Pero falta todavía mucha formación y aceptar que este patrón de consumo ahora es el patrón de consumo habitual. Es que cuesta, a veces nos quedamos como estancados.”

Educadora Social. Experiencia en Servicios de RDD.  
Cataluña.

Las personas profesionales coincidieron en que la mayoría de prestaciones de RDD (Programa de Mantenimiento de Metadona, Programa Intercambio de Jeringuillas, SCS, Centros de día, Equipos de Aproximación...) se diseñaron para dar respuesta a un grupo hegemónico inicial (hombres que utilizaban opiáceos vía inyectada sin necesidades básicas cubiertas) situando como elemento de mejora la incorporación de servicios y/o programas de RDD asociados a la vía inhalada con perspectiva de género y/o transcultural, así como, la necesidad de formación específica en los equipos profesionales de RDD.

Las personas usuarias señalaron que observan una desigualdad de programas de RDD entre las personas usuarias vía inyectada y las personas que utilizan la vía inhalada.

## VÍA INYECTADA

Tal y como se extrae del apartado anterior, el uso de la vía inyectada en personas vinculadas a los servicios y/o programas de RDD es reportado por la mayoría de territorios como “localizado en lugares muy concretos”, excep-

tuando Cataluña que mantiene niveles prevalencia estable en los últimos diez años. Tanto personas usuarias como profesionales sitúan esta vía de administración como la que presenta mayor número de daños asociados.

De los relatos de las personas usuarias se extrajo que el uso de la vía inyectada lo relacionan directamente con la adicción, con presentar una imagen externa más deteriorada y con ser víctimas de episodios de discriminación. Una de las mujeres participantes relató su experiencia de autoestigma “es un forma de drogarte que no quieres que nadie te vea, ni sepa... te da vergüenza”.

Únicamente las profesionales que trabajan en servicios y/o programas de salud sexual en colectivo LGTBIQ+ reportaron un aumento del uso de la vía inyectada (*slam*) entre las personas vinculadas.

“

En el 2016 a lo mejor de nuestros usuarios un 15-20% practicaba slam y en 2021 es un 80%. Y no todos tendrán un problema, pero sí lo habían probado. O sea que, pues no consumo activo de intravenosa, pero “sí lo he probado, sí que puntualmente lo hago, ostras lo estoy empezando a hacer más... me está asustando, ya lo hago todos los fines de semana desde que lo probé hace 1 año”. Eso sí que lo estamos viendo.”

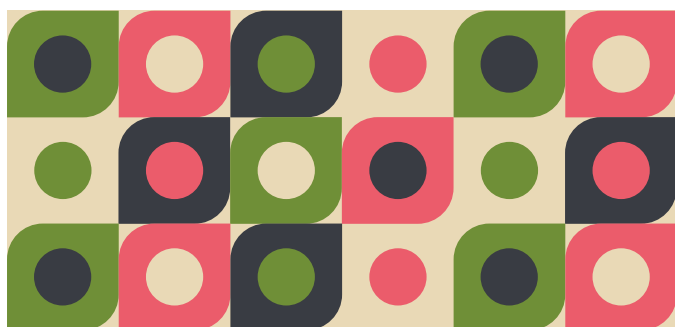
Psicólogo. Experiencia en Servicios Salud Sexual LGTBIQ+.  
Madrid y Ourense.

Las profesionales vinculadas a organismos administrativos en Cataluña coincidieron con este reporte, indicando que, tras la detección de las prácticas de chemsex, “un 10% de entidades nos pedían jeringuillas, al cabo de un año 30%, actualmente creo que son pocas entidades las que no disponen de jeringuillas para dispensar. Está aumentando el slam, es innegable”.

## CONTEXTOS DE USO DE SUSTANCIAS

Todas las personas usuarias y profesionales expresaron aspectos diferenciales según el contexto en que las personas vinculadas a servicios y/o programas de RDD utilizan las sustancias. Se identificaron los siguientes contextos: Sala de Consumo Supervisado Domicilio (SCS), *Narcopiso*, Espacio Pública y Saunas.

Se determinó utilizar el término popular *narcopiso* por su uso extendido y aceptado entre personas usuarias y entre profesionales, independientemente del territorio estatal donde se localicen.



### SALAS DE CONSUMO SUPERVISADO (SCS)

Las profesionales participantes en esta investigación reportaron tres tipologías diferentes de SCS: para uso de la vía inyectada, para el uso de la vía inhalada y para el uso de alcohol. En el caso de Cataluña éstas pueden operar como prestación integrada dentro de un dispositivo de RDD, o bien, como dispositivos móviles que se desplazan directamente al territorio.

Las profesionales de Madrid reportaron que en su territorio se denominan "*Salas de Reducción de Daños*", se encuentran integradas en servicios de emergencia (mixtos y no mixtos) de la red de sinhogarismo y el acceso está limitado a las personas que ingresan en el Programa de Mantenimiento de Alcohol. Las profesionales de Barcelona reportaron dos experiencias similares en servicios residenciales para personas sinhogar, la principal diferencia encontrada fue que en Barcelona el acceso no está condicionado exclusivamente a personas usuarias del Programa Mantenimiento del Alcohol; pudiendo acceder también el resto de personas residentes del dispositivo para realizar un uso puntual de la sustancia.

Las SCS orientadas al uso de la vía inhalada y/o inyectada fueron descritas por profesionales territorializadas en Cataluña y Bilbao. Una de las profesionales de Barcelona reportó muy buenos resultados de una experiencia de SCS en un servicio no mixto donde el diseño se realizó de forma participativa. Las profesionales vinculadas al resto de SCS señalaron que estos dispositivos no permiten el desarrollo de estrategias de cuidado colectivo y fomentan relaciones de cuidado vertical entre profesional – usuaria.

Las personas usuarias describieron las SCS como contexto de mayor seguridad en términos de salud y de protección individual, y destacaron la higiene y desinfección de estos espacios. En el caso de las SCS para vía inyectada las personas usuarias pusieron en valor el soporte a la venopunción, especialmente en el uso de estimulantes, y la atención a episodios de intoxicación o sobredosis. A continuación, se muestra la experiencia de una mujer, usuaria desde hace más de 10 años de SCS, que habitualmente utiliza cocaína vía inyectada.

“

Yo por ejemplo en la calle ya no puedo hacérmelo, no tengo venas, necesito que me ayuden. Cada vez que lo he intentado me he hecho un destrozo... aquí me lo puedo hacer yo, pero si estoy tranquila, si estoy con los profesionales.”

Mujer. vinculada a Servicios de RDD. Cataluña.

Aún así las usuarias y profesionales participantes reportaron que las prácticas de extorsión y/o robo entre personas son habituales, especialmente en SCS con mucho número de plazas. Estos dispositivos de grandes dimensiones, además, fueron relacionados por usuarias y profesionales con mayor presencia de ruido ambiental, alboroto y desconfianza hacia el resto de personas usuarias. El siguiente fragmento corresponde a la experiencia de una profesional con trayectoria laboral den SCS de más de 10 años también.

“

En un espacio de 12 personas consumiendo pues hay extorsión. Eso se da porque las salas de consumo no pueden ser tan grandes... y te dirán "*pues es así*" y yo te digo "*pues monta más*". No puedes agrupar a tanta gente. La parte profesional es toda tan chiquitita, estamos todos juntos. La cosa es o pones un espacio realmente grande y entonces sí; o pones muchas salas pequeñas. Pero una minisala super aprovechada no. Obviamente no vamos a cerrar puntos de consumo por espacio, pero es que fatal para los usuarios.”

Educadora Social. Experiencia en Servicios de RDD. Cataluña.

Las profesionales indicaron que son espacios muy masculinizados que resultan hostiles para las mujeres y persona no binarias. Las mujeres usuarias señalaron que las principales barreras de acceso se relacionan con el riesgo de ser identificada como madre consumidora y sus derivadas consecuencias, y, con la preferencia de utilizar el domicilio, en caso de disponerlo. Identificaron como principales barreras de adherencia a SCS el ruido ambiental, la sobresaturación del dispositivo y el estrés profesional.

Estos aspectos toman mayor importancia en el caso de utilizar estimulantes. Las profesionales de Barcelona relataron dificultades para el acompañamiento en SCS del uso de metanfetamina vía inhalada relacionándolo con las insuficientes dimensiones del espacio, la elevada exposición a estímulos desconocidos y la sobresaturación del servicio.

Una mujer que utiliza cocaína vía inyectada e inhalada, usuaria de SCS en Barcelona relató la siguiente experiencia.

“

**Consumir heroína es una cosa, consumir cocaína es muy diferente. Entonces la heroína puedes pincharte e irte rápidamente, consumir cocaína tienes que tener un momento... te sube 15-20 minutos o así, estás en otro mundo, no puedes escuchar “que te vayas...”. Déjame que no puedo salir ahora puesta... ojalá estuviese bien, ya me habría ido. Eso te corta el colocón y te pones muy nerviosa”.**

Mujer. vinculada a Servicios de RDD. Cataluña.

## DOMICILIO

El domicilio fue señalado por las personas usuarias como contexto de elección entre aquellas que disponen de vivienda y en su territorio no hay disponibilidad de SCS. Todas las mujeres usuarias participantes coincidieron en que, en relaciones heterosexuales suele ser habitual que la mujer permanezca en casa mientras es el hombre es quien sale a comprar la sustancia. Se mostraron muy reacias a consentir este comportamiento por la posición de inferioridad donde les sitúa y por los múltiples engaños que suele cometer el hombre con la dosis adquirida. Una mujer ejemplificaba su experiencia con el siguiente relato.

“

**El hombre lleva la batuta “tú te quedas aquí, que te van a robar, que no te pase algo, voy yo que soy un hombre”, entonces la mujer la dejan atrás. A no ser que tu digas “¿eh dónde vas torero? voy yo contigo, que quiero ver lo que haces”. Pero sí, el típico hombre es el que pillas y tú te metes lo que a él le da la gana”**

Mujer. Vinculada a Servicios de RDD. Cataluña.

Las profesionales de servicios y/o programas de RDD y salud sexual que acompañan a personas que realizan chemsex indicaron que los domicilios operan también como punto de encuentro privado donde realizar las prácticas. Señalaron que estos domicilios pueden compartirse con una única persona o en grupo, los encuentros pueden ser espontáneos u organizados previamente

a través de aplicaciones. Reportaron que en ocasiones las sesiones se segregan según la vía de administración de sustancias que se vaya a utilizar.

## NARCOPISO

Las profesionales participantes de Madrid, Barcelona, Sevilla, Vigo y Bilbao reportaron que las personas usuarias utilizan este tipo de contexto. Tanto profesionales como usuarias participantes fueron preguntadas directamente sobre el funcionamiento de estos lugares. Las personas profesionales los denominan *narcopisos* mientras que las personas usuarias diferencian entre: pisos (punto de venta), *fumadero* (punto de venta donde además se puede hacer uso de la sustancia vía inhalada) y *chutadero* (punto de venta donde además se puede hacer uso de la sustancia vía inyectada). Se describió que, los *narcopisos* que permiten el uso de sustancias en el interior, realizan acciones de extorsión en caso de que la persona decida abandonar el lugar con la sustancia. Un hombre usuario relataba la siguiente experiencia.

“

**Hay seguratas que están de vigía de un consumo mínimo, están al lado del que tiene la mesa que vende, porque si compras 2-3 gramos y te vas, le canta barco al de abajo y cuando llegas a la salida... ya tienes a 2 con el cuchillito para que les des los 2-3 gramos. Y se lo ha dicho el de arriba, el que está en la puerta... y ya eres víctima...”**

Hombre. Vinculado a Servicios de RDD. Andalucía.

En el caso de la ciudad Barcelona las participantes reportaron que en los últimos años se han producido múltiples intervenciones policiales reduciéndose el número de *chutaderos* disponibles, manteniéndose el número de *fumaderos* y aumentando el número de pisos. En el caso de Vigo, Sevilla y Bilbao se reportó un menor número de intervenciones policiales provocando que estos contextos sean más estables.

Se describieron las siguientes características comunes entre territorios: viviendas degradadas ubicadas en barrios céntricos de las ciudades, uso bajo régimen de ocupación, actividad del espacio centrada en la venta de sustancias ilegales, habitadas por las propias personas trabajadoras del negocio, cada persona habitante tiene asignado una función basada en estereotipos de género (vigilar, limpiar, vender, organizar), malas condiciones higiénicas en el interior, escasa presencia de mujeres usuarias.

Se señaló que la diferencia respecto a los puntos de venta ubicados en poblados o barrios de clase baja es

que los *narcopisos* presentan mayor inestabilidad y la personas que trabajan no forman parte directamente de la red tráfico, siendo abastecido de sustancias el punto regularmente por personas externas. También indicaron que existen viviendas en régimen de ocupación habitadas por personas usuarias de sustancias en situación de sinhogarismo donde se pueden adquirir pequeñas dosis de sustancias. En este caso, la motivación de permanencia en el lugar es la cobertura de techo, no la venta o uso de sustancias. Reportaron que existe otra tipología de uso de viviendas que se destinan al trabajo sexual donde, además, se puede adquirir sustancias y utilizarlas durante la práctica sexual.

Todas las participantes coincidieron en que en los *narcopisos* se puede adquirir cocaína, base de cocaína, heroína, metadona, cerveza, tabaco y fármacos psicotrópicos. Relataron que en aquellos que se permite el uso de sustancias, la persona dispone de un tiempo máximo para el consumo. En el caso concreto de Sevilla también disponen de máquinas tragamonedas. Se acepta como método de pago dinero en metálico, sexo (solo en caso de mujeres), objetos de valor o trueque a partir de trabajos puntuales. Una mujer usuaria describía la siguiente experiencia.

“

*Puedes pagar follando “venga va que te invito a una pipa o un pico y... luego nos vamos a ese cuarto los dos”, dando un móvil, o te dicen “tu me haces tal favor y yo te doy droga. Llévame esta cosa a tal sitio.”*

Mujer. Vinculada a Servicios de RDD. Cataluña.

El elemento de mayor preocupación descrito por las personas usuarias en relación con este contexto fue el riesgo de muerte asociado a la atención de intoxicaciones. En total se relataron 12 experiencias diferentes en referencia a intoxicaciones en algún *narcopiso*. La actuación descrita en todas las ocasiones consistió en desplazar y abandonar a la persona intoxicada al espacio público. Las mujeres participantes relataron además que la disponibilidad y administración de naloxona en la atención a sobredosis de opiáceos depende de las propias personas usuarias del espacio. A continuación, se muestran dos experiencias relatadas, una en Barcelona y otra en Sevilla, de las que fueron testimonios las personas participantes.

“

*Entré con un amigo a un fumadero, le dio taquicardia e infarto, lo cogieron los mismos del fumadero y lo dejaron al lado del contenedor de basura...ahí lo dejaron...se llevaron la mitad del dinero... ahí se murió.”*

Hombre. Vinculado a Servicios de RDD. Andalucía.

“

*Lo típico es que entran a por la persona que está en sobredosis y se la llevan... pero la dejan en la calle y búscate la vida, no llaman ni a la ambulancia... yo lo he visto y varias veces... es algo muy fuerte, lo dejan ahí...”*

Mujer. Vinculada a Servicios de RDD. Cataluña.

Las profesionales señalaron como elemento de preocupación el número de agresiones sexuales a mujeres que se producen en el interior. Las personas participantes complementaron esta información añadiendo que, en ocasiones, la mujer queda retenida en la vivienda durante un periodo concreto de tiempo. Todas las mujeres participantes coincidieron en que son espacios no seguros como mujer y que siempre acuden acompañadas. Una profesional resumía la realidad de las mujeres usuarias de *narcopiso* de la siguiente forma.

“

*¿En un narcopiso? Hay violación, hay coacción, hay secuestro... esto está pasando. Esto verbalizan las mujeres que atendemos, y que pasa con frecuencia, no es un hecho aislado. Las intervenciones policiales tienen que ver con el tráfico no con la violencia que reciben las personas que están allí.”*

Educadora Social.

Experiencia en Servicios de RDD. Cataluña.

## ESPACIO PÚBLICO

Las profesionales participantes reportaron que el espacio público es un contexto habitual de uso de sustancias por parte de las personas vinculadas a servicios y/o programas de RDD. Aquellas que trabajan en territorios que no disponen de SCS señalaron que es la única alternativa a la que pueden acogerse las personas sin hogar que utilizan sustancias, exceptuando de los citados *narcopisos*. Describieron que este colectivo suele agruparse e instalarse en lugares cercanos a puntos de venta con bajo tránsito de personas. Una profesional de Sevilla vinculada a un centro de día de RDD relataba *“aquí debajo de cada puente hay un “chiringuito” -les dicen así aquí- donde puedes comprar, pues ahí en un rinconcito se meten y consumen”*.

Las profesionales y usuarias territorializadas en ciudades que disponen de SCS señalaron que otro motivo relacionado con el uso del espacio público es consecuencia de la limitación de la cobertura horaria de estos servicios. Una profesional relató que en el barrio en el que se ubica la SCS donde trabaja, los espacios públicos son intervenidos periódicamente por este motivo, forzando desplazamiento de las personas usuarias a otro punto cercano.

“

Aquí el fenómeno descampao está en auge porque la sala tiene una limitación de horario. Hay consumo, igual no a las 3 de la mañana que hay menos venta, pero sí hay consumo a las 12 o la 1. Antes el consumo se dirigía en las vías del tren, pero ADIF lo valló, se cansó de la foto de los yonkys pichándose al lado de sus vías, y desde que lo valló, pues ha subido el consumo en los descampados y en los parques del barrio. Y así. Es absurdo”

Coordinadora.  
Experiencia en Servicios de RDD. Cataluña.

El grupo focal de mujeres usuarias de Barcelona consideró que, durante la noche, cuando las SCS están cerradas, el espacio público es el lugar más seguro para hacer uso de sustancias. Consideraron que, ante una situación de emergencia, como puede ser una intoxicación, la comunidad acostumbra a dar respuesta y activar una ambulancia. Aún así, también matizaron que en ocasiones el uso del espacio público es una elección, señalando que utilizar estimulantes al aire libre disminuye la aparición de efectos negativos.

Las personas profesionales de organismos públicos señalaron que, tanto en la Comunidad de Madrid como en Cataluña, se ha producido una reducción de las demandas de intervención en espacios públicos donde se instalan grupos de personas utilizando sustancias ilegales.

En Barcelona las profesionales reportaron que en el espacio público también se produce otro contexto de uso de sustancias relacionado con el chemsex. Estuvieron de acuerdo en que en zonas históricamente utilizadas para prácticas de cruising se están encontrando pipas de metanfetamina y material de inyección abandonado, así como pernocta de personas que realizan trabajo sexual.

Todas las personas usuarias participantes indicaron que, independientemente de cuál sea la motivación para hacer uso del espacio público, siempre es un contexto en el que la persona debe esconderse de ser vista por la comunidad y protegerse ante la posibilidad de ser intervenida policialmente.

## SAUNAS

Las profesionales que actualmente trabajan en servicios y/o programas de salud sexual en colectivo LGTBIQ+ señalaron que las saunas son un contexto donde las personas vinculadas a servicios y/o programas de RDD realizan uso de sustancias. Un profesional reportó dificultad para establecer líneas comunes de trabajo con estos locales, indicando que existe un temor a visibilizar el uso de sustancias en el interior del establecimiento y

que este pueda ser acusado de permitir o facilitar el tráfico de sustancias.

Las profesionales reportaron experiencias de usuarios que realizan uso de sustancias en este contexto y que, por inaccesibilidad a material, reutilizan las pipas de metanfetamina y/o jeringuillas abandonadas en los vestuarios. Un profesional manifestó que en Andalucía los equipos que realizan intervenciones de salud sexual dentro de saunas reportan un aumento de pipas y jeringuillas encontradas.



## 4.4. SERVICIOS Y/O PROGRAMAS RDD

Los servicios y/o programas existentes en los territorios, su funcionamiento, así como los aspectos de revisión fueron abordados con todas las personas participantes en la investigación.

Analizando los discursos se observa que en España conviven dos modelos de servicios y/o programas que ofrecen acompañamiento en materia de RDD. Un primer modelo ofrece servicios y/o programas profesionalizados integrados en la red de salud o de sinhogarismo, y, un segundo modelo ofrece servicios y/o programas de base comunitaria no integrados en la red. Un profesional experto en reducción de daños y políticas de drogas europeo realizaba la siguiente descripción del escenario español.

“

Hay muchos servicios dentro de la RDD que se podrían meter dentro más de lo social y salir un poquito de lo medicalizado, abriendo un poquito más las puertas hacia lo social a otras gentes, otras personas... mirando la RDD de una manera un poco más grande... también articularse con otras redes de apoyo no institucionalizadas... Sí es cierto que hay centros de reducción que están super integrados en las redes, pero también es cierto que hay contextos y personas donde eso no va a ser posible. Hay que empezar a entender cuáles son los procesos en los que ahora mismo estamos, también entender quién son las personas que están en los servicios, también entender que a lo mejor no todos los servicios tienen que estar profesionalizados, muchas veces la profesionalización de los servicios se está poniendo en medio de las comunidades incapacitándolas de sus propios recursos.”

Experto en RDD y políticas de drogas europeas.

Esta observación es coincidente con la mayoría de las personas profesionales participantes, que señalan la necesidad de revisión de la atención y acompañamiento de las poblaciones que acceden a los servicios y/o programas, de las poblaciones que están quedando fuera, de nuevos contextos y de nuevas sustancias que no responden al escenario inicial para el cual fueron diseñados. Todas las profesionales participantes reportaron que la principal estrategia de captación y adherencia se centra en no exigir identificación real a las personas usuarias de los servicios y/o programas.

También estuvieron de acuerdo en que todos los territorios deberían disponer de como mínimo un recurso de cobertura 24/7 que integrase el PIJ, SCS e intervención

en crisis ambulatoria por intoxicación de estimulantes. Esta demanda fue compartida por las personas usuarias participantes.

### LA PRIMERA VEZ QUE LA PERSONA ACCEDE A UN SERVICIO Y/O PROGRAMA DE RDD

La experiencia del primer acceso a servicios y/o programas de RDD fue un tema abordado con las personas usuarias participantes. Independientemente del enfoque de RDD se extrae de sus discursos que existe una expectativa individual real o simbólica de abstinencia y que el acceso a la red de RDD se produce desde una posición de fracaso del proceso terapéutico.

La mayoría de personas, independientemente del territorio, reportaron que fueron conocedoras de la existencia de este tipo de servicios y/o programas a través de sus iguales. Muchas de ellas fueron acompañadas el primer día por otra persona usuaria ya vinculada al servicio. Tan sólo una mujer participante descubrió el servicio por cuenta propia a partir de la observación estereotipada de personas usuarias localizadas en las inmediaciones del recurso.

Al acceder a las instalaciones todas las personas coinciden en que la primera emoción que se les despertó fue de impresión por no haber estado nunca en un lugar donde, de forma tan explícita, el nexo de unión entre las personas fuese la condición de utilizar sustancias. Aún así, muchas participantes reportaron que conocían previamente a las personas con quien se encontraron. El único elemento de preocupación que nombraron fue la posibilidad de ser víctimas de robo.

La mayoría de profesionales relataron que en el primer acceso al servicio se realiza una atención individual donde se recogen datos básicos personales, sociales y de salud de la persona. Algunos servicios precisaron que, como estrategia de captación, promueven que esta entrevista se realice tras la primera demanda verbalizada por la persona. Una mujer migrante valoró muy positivamente su experiencia donde el primer contacto profesional fue realizado en su lengua materna.

En el caso del primer acceso a SCS algunas participantes indicaron que fue en el interior cuando fueron informadas de esta prestación específica. Todas las personas participantes que habían vivido esta experiencia, coincidieron en que la primera emoción que se les despertó fue vergüenza al ser observadas por otras personas (usuarias y/o profesionales) utilizando sustancias. Una mujer lo describió con las siguientes palabras.

“

Era el primer sitio que entraba donde se consumía. Me llamó un poco la atención, porque unas entraban a la enfermería y yo las veía como salían... como que aquello que al principio da un poco de impresión. Dices *“Joder! Que fiesta hay aquí, ¿no?”*. Luego entré y todo el mundo mirándome, además yo que no me había pinchado en mil años y por eso había ido ahí... yo estaba acojonada. No hablaba. Pero como veía que todo el mundo estaba tranquilo dije *“eh! A tomar por culo la vergüenza”*.

Mujer; Barcelona; vinculada a SCS, Servicio No Mixto RDD y Servicio Residencial RDD.

Todas las personas usuarias participantes, tanto en Sevilla como en Barcelona, coincidieron en que las personas profesionales les transmitieron confianza y no sintieron juzgadas por ser usuarias de sustancias.

La mayoría de personas coincidieron en que su situación individual en aquel momento era encontrarse en situación de sinhogarismo (sin techo, sin vivienda o vivienda inadecuada), no estar en relación de pareja y utilizar sustancias.

## SERVICIOS Y/O PROGRAMAS RDD Y GÉNERO

Los servicios y/o programas de RDD existentes principalmente son mixtos, exceptuando algunos dispositivos no mixtos que presentan muy buenos resultados. Desde la mayoría de servicios participantes se reportan experiencias de incorporación de la perspectiva de género mediante implementación de franjas de atención no mixta, actividades y talleres específicos para mujeres, grupos de mujeres y/o incorporación de atención en salud sexual y reproductiva. A pesar de este acercamiento específico a las mujeres, todas las personas profesionales coincidieron en que se trata de un proceso de largo recorrido. Una de las personas participantes, experta en políticas europeas, describió el escenario actual señalando como esencial el trabajo tanto con hombres como con las mujeres si se pretende una transformación social.

“

El tema de las mujeres tiene que ver con la predisposición de los profesionales, tiene que ver con que tengan esa capacidad, tiene que ver con los espacios que se hacen. Hay espacios donde sí se están dando una respuesta, pero tampoco se está abordando el problema, porque también hay una especie de intervención social que se tiene que hacer y necesitas espacios comunes donde las realidades coincidan.”

Experto europeo en políticas de drogas y sinhogarismo.

La mayoría de profesionales dibuja los servicios y/o programas como espacios masculinizados y hostiles para las mujeres y donde la implementación de la perspectiva de género sigue siendo una tarea pendiente.

“

Las mujeres llegan con cuentagotas, sí. Y sigue siendo un abordaje difícil porque incluso llegando a preguntarles *“pues qué necesidades... qué les gustaría...”* pues tampoco hay una demanda clara de una acción por parte nuestra.”

Médica; Bilbao. Experiencia en Servicios de RDD. Euskadi.

La falta de espacios de seguridad y confidencialidad dentro de la infraestructura de los servicios preocupa a la mayoría de las profesionales participantes, especialmente ante la atención a mujeres víctimas de episodio de violencia machista reciente, donde la persona agresora también puede ser usuaria del propio servicio y/o programa. Una profesional relataba su experiencia en la atención a mujeres en diferentes servicios de RDD.

“

Existe la necesidad de crear espacios que acojan estas conversaciones. Que los encuentras o los generas, porque somos hasta capaces de hacer amor de la mugre y encontrar un rincón donde achucharte y tener una conversación tranquila. Pero lo que ves es totalmente lo contrario, ¿no? Son espacios totalmente hostiles, sin un rayito de luz natural, unas mesas que te separan de la persona... donde hablar de estas cosas realmente es que no encaja.”

Educadora Social. Experiencia en Servicios de RDD. Euskadi y Cataluña.

Barcelona fue la única ciudad que se reportó que dispusiese de un servicio no mixto de RDD. Todas las profesionales y usuarias que presentaban experiencia de trabajo en y con este recurso reportaron muy buenos resultados. Las personas profesionales añadieron que sería necesaria la implementación de mayor número de servicios de estas características.

Todas las profesionales participantes señalaron que el abordaje de la salud sexual en personas que utilizan sustancias se ha incorporado recientemente a la RDD, relatando algunas experiencias como: inclusión de médica ginecóloga en la plantilla de profesionales, incorporación de agentes de salud, circuitos de derivación y coordinación con servicios específicos de atención a la salud sexual y reproductiva, dispensación de la píldora anticonceptiva o de PrEp. Aún y así, también lo situaron como un aspecto de recién implementación al que le debería

quedar un largo recorrido.

En la relación a la incorporación de competencias culturales específicas para la atención y acompañamiento a población LGTBIQ+, las profesionales indicaron que, en la mayoría de servicios y/o programas de RDD, son escasas las acciones que se han implementado.

## SERVICIOS Y/O PROGRAMAS RDD Y COMUNIDAD

La comunidad se situó por las personas profesionales como agente esencial en la RDD, describiéndola a nivel macro como sociedad en general, a nivel local como grupo de personas que habita el mismo territorio que los servicios y/o programas de RDD (incluyeron en esta categoría a profesionales que trabajan en las redes de atención básica) y a nivel psicosocial como familia y entorno directo de las personas usuarias.

La discriminación y no garantía de derechos humanos que sufren las personas por su condición de utilizar sustancias fue señalada como elemento de gran preocupación, revisión y movilización por parte de todas las personas profesionales participantes en ese estudio. En el siguiente fragmento extraído del relato de una profesional se observa cómo se señaló a factores estructurales como posibles causas relacionadas y a la empatía como mecanismo de cambio social.

“

Sigue habiendo una moral sobre que [las personas usuarias de sustancias] son viciosas, lo hacen porque quieren tal cual... Esto ocurriría en determinados casos donde todo viene determinado por sus decisiones. Falta entender que hay personas les ha tocado unas circunstancias sociales diferentes a las tuyas. Eso genera un problema. Hay que ser capaz de ponerse en las circunstancias del otro, de ponerte en las circunstancias de alguien que es rechazado en todas partes, que va con el estigma, con unas circunstancias sociofamiliares comunitarias desastrosas...”

Médica de familia Experiencia en Servicios de RDD.  
Euskadi.

Las profesionales también indicaron que la integración debe ser un mecanismo donde no sea exclusivamente la persona usuaria de sustancias quien se esfuerce y logre poder ser aceptado como miembro comunitario, sino que la propia comunidad debe actuar como agente integrador de las personas. En el siguiente fragmento se observa como una profesional relacionó la participación en la comunidad de la persona usuaria como un mecanismo de disminución del asistencialismo profesional propio del acompañamiento a personas en situación de exclusión.

“

Es precisamente cuando las personas se sienten pertenecientes a una comunidad, cuando se siente partícipes, es cuando los niveles de exclusión bajan. Es cuando es posible que las personas usuarias de sustancias puedan reducir el autoestigma y puedan alzarse en voz, porque están en una comunidad y eso es un espacio propio. Creo que ahí dando opción a participar en el ámbito comunitario es cuando se bajan los niveles de asistencialismo que podemos llegar a alcanzar.”

Educadora Social. Experiencia en Servicios de RDD.  
Euskadi y Cataluña.

Un profesional experto en políticas europeas añadió que la comunidad puede tejer redes de apoyo a las personas usuarias de sustancias en situación de exclusión social en esferas donde los servicios y/o programas de RDD no pueden acceder, añadiendo la idea de colectivización del sufrimiento como mecanismo de cambio social.

“

“Hay otra serie de redes de apoyo que ahora mismo no siempre se están articulando. Sí es cierto que hay centros de reducción que están super integrados en las redes asistenciales, pero también es cierto que las redes no llegan a todos lados de la persona. Por ejemplo, trabajar con gente de los barrios, trabajar con gente de las estructuras locales... entender las cosas que no tienen. Todos cogéramos un pequeño respiro y se abriría la posibilidad de pensar desde la colectividad cómo seguir.”

Experto europeo en políticas de drogas y sinhogarismo

Aún así, las personas profesionales describieron que, en la práctica diaria, el rol que asume activamente la comunidad se centra en cuestiones de control del orden público donde no siempre el foco se sitúa en la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de sustancias implicadas. Profesionales de Bilbao y Barcelona mencionaron experiencias donde la comunidad había sido el agente movilizador de la implementación de programas de recogida de jeringuillas. Una profesional apuntó que los indicadores de resultado en la evaluación, por parte de la comunidad, habían sido la disminución del material contaminado abandonado y la invisibilidad del servicio de RDD en el día a día de la comunidad. Ella misma parafraseaba la voz de una miembro de la comunidad comentándole “la verdad que muy bien, no se nota ni que estáis”.

Las profesionales reportaron que principalmente la información y sensibilización de la comunidad recae en los Equipos de Intervención Comunitaria o de Aproxima-

ción. Indicaron que estos equipos nacen de la necesidad de captar a personas que utilizaban el espacio público como lugar de uso de sustancias y retirar las jeringuillas que pudiesen abandonar. Una profesional relataba la siguiente reflexión en torno las funciones de este tipo de servicios en grandes ciudades donde pueden confluir múltiples procesos políticos, sociales y comunitarios.

“

**En todos los trabajos comunitarios hay un objetivo de control social. Siempre. Siempre está ahí. Hay un tema de control de lo que está pasando en la vía pública. Vale sí hay un objetivo de reducir el impacto de las dinámicas de consumo en la vía pública pero muchas veces es también el ver, tapar, correr y que nadie vea nada. Que la ciudad esté bonita y sea consumible para el turista. Es fruto también del proceso de gentrificación de la ciudad.”**

**Educadora Social. Experiencia en Servicios de RDD. Cataluña.**

Profesionales de Madrid añadieron que, actualmente, estos equipos tienen como principal función la detección en el espacio público de personas usuarias de sustancias que no están en tratamiento a las adicciones y/o tampoco vinculadas a servicios de sinhogarismo, la información de la red existente y su acompañamiento a los centros de tratamiento ambulatorio. Las profesionales de Barcelona apuntaron en diversas ocasiones que los Equipos de Intervención Comunitaria vinculados a servicios y/o programas de la red de RDD no consideran población diana a las personas que utilizan alcohol en la vía pública.

Las profesionales participantes vinculadas a la red de atención a la salud sexual en el colectivo LGTBIQ+ reportaron como buena práctica la aproximación a personas en uso activo de sustancias a través de iguales, evitando así la profesionalización del cuidado.

Las personas profesionales destacaron que otra función habitual de los Equipos de Intervención Comunitaria consiste en acompañar a las personas usuarias a la atención en servicios de la red básica. Esta labor tiene como objetivo el propio acompañamiento de la persona en su proceso terapéutico, aunque en muchas ocasiones, también opera como una estrategia de reducción de la discriminación hacia las personas que utilizan sustancias.

## SERVICIOS Y/O PROGRAMAS RDD EN ENTORNOS RURALES

Las profesionales describieron los servicios y/o programas de RDD como dispositivos situados en entornos urbanos evidenciando una desigualdad territorial. Consideraron que la ampliación de la red a territorios rurales presentaría dificultades relacionadas la priorización presupuestaria, el estigma alrededor del uso de sustancias en estos entornos y las consecuencias de visibilizarse en la comunidad como persona usuaria. La siguiente profesional relata su experiencia en un territorio pequeño.

“

**El consumo está totalmente criminalizado, oculto y ocultado... sí que el consumo de alcohol es algo visible pero otro tipo de sustancias es algo que es juzgado, y no llegan. Hay una barrera de acceso tremenda para atenderles. El estigma de alguna forma lo uniría a lo afectivo y familiar porque yo creo que también, que trabajando el estigma con la red afectiva y familiar se podría mejorar y además esas familias ser agentes del cambio en la propia comunidad.”**

**Médica Psiquiatra. Experiencia en Servicios de RDD y Salud Mental. Islas Canarias.**

Algunas profesionales también señalaron que son las personas usuarias las que se desplazan alrededor de los puntos de venta, provocando que, en comunidades pequeñas, el acceso a sustancias pueda ser limitado, así como el acceso a otras personas del colectivo LGTBIQ+. Esta lógica fue señalada por las profesionales como estrategia de RDD en personas que presenten prácticas del chemsex problemáticas.

“

**“Pues va a tener dificultades seguramente en encontrar un servicio de RDD. Pero va a tener algo bueno, que es que en ese entorno rural le va a ser difícil el acceso a sexo, porque las personas no utilizan tanto las apps o se tienen que esconder sin foto, ni a las mismas sustancias. Va a estar un poco confinado en ese sentido, y le va a permitir un poco recuperar el control y quizás va a poder estar unas semanas descansando.”**

**Psicólogo. Experiencia en Servicios Salud Sexual. Comunidad de Madrid y Galicia.**

En cambio, las personas usuarias estuvieron de acuerdo con que precisamente la implementación de servicios en entornos rurales sería una buena estrategia para normalizar el uso de sustancias ilegales, así como disminuir la migración de pueblos a ciudad cuando el patrón de uso impacta en el resto de las esferas individuales.

“

Te da miedo salir a la luz por la gente de los pueblos. Entonces claro. Si hubiese [servicios de RDD] irías, la gente no estaría tan reprimida. Porque si no te has de esconder por las calles... Te sentirías más acogida. En los pueblos cuando te señalan te sientes más deprimida, no sales de ahí si no tienes un foco donde ir.”

Mujer. Vinculada a Servicios de RDD. Cataluña.

Hubo dos territorios (Vigo y Álava) que presentaron experiencias de RDD en territorios rurales desarrolladas desde Centros de Día de RDD ubicados en la ciudad más cercana. Coincidieron en que detectaron una población que describían como aislada, con patrón de uso de sustancias desorganizado y desvinculados de la red básica de servicios. El abordaje desarrollado en ambas experiencias consistió en la implementación de una Unidad Móvil de RDD multidisciplinar, dependiente del Centro del Día de RDD, que recorre pequeños municipios captando y vinculando con personas de estas características.

## SERVICIOS Y/O PROGRAMAS DE RDD Y SINHOGARISMO

Las profesionales indicaron que las personas en situación de sin hogar vinculadas a los servicios y/o programas de RDD han aumentado exponencialmente en la última década en entornos urbanos de todo el territorio estatal. De forma paralela, también han evidenciado un aumento de servicios de emergencia (albergues) implementados desde las redes de sinhogarismo municipales. Algunas profesionales señalaron que los esfuerzos de las administraciones en este sentido, parecen estar focalizados en cuestiones de orden público, en lugar de, la mejora de la calidad de vida de las personas que se encuentran sin hogar.

“

Todo responde a una lógica de gentrificación de la ciudad e intereses económicos en que la ciudad se ofrezca como un producto consumible y atractivo. Yo creo que hay una cierta predisposición ahora para disponer de un modelo residencial, por el que yo abogo y defiendo. Aún y así ves que el interés desde la administración va dirigido otra vez un poco a limpiar la ciudad y que estas personas estén residiendo en un espacio que las esconda. Porque la red para albergar procesos largos y de techo permanente es muy escasa. La vivienda te la has de ganar parece ser.”

Educadora Social. Experiencia en Servicios de RDD. Cataluña.

A pesar de esta ampliación de dispositivos, las profesionales y personas usuarias participantes coincidieron en que, en la mayoría de los casos, estos no se adaptan a las personas y comportamientos de las personas que utilizan sustancias. Un usuario participante de Sevilla relataba su experiencia tras haber residido temporalmente en un servicio de emergencia (albergue).

“

No soy partidario de los albergues porque son un primer grado tangado... te puedes ir a las 6 de la mañana pero a la 1 tienes que estar aquí...sales a las 4 pero a las 8 tienes que estar aquí a comerte la bandeja...y en medio tengo que buscarme la vida para consumir. Para eso me voy a la calle.”

Hombre; Sevilla; vinculado a Centro de Día RDD.

Las profesionales participantes destacaron diferentes experiencias estatales de servicios orientados a la cobertura de techo (parcial o completa) orientados a personas usuarias de sustancias. Reportaron que Madrid dispone de Centros de Acogida con Salas de RDD de alcohol (uno de ellos no mixto) de cobertura 24/7 que ofrecen cobertura de necesidades básicas. De Bilbao describieron un Centro de Acogida situado junto a una SCS y un centro de Día. En Barcelona se reportaron tres servicios residenciales, uno habitacional mixto nocturno orientado principalmente a personas usuarias de alcohol, un servicio residencial de larga estancia mixto dirigido también a personas mayoritariamente a usuarias de alcohol y servicio residencial de RDD mixto que dispone de SCS vía inalada, inyectada y alcohol. De todos estos dispositivos se reportaron buenos resultados.

El resto de acompañamiento a las personas sin hogar usuarias de sustancias se realiza desde los Equipos de Intervención Comunitaria y desde los Centros de Día de RDD.

## SERVICIOS Y/O PROGRAMAS DE RDD Y ALCOHOL

Todas las personas coincidieron en que los programas y/o servicios de RDD asociados al alcohol son una tarea pendiente de la red, señalando como principal motivo la baja percepción de riesgo, posiblemente relacionada con la normalización de su uso. Se indicó que, en el caso de personas que utilizan además otras sustancias, habitualmente queda enmascarado el patrón de uso del alcohol.

Las profesionales de Cataluña reportaron que los criterios de exclusión de acceso a algunos servicios de RDD de este territorio incluyen a las personas que utilizan principalmente el alcohol. Esta condición fue considerada como aspecto prioritario de revisión.

Entre los programas y/o servicios de RDD especializados en esta sustancia se destacó el Programa de Mantenimiento de Alcohol implementado en un servicio residencial de RDD en Barcelona y las Salas de Consumo de RDD de Alcohol implementadas en servicios residenciales de emergencia (albergues) en Madrid. Ambas experiencias fueron descritas con funcionamiento similar, con la diferencia que Madrid ofrece esta prestación en servicios mixtos y no mixtos. Una médica profesional participante realizaba la siguiente descripción del funcionamiento de este tipo de programas.

“

**La bebida la compra el centro y la bebida se dispensa en la sala, en la cantidad estipulada y pactada con la persona. Pautada. Por eso hay que hacer una valoración de lo que dice la persona que bebe, en función de eso se calculan más o menos las UBEs que le tocan. O sea, ellos no tienen su bebida y se la beben dentro. La bebida la tiene custodiada el centro y se va administrando cada hora, cada media hora, como lo hayan organizada. La UBEs que se dispensa es bebida de baja graduación, vino o cerveza, no se dan bebidas de alta graduación.”**

**Médica de familia. Experiencia en Servicios de RDD.  
Comunidad de Madrid.**

En Barcelona además se describió una experiencia de servicio habitacional de pernocta nocturna dirigida exclusivamente a personas que presentan un uso problemático de alcohol en situación de sinhogarismo.

Se observaron dos modelos de abordaje de la problemática en población sin hogar: 1) servicios pertenecientes a la red de sinhogarismo que reciben soporte por parte de profesionales de la red de adicciones (Madrid); 2) servicios especializados que integran simultáneamente el abordaje del sinhogarismo y la adicción al alcohol (Cataluña). No se describió ningún otro programa y/o servicio RDD específico a alcohol que no fuese dirigido concretamente a personas en situación de sinhogarismo.

Las personas expertas entrevistadas que ocupaban cargos en departamentos administrativos señalaron que las intervenciones de reducción de daños asociados al uso de alcohol deberían realizarse de la atención primaria en salud.

## **CENTROS DE DÍA Y COBERTURA DE NECESIDADES BÁSICAS**

Las profesionales participantes denominaron a los centros de día orientados a la cobertura de necesidades básicas con diferente nomenclatura según el territorio utilizándose términos como “calor y café”, “centros de emergencia”, “local” o “espacio social”. En ocasiones, este tipo de servicio resultó estar integrado en la cartera básicas de servicios de salud, estar integrado en la cartera básica de la red de sinhogarismo o bien ser de base comunitaria cuya financiación se realizaba a través de múltiples subvenciones gubernamentales. Todos los territorios representados en esta investigación disponían de este servicio.

En todos los casos se indicó que se localizan cerca de puntos de venta fijos de sustancias ilegales donde, en consecuencia, orbitan las personas usuarias de sustancias y es donde se sitúa la necesidad. Algunos de estos servicios disponen de unidades móviles que se aproximan a barrios alejados o municipios de menor población.

Las profesionales lo describieron como un servicio tradicional, esencial y que opera como base para la implementación de estrategias y/o programas de RDD. La mayoría ofrecen una cobertura de características de emergencia: atención no sectorizada, totalmente gratuita y de acceso inmediato. Las prestaciones que se ofrecen presentan similitudes en todos los territorios, siendo común: dispensación de desayuno y merienda, ducha, lavandería, entrega de alimentos, entrega de ropa, Programa de Intercambio de Jeringuillas, custodia de documentación y dinero, custodia y dispensación directamente observada de fármacos, atención social individual, formación y derivación a la red básica de servicios sociales y de salud. Algunos de ellos pueden estar integrados en servicios donde además se dispone de SCS, de enfermería, de atención médica y/o de atención a la comunidad.

Las profesionales hicieron hincapié en el impacto que supone el sinhogarismo en el funcionamiento diario de estos servicios. Relataron que principalmente es este colectivo el que accede, donde en ocasiones el uso de las sustancias está relacionado con esta condición. Describieron que son personas que se encuentran en una situación de aislamiento social y soledad. Las personas usuarias y profesionales destacaron que habitualmente el servicio actúa como figura referente para la persona vinculada, siendo común, por ejemplo, el soporte cuando ingresan en servicios de aislamiento (hospitales, unidades de régimen cerrado de salud mental y/o centro penitenciario).

En relación a las instalaciones de los centros de día orientados a la cobertura de necesidades básicas las profesionales coincidieron en que en la mayoría de los casos las dimensiones de los espacios son insuficientes

para el volumen de población atendida, con falta de ventilación y donde la infraestructura resulta precaria para la actividad realizada. Una profesional indicaba que *“son servicios sobresaturados, hay más necesidad que recursos disponibles, te sientes mal negando la comida o fiscalizando el horario de ducha. Deja de ser una educación de hábitos y se convierte en una racionalización de recursos”*.

Las personas profesionales reportaron la necesidad de revisar e incorporar el acceso a internet y energía de la luz (carga de dispositivos) como necesidades básicas en el momento actual. Indicaron que a partir de la pandemia del COVID-19 un gran número de trámites administrativos se realizan exclusivamente a través de internet. La falta de dispositivos individuales con acceso a la red, así como el desconocimiento en uso de la tecnología repercute directamente en los procesos de las personas acompañadas, y, en consecuencia, aumenta la carga laboral de las personas profesionales.

Las personas usuarias participantes reportaron muy buena satisfacción hacia estos servicios y hacia las personas profesionales que trabajan. Los describieron como lugares de reparación y restauración de su dignidad como sujeto de derechos. Un hombre usuario participante vinculado a un centro de día de RDD en Sevilla relató su vivencia. Se observa que el servicio también actúa como puerta de acceso a la red de atención a las adicciones en procesos terapéuticos orientados a la abstinencia donde la persona por algún motivo reinicia el uso de sustancias.

“

Llevo a este centro en el 2003, después hice Proyecto Hombre y me quité. Durante mucho tiempo estuve sin consumir, hasta que he vuelto a tener una nueva recaída bastante importante, a raíz de una enfermedad que no he sabido llevar, y me he dado un golpe fuerte. He vuelto a asistir aquí, que estando en la calle sitios como estos son una bendición, sitios donde puedes asearte, donde te atienden, donde pueden resolverte algún papel que otro, sitios donde te dan una atención y una preocupación por ti es de agradecer.”

Hombre. Vinculado a Servicios de RDD. Andalucía.

Las personas usuarias fueron abordadas específicamente sobre su opinión al respecto de la incorporación en el acompañamiento de RDD a las poblaciones que actualmente están quedando fuera de los servicios y/o programas de RDD existentes. A pesar de que identificaron que se trataba de personas que presentan necesidades similares, expresaron reticencias hacia compartir los mismos espacios.

## PROGRAMA DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS (PIJ)

El PIJ fue señalado por las profesionales participantes y usuarias como el programa de inicio de la RDD. Se describió que, en la actualidad, territorios como Cataluña, han desarrollado una red muy extensa que combina dos modelos: puntos fijos (integrados en servicios de RDD, centros de atención a las adicciones, farmacias y centros de urgencia de atención primaria) y puntos móviles (a través de los Equipos de Intervención Comunitaria y de las Unidades Móviles). En el caso de esta red las profesionales precisaron que su implementación se realizó previamente a la demanda desde una lógica de equiparación de derechos básicos a las personas usuarias de sustancias de entornos rurales.

En otros territorios que no disponen de una red tan amplia, las profesionales participantes alertaron de personas usuarias de sustancias vinculadas a servicios de RDD que se desplazan entre municipios transportando material de inyección contaminado con el objetivo de depositarlo en un PIJ.

Adquirir material de inyección a través de las farmacias, sea porque están adheridas a programas PIJ o no, fue reportado por las personas usuarias como una mala experiencia. Todas coincidieron en que es habitual sufrir episodios de discriminación en estos establecimientos. Reportaron situaciones donde habían sufrido un trato diferencial respecto al resto de población y situaciones donde la farmacia se negó a la venta o dispensación de jeringuillas de 10ml. Una mujer relató una de estas experiencias en una farmacia situada en el centro de la ciudad.

“

Las farmacias son muy caras, es mentira eso de que te dan jeringuillas. Hasta 80 céntimos te cobran. Hay muchas farmacias de cerca de narcopisos que no te dan chutas porque no quieren yonkys dentro. Y solo te dan la [jeringuilla] gorda. Es por la clientela que hay, los guiris, extranjeros y claro que te vean con una jeringuilla pues joder... yo creo que los guiris se tiran para atrás, se van y ya no compran”

Mujer. Vinculada a Servicios de RDD. Cataluña.

Profesionales y usuarias reportan que, dentro del propio colectivo de usuarias, se han desarrollado estrategias de supervivencia donde algunas personas asumen el rol de dispensadores, proveyéndose de parafernalia higiénica y, posteriormente, vendiéndola en franjas o lugares donde las personas usuarias no tienen acceso a esta prestación. Una mujer usuaria lo relataba de la siguiente forma.

“

Están los que venden las chutas por la calle a 1€, puedes conseguirla 80 céntimos también si te conocen. Van dando vueltas y vendiendo kits. En los narcopisos te dan las chutas a veces gratis o te las venden. Hay gente que se gana la vida así... pero...”

Mujer. Vinculada a Servicios de RDD. Cataluña.

Las profesionales de Barcelona manifestaron que desde hace unos años algunos PIJ han implementado la distribución de parafernalia higiénica para el uso de la vía inhalada (pipas) reportando muy buenos resultados. Algunos profesionales de fuera de Cataluña desconocían esta experiencia y valoraron muy positivamente la implementación universal de dispensación de estos materiales en todos los PIJ estatales. Las personas usuarias familiarizadas con esta prestación específica mencionaron la siguiente experiencia.

“

Lo de las pipas sí ha sido un gran invento. Yo no he vuelto a fumar en botella. Esto sí que cuando está cerrado [el servicio] no hay manera de conseguirlo. Yo a veces digo, pues me lo pincho porque lo de la botella sucia del suelo... lo siento, ya no puedo.”

Mujer. Vinculada a Servicios de RDD. Cataluña.

Todas las personas usuarias y profesionales coincidieron en que el PIJ debería ser un servicio disponible en todos los territorios de cobertura 24/7. Las personas usuarias reportaron prácticas no higiénicas y compartir jeringuillas cuando no tienen acceso a parafernalia higiénica.

“

Hay mucha gente que por la culpa de no tener jeringuillas coge cualquier cosa. Gente que se pone con que tiene mono, que tiene ansiedad... se ponen históricos o histéricas... les da igual todo, si te has pinchado tu antes, si no te has pinchado... cogen lo que pillan y se meten el pico.”

Mujer. Vinculada a Servicios de RDD. Cataluña.



## 4.5. PROFESIONALES

La descripción de la situación actual en la que se encuentran las personas que trabajan en servicios y/o programas de RDD y la identificación de elementos de mejora fue abordada en las entrevistas semiestructuradas a profesionales expertos y en ambos grupos focales constituidos por profesionales. La visión de las personas usuarias respecto a las profesionales que trabajan en los servicios y/o programas de RDD también fue recogida.

Las profesionales y personas expertas coincidieron que la RDD se encuentra en un momento de cambio generacional, situando este aspecto como oportunidad para la reflexión y la incorporación de nuevos aspectos. Durante una de las entrevistas individuales un profesional experto describía el contexto actual.

“

En la RDD tienes gente que viene de los 80, 30-40 años haciendo reducción de daños que están más quemados que todas las cosas, y después tienes unos muchachitos de 25 años. ¡Hay gente 20 años por delante de nosotras que empezó a montar el tinglao cuando nada de esto existía! Y montaron un modelo que puede ahora funcionar mejor o peor, pero ha sentado la capacidad de respuesta. Han hecho cosas que eran inimaginables. Y esto se hizo así, una caja con jeringuillas y a partir de ahí acción pequeña, acción pequeña, súbelo para arriba hasta el nivel institucional que se ha llegado. Hemos de entender que estos cambios generacionales lo que llevan son preguntas muy potentes que empujan la capacidad de hacer una revisión muy guay. Hay que tener la capacidad de escuchar. Y luego también compartir las experiencias. No hay que reinventarlo todo.”

Sociólogo, experiencia en políticas europeas RDD. Países Bajos.

La mayoría de personas profesionales participantes indicaron que los equipos en los que trabajaban estaban constituidos por educadoras sociales, trabajadoras sociales y psicólogas. En el caso de los servicios que disponen de programas de salud, estos incluían las figuras de auxiliar de enfermería, enfermería y medicina de familia. Únicamente una profesional de Barcelona reportó presencia de médica psiquiatra en el servicio que trabaja.

Las profesionales identificaron como prioritario la inclusión del abordaje de la salud mental y salud sexual desde los servicios y/o programas de RDD. Consideraron esencial la incorporación de médicas psiquiatras con formación en perspectiva de género en las SCS, Centros de día RDD y en Servicios Residenciales y formación en

salud mental en general en los equipos, específicamente en el abordaje del evento traumático.

Con relación a la salud sexual y reproductiva destacaron la necesidad de formación específica en este campo y la adquisición de competencias culturales LGTBIQ+. Se subrayó que esta necesidad se ha visibilizado tras los esfuerzos realizados en incorporar la perspectiva de género y tras el reciente acceso a los servicios y/o programas de RDD de las personas que practican chemsex. Un profesional experto en salud sexual en este colectivo indicaba que la formación en salud sexual debe acompañarse de sensibilización y de voluntariedad para incorporarla en la práctica diaria.

“

Todavía depende de que los profesionales estén motivados, se formen y que quieran ofrecer esta atención [en salud sexual]. Hay muchas cosas a aprender. Cuando hablamos del tema de sexualidad también nos tenemos que plantear la sexualidad general, la propia sexualidad... y eso a nivel profesional a veces choca, choca. Hemos de formarnos y acostumbrarnos a hablar de sexualidad.”

Psicólogo, experiencia salud sexual en colectivo LGTBIQ+. Galicia.

Todas las personas estuvieron de acuerdo con que el campo de la RDD les era desconocido previamente a su primera experiencia laboral en algún servicio y/o programa de este campo. A pesar de que las profesionales pertenecientes a la administración señalaron que, en algunos currículums formativos de grado, como enfermería, se imparte un seminario específico sobre RDD asociados al uso de sustancias, ninguna profesional participante reportó haber recibido esa formación durante sus estudios de grado. Indicaron que esta carencia impacta directamente sobre los profesionales que deben asumir, más allá de sus funciones ordinarias, la formación constante a nuevas personas que se incorporan. Aún así, todas las profesionales participantes coincidieron en que existen habilidades de la RDD de difícil transmisión. Un profesional lo relataba de la siguiente forma.

“

“Si la RDD estuviese en las universidades se abriría una posibilidad de dotar de herramientas adecuadas para procesos más normativos o institucionalizados. Pero... no solo es una cuestión de conocimiento, de repente tiene que ver con tu manera de sentir, de vivir... El problema que es que se acaba convirtiendo en esto, no tienen formación y ciertas habilidades no se pueden enseñar.”

Educador Social; Cataluña;  
experiencia en RDD y sinhogarismo.



## BURN-OUT

En ambos grupos focales donde los participantes fueron profesionales se les preguntó por aquellas funciones que relacionaban mayoritariamente con el desgaste profesional o *burn-out*. En materia de categorías profesionales coincidieron en que no hay figuras sobre las que impacte un mayor desgaste. Una profesional expresaba “la reducción de daños es desgaste, todas las funciones queman, eres un muro de contención por todos los frentes”. Aspectos de esta observación son coincidentes con la mirada que aportaba un usuario participante que recientemente había accedido a un servicio de RDD. De su relato se extrae que relaciona el trato recibido con el desgaste del equipo profesional.

“

La sensación de que es que están cansados los profesionales... porque llevan muchos años... engaños... gente... tal... entonces llegas tú de nuevas y ves que no tienen paciencia... pero no puedes meter a todo el mundo en el mismo paquete...”

Hombre; Sevilla; vinculado a servicio de RDD

En ambos grupos de profesionales se destacó que las personas que ocupaban cargos de coordinación de servicios y/o proyectos expresaron que el desgaste que ellas sufrían era diferencial al del resto de profesionales. No profundizaron ni aportaron detalles.

Todas las profesionales coincidieron en que dentro de la atención y acompañamiento a las personas que utilizan sustancias se reproduce un sistema de clases donde la RDD ocupa el escalón más bajo. Expresaron que esta jerarquización opera bajo el mismo eje de desigualdad que la condición de ser usuaria de sustancias, recibiendo mayor reconocimiento la prevención o el tratamiento orientado a la abstinencia.

Añadieron que, más allá de esta escala de carácter moral, consideraban que la RDD es una disciplina que presenta corto recorrido, sobre la que se cuestiona su rigurosidad científica, eficacia y efectividad; exigiéndoles de una constante pedagogía externa. El impacto de estas circunstancias fue señalado en **falta de credibilidad y falta de reconocimiento** percibido por parte del resto de profesionales del propio campo, por parte del resto de las redes básicas y por parte de la comunidad. Las profesionales lo relacionaron con la desmotivación, el aislamiento y el desgaste profesional.

“

Es una batalla continua poder derivar a alguien, vender el producto bien vendido, justificar un trastorno mental severo, si es un trastorno de personalidad ya nada... es pegarte contra un muro todo el tiempo. Yo además notaba estigma sobre mi... esto igual suena raro... por parte mis compañeros de psiquiatría, sensación de incredulidad, como si no valorasen la RDD, como si fuese una cuestión de hippies...”

Médica psiquiatra, experiencia en RDD y salud mental.  
Cataluña.

“

Quando explicas a gente cercana donde trabajas lo ven como algo donde nadie quiere trabajar. Porque claro, hablamos de violencias diarias y mal pagado, así que tú eres como una iluminada que quieres salvar el mundo.”

Trabajadora social, vinculada a servicios RDD. Cataluña.

Algunas profesionales indicaron que las personas usuarias vinculadas a la RDD presentan tal vulneración de derechos humanos que su trabajo diario de acompañamiento se concentra en la lucha por la garantía de éstos. Se reportaron **barreras en la articulación con el resto de redes básicas** centradas en la falta de recursos, falta de circuitos específicos y en elementos de discriminación y desigualdad hacia las personas que utilizan sustancias. Las profesionales indicaron que, en muchas

ocasiones, estas discriminaciones operan a través de la invalidación del criterio profesional. Todas las profesionales relacionaron estos elementos con el desgaste profesional.

“

Estar actuando y verte absolutamente solo. Parece que la gente lleve aquí un cartel que diga “búscate la vida, con este trastorno mental severo difícilísimo de manejar, mejor no lo derives”. Ocorre a la hora de coordinarte con circuitos de atención convencional o incluso con tus propios superiores. Es una cosa de decir “¿dónde están los pocos recursos?” Suena redundante el tema de pedir recursos, pero se tiene que decir. Es un sentimiento de soledad, es decir, “¿estoy entrando en un bucle interno chungo o es que a lo mejor aquí la gente no me cree o si no es que os importan un pepino las personas? Y con este sentimiento de soledad hay que convivir, pero... es que lo piensas y dices... que lo único que diferencia este caso del otro es que se droga.”

Enfermero. Experiencia en servicios de RDD, sinhogarismo y salud mental. Islas Baleares.

Algunas profesionales señalaron que, esta histórica restricción de acceso o posterior expulsión de los recursos de la red básica de atención basada en la condición de usar sustancias, ha provocado que se implemente en los servicios y/o programas de RDD una cultura de supervivencia basada en el “o lo hacemos nosotras o nadie lo hará”. Esta situación fue relacionada también con el desgaste. Un profesional lo describía de la siguiente forma.

“

Los equipos atienden múltiples características para las que muchas veces no estás preparados, pero es que sabes que no hay alternativa a que lo atiendas. Al final pues vas aprendiendo a que esto puede generar mucho desgaste”.

Educadora Social, vinculada a servicios de RDD, género y sinhogarimo. Cataluña.

Las **condiciones laborales** fueron un aspecto sobre el que las profesionales pusieron el foco en múltiples ocasiones. Describieron estas malas condiciones como riesgos laborales no contemplados, bajo salario y no equiparación de condiciones laborales entre los diferentes servicios y/o programas dentro territorio estatal y municipal, aún realizándose exactamente las mismas tareas. Las participantes coincidieron en que los elementos de peligrosidad y riesgo a los que se exponen en su puesto de trabajo no están correctamente valorados, y, en consecuencia, no quedan recogidos en las condiciones laborales. Reportaron sobreexposición a la violencia y a la transmisión de enfermedades, este último aspecto fue

señalado especialmente por profesionales vinculadas a servicios que disponen de SCS.

Todas las mujeres profesionales que estuvieron embarazadas mientras trabajaban en servicios y/o programas de RDD compartieron las dificultades en el reconocimiento de estos riesgos que suponía desempeñar sus funciones habituales. Una profesional que abandonó la red de RDD, relataba su experiencia comparándola con las condiciones laborales de las personas que trabajan en centros penitenciarios.

“

El equipo se organizó para que yo hiciera el máximo de tareas en despacho versus enfermería, reducir gestión de conflictos... que los tuve que gestionar jeh!... he vivido situaciones donde me han sacado una navaja con toda la panza... Por ejemplo, tú estás en salud mental penitenciaria y a las 13 semanas ya te mandan para casa. Y en prisión es mejor, tienes peña de seguridad por todos lados, la gente está super medicada... yo creo que a nivel de riesgos estas más expuesta en RDD... hace falta que se haga una buena valoración de los riegos, no puedes estar sujeta al azar.”

Enfermera, experiencia en RDD. Cataluña.

Algunas mujeres profesionales relataron dificultades para la conciliación emocional en el ámbito privado, una de ellas que, actualmente, no trabaja en la red de RDD pero que sigue vinculada a la red de atención a las adicciones, lo equiparaba a trabajar en urgencias hospitalarias.

“

Pasas de estar haciendo de madre, aplicando todo el rato una educación asertiva, emocional, no violenta... al estrés continuo, que es como estar trabajando en urgencias, pero cobrando mal, que es todo bum-bum-bum... y encima violencia y contención... a mí ya me chirriaba, no me calzaba con la vida personal que tenía... y decidí cambiar.”

Psicóloga; Cataluña; experiencia laboral en servicios RDD.

Ningún profesional hombre expuso dificultades en la conciliación de la paternidad con la vida laboral trabajando en algún servicio y/o programa de RDD ni relató ningún riesgo específico relacionado con el género.

La mayoría de dispositivos fueron descritos por las profesionales con adjetivos como “degradados” y de “clima hostil”. Estas **características ambientales** de los dispositivos también fueron relacionadas con las malas condiciones laborales, con inestabilidad laboral y con falta de credibilidad por parte de la administración en la RDD. Una profesional realizaba la siguiente descripción.

“

Los servicios de RDD son cutres. Dan sensación de falta de continuidad, de falta de dignidad... en el momento que la administración quiera pues se baja la persiana. Igual que se hace con las mezquitas en los garajes. Esa sensación de temporal. En verano hace un calor que te mueres, y en invierno frío. Esta cutrería que tiene todo va de la mano de la importancia que se le da desde la administración.”

Trabajadora Social, experiencia en servicios de RDD y en Servicios Sociales. Cataluña.

El impacto histórico de la caridad y voluntariedad en la atención social, las similitudes respecto a la lucha de derechos humanos que realizan diariamente con el activismo, la falta de reconocimiento académico y de iguales, y, el desconocimiento sobre el modelo y enfoque de RDD por parte de la administración, resto de redes y profesionales fueron identificados además como factores asociados. La principal consecuencia que observaron relacionada con las malas condiciones laborales fue el desgaste profesional y la elevada rotación de personal que ocurre en los equipos profesionales.

A pesar de los aspectos comentados hasta ahora, la **sobreexposición a la violencia** fue señalada por las profesionales participantes como principal elemento relacionado con el desgaste o *burn-out* profesional. Cabe mencionar que uno de los grupos focales se interrumpió porque una profesional tuvo que abandonarlo durante 20 minutos ya que el servicio estaba recibido disparos de una pistola de fogeo y la profesional tenía que desplazarse a un espacio de mayor seguridad.

Se describieron los servicios como lugares masculinizados, donde el modo relacional es la violencia, relatándose situaciones de homofobia, transfobia y violencia machista. Las profesionales señalaron que este modo relacional es un mecanismo adaptativo fruto de las múltiples violencias físicas, psicológicas y estructurales que sufren las personas usuarias, especialmente si se encuentran en situación de vulnerabilidad y marginalidad. Además, añadieron que es precisamente en este aspecto donde sitúan la barrera de adherencia para poblaciones no hegemónicas. Una profesional con larga trayectoria en diferentes servicios de RDD realizaba la siguiente descripción.

“

“Son lugares donde ocurre mucha violencia, la violencia está presente en todo, en las caras, en los cuerpos, en las interacciones, cuando salen y vuelven, en sus formas de obtener ingresos, en todo lo que les pasa hay violencia. Vas a tener que atender una realidad cruel.”

Educadora Social vinculada a servicios de RDD, sinhogarismo y género. Cataluña.

Esta sobreexposición a la violencia fue reportada tanto en el interior de los servicios como en la comunidad. Una profesional con larga experiencia en Equipos de Intervención Comunitaria realizaba el siguiente relato sobre las condiciones en que se encuentra el espacio público, el cual es su entorno laboral diario.

“

Son entornos de mucha violencia, de mucho consumo, donde hay sangre, donde hay de todo... estar siempre en lugares degradados a ese nivel... pues hay algo que te consume, que te merma.”

Educadora Social con experiencia en servicios de RDD, sinhogarismo y protección a la infancia. Islas Canarias.

Algunas profesionales indicaron que la escucha y contención repetitiva de mensajes discriminatorios hacia las personas usuarias por parte de las personas miembros de la comunidad también repercute directamente sobre este desgaste. Se relataron situaciones de cuestionamiento y desprestigio de la labor profesional (eficacia, formación específica) por parte de la comunidad. Una profesional reportó la experiencia de haber sido víctima de delito de odio a través de redes sociales tras realizar una intervención en un equipamiento comunitario en la ciudad de Madrid.

Muchas de las profesionales participantes indicaron que no disponen de agentes de seguridad privada en los servicios, únicamente 2 servicios en Barcelona reportaron disponer de esta figura. En estas condiciones, la seguridad depende de las fuerzas del orden públicas. Todas las participantes reportaron malas experiencias en la atención de urgencias en términos de seguridad por parte de la policía. Una profesional de Sevilla compartía la siguiente experiencia donde, tanto el manejo del conflicto violento como la gestión emocional posterior recaía sobre el equipo profesional. En este relato se observa como la figura de supervisión externa se sitúa como posible mejora con relación al impacto emocional en las profesionales.

“

Hay conflictos tan heavies como que te revienten la sede, ¿no? Que te peguen un zarandeo de los de verdad... nosotros por ejemplo no tenemos seguridad, la policía si llamamos pues ya nos conocemos que tardan 3 horas en venir. Eso es una locura: saca tu a todas las personas, que la personas se quede ahí sola, que reviente la sede y ya la policía para cuando venga ya ha reventado la sede o a quien sea. Entonces eso es un agotamiento, un nivel de estrés que ya te deja agotada para para todo el día, pero para el día siguiente y el siguiente... hasta que se te olvide. Necesitamos una persona que nos dinamice y nos dé herramientas adecuadas para bajar en esos momentos porque es que llegas a tu casa frita, ósea ya no tienes más vida ese día. Si a eso le sumas los sueldos no están bien pagados, el sistema no te valora, se va todo en alquiler...”

Trabajadora Social vinculada a servicio de RDD. Sevilla.

Las profesionales participantes también hicieron hincapié en las diferencias en el grado de exposición a la violencia según género de la persona profesional. En el caso de los hombres profesionales señalaron que observan una mayor exposición de las mujeres a la violencia, así como un ensalzamiento de los estereotipos de género hacia ellos. Algunas profesionales reportaron desarrollar estrategias de protección en términos de género, tales como realizar las atenciones individuales acompañadas por otra profesional o evitar el uso de determinadas prendas de ropa en el trabajo. Una profesional relataba de la siguiente forma esta diferencia y señalaba a la estrategia de cuidados entre iguales, como principal respuesta desarrollada ante la falta de supervisión externa.

“

Es sobreexposición a la violencia y a por poner el cuerpo ¿y qué cuerpos? Porque las que estamos aquí casi todas somos mujeres, y sabemos que eso tiene otro impacto. Pero no solo estar expuestas a escenas de violencia constantes en las que tú puedes mediar o estar implicada directamente, sino la falta de acompañamiento y acogida a todas estas experiencias. Qué bueno que parece que sí que cada vez hay más supervisiones, pero hay muchas ausencias... por ejemplo ese impacto emocional de lo que hemos vivido recae en compañeras que además nos han acompañado.”

Educadora Social; experiencia en servicios de RDD y género. Euskadi.

Algunas profesionales relataron experiencias de violencia vividas en el entorno laboral que requirieron atención y seguimiento psicológico a posteriori. Se incidió en

que algunas de estas situaciones entran en contacto con experiencias traumáticas previas del propio individuo, de las personas usuarias involucradas y además pueden presentar características potencialmente traumáticas.

“

A la reducción de daños le toca hablar de trauma. De los traumas previos nuestros por supuesto, los traumas de las personas usuarias y de los traumas que podemos desarrollar trabajando. Un criterio para desarrollar trastorno por estrés post-traumático es estar expuesto a situaciones doloras y violentas en el trabajo. Entonces hay que hablar de trauma, y no solo hablar, entenderlo y atenderlo en las personas con las que tratamos, trauma y retraumatización.”

Psicóloga, experiencia en servicios de RDD y tratamiento. Cataluña.

Esta sobreexposición a la violencia fue relacionada por las profesionales con un aumento del aislamiento social y con sentimientos de soledad y frustración. Tal y como se ha comentado anteriormente, la principal estrategia de afrontamiento que reportaron haber desarrollado fue el apoyo entre iguales. Describieron que, en la mayoría de los casos, este apoyo ocurre fuera del horario laboral, debido a que no disponen de espacios de desahogo y ventilación emocional durante su jornada. Algunas profesionales reportaron el uso de alcohol y otras sustancias como estrategia de reducción del estrés post-exposición. El siguiente relato de una profesional participante ejemplifica esta estrategia.

“

Entonces sí es común salir de trabajar y según la situación que has vivido... por ejemplo la gente que lo ha vivido contigo, lo que has vivido, la magnitud de impacto de la violencia o emocional.... Yo creo que sí, que te acabas relacionado con la gente que trabajas, por eso mismo, por comprenderte, por apoyarte mutuamente. También a veces añadiendo igual el alcohol como depresor accesible post trabajo.”

Trabajadora Social, vinculada a servicios de RDD y sinhogarismo. Cataluña.

Las profesionales participantes indicaron que la incorporación de la supervisión de casos desde una perspectiva técnica mejoraría la práctica profesional, fidelizaría referentes dentro de los servicios y permitiría la generación de experticia.

“

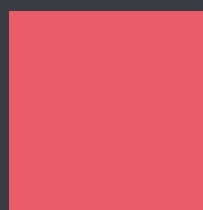
Una de las cosas que más me llama a mí la atención al entrar a trabajar fue esa falta de supervisión externa que para mí es fundamental. Que a partir de casos pudiese existir un espacio donde los profesionales pongamos nuestras experiencias positivas, negativas y que haya una supervisión externa que te haga ver... en el fondo una de las cosas que genera más burn-out es la falta de un marco establecido de actuación profesional.”

Médico de familia, vinculado a servicios de RDD y atención primaria. Cataluña.

También hicieron hincapié en que debería incorporarse en la planificación de funcionamiento de los servicios y/o programas de reducción de daños sesiones de cuidado de equipos. Algunas profesionales de Cataluña y Galicia reportaron experiencias exitosas de este tipo de acompañamiento, puntualizando que, la profesional que asuma esta función debería estar formada o disponer de experiencia en uso de sustancias, reducción de daños y exclusión social.

5

# RESULTADOS



A continuación, se describen los resultados de la investigación siguiendo la misma estructura en la que se presentó el análisis cualitativo. Se dividen en cinco bloques: Reducción de Daños, Poblaciones, Patrón de Consumo, Servicios y Programas, y, Profesionales.

## REDUCCIÓN DE DAÑOS: MODELO Y DAÑOS

El modelo de reducción de daños (RDD) aplicado en la política de drogas estatal desde finales de los años 80 fue el primer aspecto abordado con las personas participantes. Las profesionales participantes destacaron de la definición de RDD la mirada pragmática que propone ante políticas anteriores basadas en la eliminación de las sustancias psicoactivas. Este aspecto fue coincidente con la literatura (Romani 1989; Andreo et al, 2013; Klein 2020; Rovira 2018).

Destacó la idea compartida de que después de un tiempo trabajando en RDD las profesionales perciben que *“la reducción de daños es una filosofía de vida”*. Las profesionales participantes, que actualmente trabajan en la red básica de atención, hicieron hincapié que metodológicamente mantienen la aplicación del modelo de RDD en términos de: reducción de la discriminación que puedan sufrir las personas a las que atienden, objetivos pragmáticos y reducción de las posibles conductas de riesgo asociadas.

La bibliografía consultada y los relatos de las personas participantes describieron el mismo contexto inicial de aplicación de las políticas, programas y servicios de la RDD en España: epidemia VIH/SIDA, elevada presencia de hombres que utilizaban heroína vía inyectada, elevada morbilidad asociada e imaginario social colectivo de la persona usuaria de sustancias como vaga, delincuente y enferma. Se observó que, fruto de la herencia de la aplicación del modelo anterior de tipo biomédico y de este imaginario social, en las personas usuarias sigue vigente autodenominarse como *enfermas*. En algunos relatos se pudo evidenciar que esta condición podía estar influyendo en su autoestima y su motivación al cambio. Esta consideración fue descrita por Romaní et al. (1989) como un elemento de preocupación, ya que la aplicación de este marco teórico biomédico conllevaba que las personas usuarias sintiesen que la responsabilidad de la *“cura de la enfermedad”* recaía sobre las instituciones, disminuyendo su condición de sujetos protagonistas del cambio.

Las profesionales indicaron que los primeros servicios y/o programas de RDD se diseñaron para dar respuesta al grupo poblacional de mayor visibilidad: hombres, blancos, españoles, de edad media, usuarios de heroína vía inyectada. La invisibilidad en esos diseños de grupos poblacionales oprimidos históricamente (por ejemplo, mujeres, no nativos, jóvenes o mayores) fue señalada como principal barrera para adaptar los servicios y/o

programas existentes al nuevo contexto. Reportaron que actualmente observan uso de diferentes sustancias, vías y poblaciones que no están accediendo a la RDD. Otras barreras señaladas fueron la falta de contacto con buenas prácticas que ya estén implementándose a nivel estatal o internacional, la falta de formación específica, el choque generacional dentro de los propios equipos y la desmotivación asociada al agotamiento de las propias profesionales. En términos generales se describieron dos propuestas para adaptar los servicios y/o programas de RDD: flexibilizar los diseños existentes y un aumento de recursos.

De elevada preocupación fue la detección de que el término y significado de *“reducción de daños”* era desconocido por todas las personas usuarias participantes en esta investigación. Intuitivamente determinaron que debía estar relacionado con la reducción del uso de sustancias.

Tras el análisis se extrajo que utilizar las Salas de Consumo Supervisado podía promover que las personas comprendiesen que la RDD no tiene por qué tener como objetivo finalista la abstinencia. Todas las personas que no habían utilizado nunca una SCS relacionaron el término *reducción de daños* con un acompañamiento en la reducción del uso de sustancias, diferenciándose del grupo anterior, en que en este caso el objetivo siempre es la abstinencia. También pudo observarse que las personas que provenían de países donde se aplicaban políticas prohibicionistas de mayor intensidad valoraban muy positivamente el modelo estatal, ensalzando aspectos de respeto y libertad sobre su propio uso de las sustancias.

La herencia del modelo biomédico también pudo observarse en muchas usuarias participantes que compartían sentimientos de frustración y fracaso por estar vinculadas a servicios y/o programas de RDD tras no haber *logrado* alcanzar objetivos de abstinencia en trayectorias previas de tratamiento.

En general se extrae que, en la actualidad las personas acceden a los servicios y/o programas de RDD tras haber fracasado todo el resto de sistemas de protección básica y/o haber fracasado un proceso previo orientado a la abstinencia. Este último aspecto es contrario a la definición general del modelo de la RDD (Andreo et al. 2013), donde los pilares (reducción de la oferta/demanda, prevención, reducción de daños y tratamiento) no se plantean como una secuencia lineal de proceso, sino como intervenciones que pueden realizarse de forma simultánea.

La necesidad de incorporación del enfoque de justicia social al modelo de RDD descrita en la literatura (Pauly 2008; Brocato 2003; Young 2001) fue un aspecto también señalado por las profesionales participantes. Se reportó como un elemento de gran preocupación la vulneración de derechos humanos que están sufriendo las personas por su condición de utilizar sustancias. La descripción de



la intensidad, opresión, violencias y discriminación descritas indican que actualmente en el territorio nacional esta condición está operando como un eje de desigualdad o intersección.

Estos aspectos de mejora descritos académicamente fueron abalados por las profesionales participantes quienes señalaron que perciben que la RDD se encuentra en un momento de cambio generacional que debe adaptarse a los nuevos procesos sociales que se acontecen.

Aún y así las profesionales indicaron que existe una jerarquía teórica dentro de la RDD, donde el status privilegiado recae en aquellas personas que utilizan servicios y/o programas de Reducción de Riesgos (RDR). Esta diferenciación entre daños y riesgos fue descrita como incómoda por parte de las profesionales participantes, indicando que genera desigualdades entre las personas usuarias y que las categorías responden más a cuestiones morales que no a evidencia científica. Esta desigualdad estaría aumentando el estigma que recae sobre las usuarias de servicios y/o programas de RDD.

De la misma forma que ocurría con el término *reducción de daños*, las personas participantes desconocían que existiese la reducción de riesgos. Intuitivamente indicaron que probablemente serían sinónimos. Esta aportación es de especial interés ya que las profesionales vinculadas a la red de salud sexual en colectivo LGTBIQ+ reportaron utilizar el término *reducción de riesgos y daños* desde un enfoque holístico donde la persona puede realizar conductas de riesgo en algún aspecto (uso de sustancias) y en conductas de daños en otros (prácticas sexuales) de forma simultánea.

Todas las profesionales coincidieron que la diferencia a efectos prácticos genera confusión en las personas usuarias de sustancias las cuales no siempre disponen de la información y conocimientos para determinar a qué red específica dirigirse.

En relación a la influencia de esta categorización en las diferentes intersecciones se destacó que riesgos se relaciona principalmente con personas jóvenes y de clase media/alta y daños con personas de mayor edad y en situación de pobreza. La RDR fue señalada como una estrategia efectiva que brinda la oportunidad de acompañar a personas menores de edad que utilizan sustancias. No se hizo referencia en ningún momento sobre si las mujeres acceden en mayor medida a una red o a otra, así como las personas migrantes y/o racializadas.

En relación a los daños que en la actualidad son objeto de atención desde la red de RDD las profesionales indicaron que la salud es la principal esfera afectada en las personas vinculadas a los servicios y/o programas. Desde todos los territorios representados se reportó que se está ofreciendo una cobertura óptima articulada entre la propia RDD, la red de atención primaria y la red de urgencias hospitalarias.

Aun y así dentro de esta dimensión se matizó que en los últimos años se observa un empeoramiento de la salud mental de las personas usuarias de sustancias relacionado con una carencia de protección social (por ejemplo, un aumento del sinhogarismo sin respuesta) y un aumento del uso de estimulantes. Se reportaron dificultades de coordinación y articulación con la red de salud mental centradas en la exigencia de voluntad y mantenimiento de procesos de abstinencia, la condición diagnóstica de trastorno mental severo, la falta de perspectiva de género en la sintomatología del estrés post traumático relacionado con ser víctima de violencia de género, y, la falta de credibilidad en el criterio diagnóstico de las profesionales de RDD. Estas dificultades estarían provocando que las personas usuarias de sustancias fuesen discriminadas en la atención a la salud mental universal. Como posibles respuestas se valoró positivamente la incorporación de médicas psiquiatras y psicólogas a los equipos de RDD y la formación en materia de RDD a las profesionales de esta red.

A la dimensión salud se precisó incorporar la salud sexual y reproductiva, especialmente en el caso de personas usuarias de sustancias que son mujeres, trans y no binarias. Así como orientaciones diferentes a la heterosexual.

La segunda esfera de mayor daño identificada fue la relacionada con la vivienda. El aumento del número de personas que vive en la calle en el territorio estatal descrito en la literatura (Sales 2015; De Ines et al. 2017) fue corroborado por parte de personas usuarias y profesionales. Estas últimas indicaron que los servicios se ven desbordados por el aumento de este grupo poblacional y la falta de respuestas adecuadas.

Profesionales de Madrid reportaron buenos resultados de servicios residenciales de emergencia que incorporan SCS de reducción de daños asociados al alcohol. En Barcelona también se reportó buenos resultados de un servicio residencial con enfoque de RDD que dispone de tres SCS diferenciadas. Estas experiencias integran respuestas combinadas al sinhogarismo y al uso de sustancias con modelo de RDD, y coinciden con lo reportado desde otros países europeos (Kasper, 2021) como buenas prácticas a reproducir por parte de las personas responsables de las políticas locales.

Se extrae que la condición de utilizar sustancias en personas sin hogar es un aspecto invisibilizado y minimizado en los conteos, reportes e investigación a pesar de que las profesionales indicaron que está limitando el acceso a la mayoría de recursos habitacionales y/o residenciales existentes. Esta exclusión aumenta la ya extrema vulnerabilidad en que se encuentran estas personas, que están expuestas a un mayor número de situaciones violentas que aquellas que disponen de hogar. Las personas usuarias que habían vivido en la calle reportaron experiencias de agresiones de grave violencia y dificultades

para interponer denuncias (tanto por el cuestionamiento de sus relatos como por la dificultad de identificar a las personas agresoras).

Usuaris y profesionales cuestionaron la efectividad del modelo escalera que aplican la mayoría de redes de atención al sinhogarismo en las grandes ciudades donde se coincidió que se detecta un tipo de proceso común caracterizado por la circularidad entre largos periodos de vivir en calle y estancias breves en servicios residenciales de urgencia. Se propuso la incorporación de nuevas alternativas como puede ser el modelo *Housing First* con enfoque de RDD y perspectiva de género, especialmente para personas que han vivido largos periodos en la calle.

La falta de red de apoyo y afectiva fue priorizada como tercer daño de mayor impacto en las personas que acuden a los servicios y/o programas de RDD. La magnitud del impacto del deterioro o carencia de este aspecto fue relacionada con los diferentes ejes de desigualdad, presentando mayor opresión aquellas poblaciones menos privilegiadas. Los hombres, blancos, nativos parecen preservar apoyo por parte de algún miembro de la red familiar (especialmente las madres). Se describieron relaciones funcionales basadas en la acogida habitacional temporal, apoyo económico de emergencia y soporte a la alimentación.

En el caso de las mujeres usuarias de sustancias se extrae que preservan algún miembro de la red familiar con quien mantienen una relación funcional pero también de apoyo, y que establecen habitualmente relaciones de pareja heterosexuales que oscilan entre la protección y la agresión. Las personas migrantes usuarias de sustancias fueron señaladas como el colectivo de mayor vulnerabilidad describiendo que el núcleo familiar suele mantenerse en el territorio de origen y en el territorio de llegada la nueva red suele constituirse principalmente por iguales. Además, el uso de sustancias puede haberse iniciado o incrementando tras el proceso migratorio, situándose como un elemento desconocido y/o ocultado por la persona a su red en el territorio de origen.

Las profesionales destacaron que no existe una tradición de trabajo con las familias señalando como causas la ley de protección y confidencialidad de datos y asumiendo que existe una tendencia a dar por supuesto que la inexistencia de red. Aún y así se puso en valor que ante situaciones de emergencia la red de RDD opera como nexo entre familias y personas usuarias.

Tanto el sinhogarismo como el aislamiento social fueron descritos con mayor impacto en personas residentes en territorios urbanos respecto a personas que habitan en territorios rurales. Esta diferencia se relacionó con que, en lugares con menor número de habitantes, la persona a pesar de ser excluida sigue siendo reconocida como miembro de la comunidad, beneficiándose, por lo tanto, de diferentes estructuras de apoyo de informales.

Todas las personas profesionales mostraron su gran preocupación por el impacto de la violencia y discriminación que atraviesa a las personas usuarias de sustancias. Se identificó relatos de experiencias de violencia estructural, institucional, comunitaria, familiar y afectiva. Todas las personas usuarias participantes expresaron haber sido víctimas de violencia recientemente, observándose el desarrollo de estrategias protección y afrontamiento basadas en la supervivencia.

Cabe destacar que se extrae que los propios servicios de RDD son espacios no seguros para las personas usuarias de sustancias ya que el sistema relacional que opera está basado en la violencia. Además, señalaron específicamente, la preocupación por la violencia que sufren las mujeres víctimas de violencia de género por parte del sistema de protección; el cual no las está considerando como sujetos de pleno derecho, ya que condiciona la protección al abandono del uso de sustancias.

## POBLACIONES

Se extrajo que actualmente en el territorio estatal existe un grupo poblacional que es el principal beneficiario de los servicios y/o programas de RDD. Estas personas fueron caracterizadas como hombres, heterosexuales, de edad media, nativos, en situación de sinhogarismo, que utilizaban el alcohol, algún/os fármacos psicotrópicos, cocaína y/o heroína vía inhalada. En el caso del territorio catalán se detectó que, a pesar de utilizar las mismas sustancias, el número de personas que utilizan la vía inhalada se equiparaba al que utiliza la vía inyectada.

Aplicando un análisis de carácter interseccional se evidenció que dentro de la población que accede a los servicios y/o programas de RDD opera un eje de desigualdad, donde este grupo es el privilegiado. En el otro extremo del eje, se describieron dimensiones de opresión de diferente intensidad relacionadas con ser mujer, no heterosexual, ser joven o mayor, haber realizado proceso migratorio, vivir en la calle, utilizar otras sustancias u otras vías de administración.

La clasificación de estas categorías responde a las mismas desigualdades, que también se reproducen en otros contextos, a razón de la aplicación hegemónica de los modelos prohibicionista, patriarcal y neoliberal. Su vigencia provoca experiencias de discriminación. En muchas ocasiones, al tratarse de personas en extrema vulnerabilidad la gravedad del impacto de estas violencias fue de especial preocupación entre las personas participantes, situando las consecuencias en la vulneración de los derechos humanos. Este dato es coincidente con lo reportado en la literatura por Romo (2005) y Meroño (2019).

La condición de vulnerabilidad identificada mayormente fue la relacionada con el eje sexo-género, situándose

siempre a las mujeres en un lugar inferioridad respecto a los hombres. Se visibilizaron dos opresiones. La primera opresión se situó en el ámbito de las relación sexo-afectiva, donde en el caso de relaciones heterosexuales, el hombre siempre ocupa la posición de poder. La mayoría de las participantes señalaron que es una tónica habitual la detección y actuación sobre la violencia de género tras agresiones de extrema gravedad (agresiones físicas y sexuales, intentos de homicidio, secuestros). Además, se identificó la violencia institucional que se ejecuta sobre estas mujeres, a quienes se les está condicionado el acceso a los circuitos de protección (en ocasiones imprescindible para garantizar la supervivencia) a procesos terapéuticos orientados a la abstinencia. Las profesionales hicieron hincapié en la falta de formación específica en violencia de género y uso de sustancias, así como sensibilidad por parte de esta red básica. Señalaron que además estas mujeres habitualmente presentan trayectorias vitales con eventos potencialmente traumáticos, donde el uso de sustancias ocupa una función que debe ser comprendida e integrada para una óptima atención. Ante esta grave vulneración de derechos, la red de RDD está generando respuestas propias, como son, la incorporación de plazas de urgencia en un servicio residencial o la implementación de servicios no mixtos donde se garantiza la seguridad de la víctima.

Una segunda opresión identificada se situó en el ámbito de la maternidad. Tal y como describe Altell (2022) la maternidad es una de las cuestiones donde se ha hecho más evidente el estigma que sufren las mujeres usuarias de sustancias. Su abordaje parte de una mirada esencialista que considera que la capacidad para materner es algo inherente a la femineidad, siendo penalizado socialmente transgredir esta norma. En este caso el "fallo" de estas mujeres es utilizar sustancias. En este aspecto se observó una diferencia sobre los hombres usuarios de sustancias, evidenciándose que se trata de un mandato que recae específicamente sobre las mujeres. Ninguna participante reportó la existencia de respuestas específicas a esta problemática detectada.

Las usuarias participantes señalaron que quizás sea la principal barrera de acceso de este colectivo a los servicios y/o programas de RDD, pues este acabada siendo libre de castigo únicamente para las mujeres que no tienen hijas o hijos, o para aquellas que no tienen a su cargo la custodia de estas o estos.

Una tercera opresión identificada se situó en la vivienda. El sinhogarismo femenino es menos visible y las políticas de atención a personas sin hogar han definido carteras de servicios y metodologías de intervención que se adaptan mejor a las necesidades y estilos de vida masculinos (Sales et al. 2017). Las profesionales indicaron que a pesar de que el número de mujeres vinculadas a los servicios y/o programas de RDD que viven en la calle es menor que el de los hombres; la mayoría de ellas se encuentra en situación de sinhogarismo. Confirmaron

que la red de sinhogarismo no se adapta a sus necesidades, viéndose en muchas ocasiones, obligadas a permanecer en vivienda insegura como única alternativa a la calle. Desde la red de RDD se reportó como buena práctica la metodología de implementación de la perspectiva de género de forma transversal en un servicio residencial de Barcelona realizada con asesoramiento de una profesional experta en género y uso de sustancias, quien además realiza funciones de supervisión de casos con perspectiva de género.

Coincidiendo con lo reportado por algunas autoras como Altell (2022), Meroño (2019), las profesionales indicaron que se evidencian diferencias en el uso de sustancias entre mujeres y hombres, como, por ejemplo, las motivaciones de inicio, los significados, la tipología de sustancias, las formas de uso, los problemas de salud asociados, el impacto sobre las diferentes esferas vitales y el castigo social por incumplir la norma. Las mujeres usuarias participantes no estuvieron de acuerdo con esta afirmación, pudiendo estar relacionado con la histórica falta de mirada de género en nuestra sociedad.

Se ha descrito ampliamente que la incorporación de la perspectiva de género es la respuesta óptima para acompañar desde la diferencia y poder disminuir la desigualdad sexo-género (Altell, 2022; Llorca et al. 2013; Meroño, 2019; Romo, 2005; Sales y Guijarro, 2017). Las personas participantes reportaron que desde hace unos años se han realizado múltiples esfuerzos en la incorporación de acciones positivas, tales como, franjas de horarias de atención no mixta, espacios de atención individual o grupal no mixtos, talleres de salud con temáticas específicas, adecuación de las normativas, formación e incorporación de profesionales con competencias específicas. A pesar de los buenos resultados observados, señalaron que las principales barreras que detectaban en su implementación se relacionaban con que se trataría de un enfoque no siempre priorizado en la actividad diaria de los servicios y/o programas, y que, era habitual la aplicación intervenciones de tipo aislado y no de carácter transversal.

Otra condición de vulnerabilidad que se identificó fue la relacionada con el eje de desigualdad de la edad, situándose a las personas jóvenes o mayores en un lugar inferior que a las personas de mediana edad. Observando la intersección edad y uso de sustancias dentro del campo de la RDD, los límites de discriminación estarían operando con edades inferiores a los 18 años y superiores a los 45 años.

La opresión en las personas menores de edad fue descrita por la imposibilidad de acceso a la red de RDD. Las profesionales participantes señalaron que no existe una argumentación consistente alrededor de esta norma, pues los informes estatales sobre uso de sustancias indican que la edad de inicio se sitúa en la etapa adolescente y los informes de actividad de los centros ambulatorios

reportan inicios de tratamiento en personas de 18 años. Este vacío asistencial podría estar relacionado con la supremacía aplicativa del modelo de protección del menor, el cual no estaría aplicando un enfoque pragmático respecto al uso de sustancias.

Coincidiendo con lo reportado por Johnston et al. (2017) las profesionales reportaron haber detectado en todos los territorios estatales un grupo poblacional constituido por personas mayores de 45 años, que presentaban larga trayectoria de uso de sustancias, que en la actualidad utilizaban alcohol, heroína o cocaína vía inyectada y/o inhalada, en situación activa de tratamiento sustitutivo de opiáceos, con escasa red de apoyo social y familiar, quienes además, presentan un estado de salud de mayor deterioro que la población general de su misma edad.

La primera opresión se situó en relación a los recursos económicos. Las personas mayores de 65 años, con quien la literatura les equipara en términos de necesidades de salud y sociales, estarían recibiendo apoyos y cuidados específicos desde la red de atención a personas mayores. El criterio de acceso a esta red estaría centralizado principalmente en la edad, siendo este un factor inmodificable y provocando en consecuencia que este grupo de personas usuarias quede discriminado. Una opción que dispondrían para la cobertura de estas necesidades sería accediendo a recursos situados en la red privada. Las profesionales indicaron que la falta de recursos económicos de estas personas les imposibilita beneficiarse de estas prestaciones. El otro recurso que dispondrían es que fuese la red familiar quien realizase estos cuidados. Las profesionales señalaron que, por diferentes motivos, en la mayoría de los casos, esta red no puede asumir estos cuidados.

Las personas usuarias participantes mostraron resistencias a proyectarse en este escenario posiblemente movilizadas desde el miedo. Las mujeres migrantes dibujaron un escenario con menor uso de sustancias, que les posibilitase el retorno a la comunidad de origen instalándose en las propiedades familiares.

Esta situación fue descrita con preocupación por parte de las personas profesionales indicando que es la red de RDD es quien de forma precaria estaría asumiendo esta labor. Se expresó que, desde un lugar inmediato, se observaba la necesidad de formación específica en las propias profesionales de la red de RDD sobre personas mayores y adicciones. A medio plazo las profesionales indicaron la red de atención a personas de mayores debería incorporar competencias específicas en el abordaje de las personas que utilizan sustancias, con el objetivo de prevenir una futura instauración donde el uso de sustancias de nuevo se convierte en un nuevo condicionante de acceso.

Las opresiones descritas además adquirirían mayor

intensidad en el caso de las mujeres quienes presentan problemas de salud asociados diferenciales y sobre quienes además socialmente recae el mandato de cuidadoras. Estas mujeres de 45 años estarían siendo castigadas por vulnerar la norma social de asumir la responsabilidad del cuidado sobre sus mayores. Si además son madres, estarían vulnerando una doble responsabilidad, pues tampoco se las considera “capacitadas” para el cuidado de sus hijas o hijos.

También cabe señalar la mayor opresión en la que se encontrarían las personas migrantes en situación irregular, quienes además a veces no disponen ni de documentación identificativa. Estos aspectos implican no acceder a subsidios económicos, viéndose excluido el acceso a la red de atención de mayores. En consecuencia, se ven relegada exclusivamente su atención y acompañamiento a situaciones de emergencia asumida desde la red de salud.

Otra condición de vulnerabilidad que se señaló fue la relacionada con el eje de desigualdad de la orientación sexual, señalando a las personas que practican chemsex como principal grupo afectado. Tal y como indica la literatura (Curto et al. 2020; PNS 2019 y 2020; Íncera 2021; Ruiz-Robledillo 2021), en los últimos años se ha evidenciado un aumento del número de personas que practican chemsex en el territorio estatal, un incremento del uso de la vía inyectada, un aumento de personas que inician tratamiento y un incremento de la incidencia de Enfermedades de Transmisión Sexual en este grupo. Estos indicadores estarían situando a este colectivo como población susceptible de acceso y adherencia a servicios y/o programas de RDD. Aun y así, únicamente una mujer usuaria participantes tenía conocimiento de la existencia de este fenómeno. En cambio, las profesionales participantes reportaron que en los últimos años habían detectado la llegada y un ligero aumento de estas personas en los servicios y/o programas de RDD donde trabajan. Relacionaron el acceso a la RDD con la condición de sinhogarismo, indicando que principalmente se trataba de hombres que ejercían el trabajo sexual y combinaban periodos donde vivían en los domicilios de los clientes con periodos de vivir en la calle.

En contra de lo mayormente publicado sobre las características de las personas que practican chemsex, las profesionales participantes indicaron que en los servicios habían detectado a mujeres no heterosexuales que reportaban practicar chemsex en sesiones junto a hombres.

Se reportó que actualmente existe una gran discriminación sobre las personas LGTBQ+ y/o con expresión de género no normativa en la red de RDD, siendo un elemento de riesgo de violencia visibilizarse. Ha sido durante los últimos que algunos servicios indicaron que habían empezado a incluir acciones positivas sobre este colectivo. La falta de formación en competencias específicas

asociadas a la triple adicción (sustancias, sexo y aplicaciones), la desmotivación por las dificultades previas vividas en relación a la implementación de la perspectiva de género y la falsa sensación (porque están invisibilizados) de que es una minoría la población LGTBIQ+, fueron señaladas como barreras en su incorporación.

Las profesionales vinculadas a la red de salud sexual LGTBIQ+ indicaron que principalmente acompañan a personas con recursos económicos medio-altos, que sufren la violencia estructural por la condición LGTBIQ+ y que rechazan identificarse con el uso problemático de sustancias.

A pesar de que las estrategias de acompañamiento en el uso de sustancias son muy similares, estas dos opresiones descritas podrían situarse como los principales motivos que estarían dificultando la articulación entre ambas redes. La respuesta a corto plazo propuestas por todas las profesionales participantes fue la implementación de servicios con enfoque de RDD orientados y adaptados específicamente para la población que practica chemsex. Se observó que estrategias históricamente desarrolladas desde la RDR estarían ofreciendo buenos resultados en este colectivo, tales como, la atención y el acompañamiento entre iguales, el análisis de sustancias y las intervenciones directamente en el contexto.

Finalmente se identificó una última condición de vulnerabilidad que combina los ejes de desigualdad edad y lugar de origen, que señala a los hombres, jóvenes, migrantes, sin hogar en situación irregular administrativa como grupo de especial preocupación. Tal y como indica la literatura (Carrasco-Garrido et al. 2021; De Kock, 2020; Montserrat Boada 2021; Samy et al. 2022, Sarasa-Renedo et al 2015) la condición de migrante es una categoría de opresión. Si además se le añade que el uso de sustancias es un eje de discriminación, la situación de este grupo debería ser de extrema preocupación.

Las características en relación al uso de sustancias fueron descritas como diferenciales, con mayor presencia de sustancias de fácil acceso a dosis altas (alcohol y fármacos psicotrópicos) y mayor número de episodios de intoxicación.

La descripción de las profesionales usuarias coincide con lo apuntado en la literatura, se trata de personas con experiencias traumáticas relacionadas con el proceso migratorio y que además podían haber vivido experiencias traumáticas previas. En la mayoría de ocasiones, las familias y red de origen desconocen que utilizan actualmente sustancias,

el poco contacto que han tenido con instituciones ha sido en el sistema de protección del menor donde el uso de sustancias se aborda punitivamente, utilizan las sustancias como automedicación, no comparten con la comunidad lenguaje simbólico y de significados, y, desconocen el funcionamiento de la red de RDD.

Algunas profesionales indicaron que a pesar del aumento de personas que solicitan acceder a los servicios y/o programas de RDD, no siempre se les permite. Esta condición podría estar relacionada con una mirada paternalista con objetivo protector de las profesionales al tratarse de personas tan jóvenes, pero también, tendría que ver con la sobresaturación de algunos servicios y la grave falta de competencias específicas en perspectiva transcultural en los equipos de RDD.

Asimismo, se señaló que la llegada masiva de los últimos años ha visibilizado a estas personas como grupo, aunque históricamente se han vinculado a los servicios y/o programas personas con estas características sin cuestionamientos previos. A razón de estas experiencias vividas, las profesionales participantes concluyeron que la red de RDD ofrece dispositivos que se adecúan para la atención y acompañamiento, a pesar de que sería esencial aumentar los recursos disponibles.

## PATRÓN DE CONSUMO

Se realizó el diagnóstico del patrón de uso de sustancias de las personas vinculadas a los servicios y/o programas de RDD a partir de tres categorías: las sustancias, las vías de administración y los contextos de uso. Tanto usuarias como profesionales señalaron la existencia de una jerarquía social de las sustancias según su peligrosidad, que no corresponde con los daños asociados observados, sino que, responde al binomio legal-ilegal. Las profesionales alertaron del impacto sobre la percepción de riesgo en las personas usuarias. Esta observación de las participantes respondería al impacto que ha tenido en la sociedad española las políticas prohibicionistas.

La cocaína utilizada vía inhalada fue reportada como sustancia y forma de uso de mayor prevalencia, en todos los territorios, en las personas vinculadas a la red de RDD. Esta información indica que todos aquellos servicios y/o programas que fueron diseñados inicialmente con el objetivo de atender a personas que utilizaban heroína vía inyectada deberían haberse adaptado en términos de metodología y prestaciones. A partir del relato de las participantes se extrae que esta adaptación no se ha realizado de forma estandarizada, especialmente a nivel de instalaciones y formación profesional. Únicamente se reportó desde Barcelona el uso de cocaína vía inyectada como habitual.

En relación a la base de cocaína las personas usuarias reportaron que en los últimos años el mercado se ha adaptado al incremento de la demanda, aumentando el número de puntos de venta donde se puede adquirir de forma directa. Fue coincidente el reporte que se trata de una sustancia que requiere vendedores de confianza para evitar dosis con elevada presencia de adulterantes. Indicaron que principalmente se utiliza el amoníaco como sustancia para su transformación en base, excep-

to en la ciudad de Barcelona que utilizan también bicarbonato sódico. Su uso se combina con otras sustancias psicoactivas.

Las personas usuarias reclamaron acompañamiento en el posconsumo de la sustancia, reportando como habitual la aparición de sintomatología no deseada como paranoia, ideas de persecución y/o delirios de parasitosis. Se observó el desarrollo de estrategias de protección, tales como utilizar espacios abierto, poco ruidosos y utilizar acompañadas de alguien de confianza.

La prevalencia del uso del alcohol y fármacos psicotrópicos (clonazepam, clorazepato, alprazolam y pregabalina) en la población vinculada a la red de RDD fue reportada como elemento de preocupación por todas las participantes en la investigación. Todas las habían detectado un aumento de su uso tras la pandemia COVID-19.

Las personas usuarias destacaron habitual el uso de alcohol combinado con otras sustancias, su preocupación por la falta de estrategias de autorregulación, el miedo por los daños asociados a las intoxicaciones y su uso asociado a automedicación en el manejo del síndrome de abstinencia por opiáceas.

Algunas profesionales indicaron que en algunos servicios y/o programas de RDD (centros de día, SCS, Equipos de Intervención Comunitaria) tienen como consigna excluir de su acompañamiento a personas cuya principal sustancia de uso es el alcohol, aun encontrándose en una situación de extrema vulnerabilidad. Señalaron este elemento como incómodo y carente de argumentación, hipotetizando que podría estar relacionado tanto por el impacto del modelo prohibicionista como con una cuestión de falta de recursos. La propuesta de todas las participantes fue su revisión e incorporación de esta población en la red de RDD.

Se reportó un aumento tanto del uso del alcohol como de estos fármacos en mujeres tras finalizar su relación de pareja. En general, muchas mujeres vinculadas a la red de RDD presentan trayectoria de múltiples violencias que, por su condición traumática, pueden tender a reproducirse en relaciones de violencia de género. Este incremento del uso del alcohol, combinado muchas veces con fármacos psicotrópicos, podría estar relacionada con el estrés post traumático. También se ha observado que en relaciones de parejas donde ambas personas están vinculadas a la RDD, tras finalizar, la mujer reduce el uso de sustancias ilegales y aumenta el uso de sustancias legales. Esta situación podría estar relacionada con la aplicación de estrategias de protección, reduciendo evitar a puntos de venta de sustancias ilegales de mayor exposición a violencias. Estos motivos de tránsito a uso de alcohol fueron también señalados en hombres mayores de 50 años que presentaban previamente trayectoria de uso de sustancias ilegales.

Algunas profesionales de Catalunya indicaron que las

plazas de urgencia del servicio residencial de RDD que dispone la ciudad de Barcelona en ocasiones acogen a mujeres víctimas de violencia de género que presentan este patrón de uso, y que, previamente vivían en domicilio inseguro. El acceso a este servicio ocurre tras ser expulsadas de recursos de protección ordinarios por presentar comportamientos disruptivos asociados a estados de intoxicación por estas sustancias. Señalaron que, tras la revisión de su historial, estas mujeres nunca antes habían estado vinculadas a ningún servicio de la red de RDD y adicciones. La detección de este grupo específico fue relacionada con la posible existencia de una población oculta para la RDD que accede de forma urgente, motivadas por la necesidad de protección, que presenta un patrón de uso de sustancias específico y necesidades diferenciales.

La única prestación específica de RDD asociados al alcohol que se reportó estar implementándose en Madrid y Barcelona fue el Programa de Mantenimiento de Alcohol (PMOH). Las profesionales participantes que trabajaban en la administración indicaron que el abordaje de esta sustancia, en población vinculada a atención primaria, debería realizarse desde allí.

La diversidad de fármacos psicotrópicos que dispone el mercado ilegal parece estar relacionada más con las limitaciones de prescripción que recaen sobre los facultativos, que no por la demanda de las personas usuarias. Usuarias y profesionales de servicios que disponen de SCS alertaron de las dificultades en el manejo de la intoxicación, especialmente si la persona ha combinado el uso con alcohol y/o heroína. Se describieron características similares (accesibilidad, aceptación social, baja percepción de riesgo) al alcohol, lo que sitúa a ambas sustancias como de baja estigmatización.

Se señaló que las personas que han vivido situaciones de privación de libertad (ingreso en centro penitenciario juvenil, adulto y/o centros de internamiento de extranjería) presentan mayor uso que la población general. Se señalaron elementos de preocupación la tendencia a aplicar en estos contextos contención farmacológica y las dificultades de las personas para sobrellevar el síndrome de abstinencia cuando recuperan la libertad.

La expansión del uso de heroína inyectada, que históricamente había sido el elemento propulsor de la implementación de la RDD en España, fue descrita por las participantes como "residual". Reportaron que se mantiene un uso vía inhalada enfocado en la reducción de efectos no deseados del uso de estimulantes. Algunos territorios indicaron haber detectado un aumento de esta combinación en personas que practican chemsex.

Tal y como indicaba Rovira (2022) el uso de metanfetamina vía inhalada por parte de las personas vinculadas a la red de RDD parece estar creciendo, especialmente en la ciudad de Barcelona. Las personas usuarias indica-

ron que los efectos positivos disminución del cansancio, sueño, hambre y dolor; y como negativos, la activación del sistema de alerta. Se describieron unas características de esta población muy heterogéneas, donde parecía destacar contexto urbano, edades menores de 35 años, la presencia de mujeres y colectivo LGTBIQ+, y usos relacionados con el trabajo sexual, las prácticas de chemsex y la supervivencia en situaciones de sinhogarismo. Reportaron detección de casos de uso vía inyectada.

El elemento de mayor preocupación reportado se situó en la detección del incremento de episodios psicóticos que requieren derivación a urgencias hospitalarias asociados al uso continuado de metanfetamina. La irrupción de esta sustancia y su alarmante impacto ha propiciado formación profesional en su abordaje, la implementación de distribución de parafernalia específica y grupos de trabajo multinivel donde confluyen administración, personas usuarias, entidades comunitarias y servicios de RDD.

Otras sustancias que también fueron nombradas en el patrón de uso fueron la mefedrona, el GHB y el GBL cuyo uso se describió como concentrado en personas vinculadas a la RDD que practican chemsex; el cannabis; el disolvente y la metadona.

Independientemente de la sustancia, la expansión del uso de la vía inhalada parecería que pudiese estar relacionado con que presenta menor comorbilidad asociada y se relaciona con menor discriminación que la vía inyectada. Profesionales alertaron de la importancia de adaptar los programas y/o servicios de RDD a esta nueva realidad para no situar elementos de desigualdad asistencial entre ambas vías de administración, elemento que podría favorecer la transición a la vía intravenosa. Barcelona se situó como la ciudad de mayor avance en la implementación de programas específicos (distribución de parafernalia para uso de la vía inhalada, SCS específica, adaptación del acompañamiento profesional, incorporación de la perspectiva de género...). Se mostró preocupación por la falta de estrategias en la detección de zonas de consumo. Este aspecto podría estar relacionado con que el uso de la vía inhalada en espacios abiertos presenta dificultades propias de la práctica relacionadas con el viento, la disminución global del uso de sustancias en la vía pública y el aumento de *narcopisos* que permiten el uso de la vía inhalada en su interior.

Únicamente se reportó aumento del uso de la vía inyectada en personas que practican chemsex, este aspecto coincide con la literatura e informes publicados (Curto et al. 2020; PNS 2019 y 2020; Íncera 2021; Ruiz-Robledillo 2021).

Tal y como describe Rodó-Zarate (2022) los espacios donde se utilizan las sustancias no son solo una entidad geográfica sino política, el espacio es las relaciones sociales que lo conforman, que sitúan a grupos sociales en posiciones diferentes y desiguales. En este sentido

un mismo espacio tiene significados diferentes y se vinculan emociones diferentes según el género, la etnia, la clase o la diversidad sexual, por ejemplo.

Se identificaron un total de cinco contextos diferentes donde las personas vinculadas a la red de RDD utilizaban actualmente sustancias: salas de consumo supervisado (SCS), domicilio, *narcopiso*, espacio público y saunas.

Se identificaron tres tipologías de SCS operando en el territorio estatal diferenciadas según la vía de administración en que se utilice la sustancia (oral, inhalada e inyectada). Son espacios que favorecen la socialización entre iguales, aunque fomentan relaciones de cuidado vertical entre profesional-usuaria, desfavoreciendo relaciones de cuidado colectivo.

Las SCS destinadas a la vía oral se encuentran en Madrid y Barcelona, únicamente permiten utilizar alcohol. siempre incluyen la prestación de PMOH y se encuentran instaladas dentro de espacios residenciales (de emergencia o no) para personas sin hogar. No se describieron elementos que indiquen que aplican una metodología con perspectiva de género.

Las SCS destinadas a la vía inhalada e inyectada se encuentran en Bilbao y Catalunya. Excepto una experiencia en Barcelona, todas están integradas en servicios mixtos. Las personas usuarias ensalzaron el soporte a la venopunción, especialmente en personas con larga trayectoria de uso intravenoso y personas que utilizan estimulantes.; y la atención a episodios de intoxicación. Las principales barreras de adherencia a estos contextos reportadas por las personas usuarias fueron: la espera causada por la sobresaturación del servicio, el ruido ambiental, la necesidad de adoptar estrategias de protección para evitar robos y/o extorsiones y el impacto del estrés profesional. Las profesionales indicaron dificultades en el acompañamiento del uso de metanfetamina inhalada, señalando la importancia de adaptación del funcionamiento de estos dispositivos.

El domicilio particular se señaló como espacio de primera elección entre personas que disponen de vivienda. Se establecen relaciones libres de profesionales, las mujeres reportaron que en situación de pareja se producen situaciones de opresión relacionadas con el reparto igualitario de la dosis y los cuidados. En el caso de personas que practican chemsex, en los domicilios acogen sesiones donde también se realizan prácticas sexuales con otra persona o en grupo. Reportaron que estos pueden estar segregados según vía de administración.

El fenómeno *narcopiso* fue detectado en Madrid, Barcelona, Sevilla, Vigo y Bilbao. Se identificaron tres tipologías: puntos de venta (denominados *pisos*), punto de venta y uso de sustancias vía inhalada (denominado *fumadero*), y punto de venta y uso de sustancias vía inyectada (denominados *chutadero*).

Se describieron las siguientes características comunes: viviendas degradadas ubicados en barrios céntricos de las ciudades, uso bajo régimen de ocupación, actividad del espacio centrada en la venta de sustancias ilegales, habitados por las propias personas trabajadoras del negocio, cada persona habitante recibe una remuneración por desempeñar una función basada en estereotipos de género (vigilar-hombres, limpiar-mujeres, vender-hombres, organizar-hombres), malas condiciones higiénicas en el interior, escasa presencia de mujeres usuarias, abastecimiento de sustancias (cocaína, heroína, metadona, cerveza, tabaco y fármacos psicotrópicos) regular por parte de personas externas, se acepta como método de pago dinero en metálico, sexo (solo en caso de mujeres), objetos de valor o trueque a cambio de trabajos puntuales, distribuyen los materiales necesarios para el uso de sustancias (jeringuillas, hojas de aluminio), regulación del tiempo máximo de permanencia en el espacio y su cobertura horaria es 24/7.

El elemento de mayor preocupación reportado por profesionales y usuarias fue el riesgo de muerte asociado a la atención de intoxicaciones. La actuación habitual es abandonar a la persona intoxicada en el espacio público.

Se observa que es un lugar con múltiples relaciones de opresión relacionadas con el género, con el uso de sustancias y con la clase social. Las mujeres usuarias indicaron que el grado de exposición a violencia es tan alto que nunca acuden solas. Se reportaron 12 experiencias diferentes que ejemplificaron extorsiones, agresiones verbales, físicas, sexuales, secuestros, robos y homicidios.

Las personas usuarias participantes determinaron que es el principal punto de venta de sustancias, pero el último espacio de elección para su uso. Las personas sin hogar de territorios sin presencia de SCS alertaron que es el único espacio privado al que pueden acceder para utilizar sustancias. Esta desigualdad entre territorios en relación a la disposición de SCS, fue un elemento de elevada preocupación por la extrema vulnerabilidad en la que sitúa a las personas usuarias de sustancias.

Se observó que los narcopisos reproducen aspectos de funcionamiento del modelo de las SCS (diferenciación según vía de administración, relaciones de poder vertical, distribución de parafernalia higiénica, tiempo máximo de consumo) y mejorando estos espacios en cobertura horaria y en accesibilidad de la sustancia. Las de SCS en cambio, garantizan la atención a intoxicaciones y la higiene del espacio.

A pesar de que uno de los motivos para la implementación de las SCS es la reducción del uso de sustancias en el espacio público, este continúa siendo un espacio habitual, aunque no de primera elección. Se describió como una alternativa de mayor seguridad en territorios sin SCS o cuando estas están cerrada, a razón de, la con-

fianza depositada en la comunidad para actuar ante una intoxicación. Algunas personas usuarias señalaron que prefieren este espacio para utilizar estimulantes en compañía. También se reportó este espacio como lugar de prácticas de chemsex.

El espacio público se dibuja como contexto de relación entre iguales, de cuidados colectivos; aunque también, de opresión y violencia, en la relación usuaria-policía. Las personas usuarias relataron experiencias de detención por utilizar sustancias en la vía pública.

Las saunas fue un espacio reportado por las profesionales vinculadas a la red de salud sexual en colectivo LGTBIQ+ como espacio de uso de sustancias. Se reportaron dificultades para establecer estrategias de cuidado y acompañamiento con el personal y propietarios de estos locales. Se identificaron relaciones de cuidado entre iguales, pero de opresión entre la vigilancia del establecimiento y las personas usuarias. En estos espacios no es posible en la actualidad acceder a material higiénico in-situ, se indicó que hay evidencia que las personas están reutilizando jeringuillas y/o pipas para el uso de metanfetamina.

## SERVICIOS Y/O PROGRAMAS RDD

Para la realización de la presente investigación se buscó alguna base de datos, registro, informe o publicación que detallase los servicios y programas de RDD existentes en el territorio estatal. A nivel autonómico o local, algunas administraciones que fueron consultados facilitaron esta información, aun y así, se observó que en general estos datos o no son accesibles, o bien, si están publicados no hay garantía de que estén actualizados.

Se detectaron espacios de articulación y coordinación multinivel relacionados con las drogas y sus abordajes (tratamiento, prevención, políticas...). Por ejemplo, comisiones nacionales constituidas por representantes de las administraciones autonómicas, agrupaciones nacionales y autonómicas de entidades del tercer sector, grupos de trabajo entre administraciones y entidades gestoras de servicios... aún y así no se puede afirmar que esté constituida una red específica de RDD en España.

Durante la realización de los grupos focales también se evidenció que en la mayoría de territorios no existe trabajo en red entre servicios y/o programas de RDD, como tampoco, espacios de coordinación estructurados y sistematizados entre servicios de una misma ciudad o provincia. La carencia de estas estructuras podría estar relacionada con la sensación de aislamiento y soledad que reportaron todas las profesionales participantes.

También se observó que la participación de las personas usuarias en espacios de toma de decisiones es muy baja en todos los niveles, aún y así, se describieron expe-



riencias puntuales donde se han implementado metodologías participativas en el diseño, desarrollo y evaluación de los propios servicios y/o de proyectos concretos. Por ejemplo, destacó en Barcelona el diseño participativo del centro de día no mixto y el del programa de distribución de parafernalia higiénica para la vía inhalada. También se reportaron espacios de participación en algunos servicios a través de asambleas de personas usuarias, las cuales eran diseñadas, convocadas, dirigidas y evaluadas por las propias profesionales del servicio.

Lamentablemente se observa que se mantiene la idea del “ayudar a las personas necesitadas”, basada en la noción de que la pobreza y la marginalidad no son un problema sistémico, sino que vienen causadas por las propias deficiencias personales. Esto implica que quien brinda “ayuda” tiene más privilegios, señala a las personas usuarias como inferiores y dificulta la articulación de procesos de responsabilidad comunitaria o justicia transformadora.

Más allá de ejemplos aislados, se detectan estructuras de gobernanza verticales, jerárquicas y rígidas donde es inexistente la participación de las personas usuarias vinculadas a la red de RDD. La hegemonía de este modelo parece justificarse en la idea de que las personas usuarias son especialmente inefectivas, ineficientes, irresponsables o que no saben plantear sus inquietudes. Esta desigualdad en la toma de decisiones es violenta, discrimina, inmoviliza a las personas, y perpetua tanto la posición de poder como la distancia entre privilegiado-oprimido.

A nivel demográfico se reportó que la red de RDD principalmente opera en entornos urbanos, evidenciándose una grave desigualdad territorial entre pequeños y grandes municipios. Algunos motivos que se señalaron fueron la priorización presupuestaria, la doble moral relacionada con el uso de sustancias (si no se ve el problema, no existe), la dificultad de acceso a determinadas sustancias, la posible discriminación que sufren las personas usuarias en estas pequeñas comunidades, que las estaría llevando a escoger entre la ocultación o el desplazamiento a lugares de mayor anonimato. Los profesionales que acompañan a personas que practican chemsex señalaron que se reproduce el mismo escenario en la atención al colectivo LGTBQ+. Las personas usuarias participantes hicieron hincapié en que es imprescindible la implementación de proyectos de RDD en las pequeñas comunidades que promuevan y protejan la visibilidad de la persona usuaria de sustancias. Profesionales de Vigo y de Álava reportaron buenos resultados de acompañamientos a personas usuarias de sustancias en entornos rurales desplazando unidades móviles a estos territorios.

La comunidad fue señalada como agente social esencial de la RDD, aun y así, fueron mínimas las experiencias que se describieron donde las personas usuarias y la comunidad tuviesen algún espacio de articulación.

Tampoco se reportó ninguna experiencia donde la comunidad actuase como red de apoyo. De forma contraria, se describió a este actor como poco empático, no integrador, cuyos intereses se centran en el orden del espacio público y la reducción de la oferta de sustancias, y que, establece una buena valoración de la implementación de los servicios cuanto más invisible son.

La relación de los servicios y/o programas de RDD opera en las comunidades a través de los Equipos de Intervención Comunitaria. Se indicó que los objetivos teóricos de carácter psicosocial de estos equipos (sensibilización del entorno y fomentación de la inclusión de las personas usuarias) no se corresponden con la práctica diaria. Señalaron la práctica actividad se centraba en la recogida de material contaminado abandonado en la vía pública, la detección y derivación de personas potencialmente candidatas a beneficiarse de acciones de la RDD, el acompañamiento de las personas usuarias a servicios de la red básica (con el objetivo de minimizar eventos discriminatorios) y la contención del malestar de la comunidad. Este último aspecto fue señalado como elemento de desgaste, frustración y agotamiento por parte de las personas profesionales, que indicaron que por lo general la realidad de la relación RDD-Comunidad es de conflicto.

La descripción de este escenario de enfrentamiento, confirma la necesidad imperiosa y urgente de aplicar nuevas estrategias que promuevan la transformación de esta relación desigual entre comunidad y personas usuarias. Reducir el asistencialismo profesional, a través de procesos basados en la construcción de redes de apoyo y cuidado comunitario, y la aproximación y acompañamiento a través de pares comunitarios, fueron propuestas señaladas tanto por parte de las profesionales como en la literatura (Yung 2001, Pauly 2008; Spade 2020).

Se observó que en todos los territorios impera un modelo de profesionalización de los servicios de RDD que durante estos años ha ofrecido buenos resultados en algunos contextos, pero que en la actualidad podría estar operando como barrera de acceso y adherencia de las poblaciones que no se encuentran en situación de marginalidad.

Exceptuando puntuales Programas de Intercambio de Jeringuillas ubicados en centros de salud de urgencia, la mayoría de servicios y/o programas existentes no presentan una cobertura horaria de 24/7. Este aspecto fue señalado de elevada preocupación por todas las personas participantes, considerando que al menos cada gran ciudad debería de disponer de un servicio de RDD con cobertura horaria ilimitada, que integrase la distribución de parafernalia higiénica y SCS.

Las personas usuarias coincidieron en que la primera vez que accedieron a un servicio de RDD estaban en una posición de fracaso previo de procesos de tratamiento

y tenían la expectativa (real o simbólica) de acompañamiento profesional hacia la abstinencia. Reportaron haber conocido de la existencia del servicio en cuestión por iguales, haber acudido acompañadas por alguien conocido, que se encontraban en situación de sinhogarismo y que no estaban en relación de pareja. Tras acceder a las instalaciones las primeras emociones que se les despertaron fueron de impresión, por compartir un espacio con tantas personas usuarias de sustancias, y de miedo, por poder ser víctimas de robo. Los procesos de acogida reportados por las profesionales presentaban características comunes: entrevista individual y exploración de necesidades. Obtuvo buena valoración en personas migrantes que esta se realizase en la lengua materna. Todas las usuarias estuvieron de acuerdo que las profesionales les transmitieron confianza y que no se sintieron juzgadas por su condición de usuarias de sustancias.

En relación al género, se indicó que los servicios y programas de RDD existentes son mixtos, exceptuando la experiencia no mixta anteriormente citada en Barcelona. Se coincidió en la necesidad de implementar mayor número de programas y/o servicios no mixtos. En relación a las instalaciones y el clima, se describieron como barreras de acceso y adherencia de las mujeres y población no binaria la habitual masculinización y hostilidad de los espacios, y, la falta de espacios de seguridad y confidencialidad. A pesar de esta realidad únicamente se reportaron dos ejemplos de acciones implementadas orientadas a la masculinidad. Las profesionales estuvieron de acuerdo que contextos mixtos promueven un trabajo transformador tanto con hombres como con mujeres. Señalaron de especial preocupación por la vulnerabilidad a la que se está exponiendo a las mujeres víctimas de reciente episodio de violencia, cuando en los servicios no se dispone de estos espacios de seguridad y privacidad.

Fue destacada también la necesidad de integrar el abordaje de la salud mental en los servicios y/o programas de RDD existentes. Únicamente se reportó presencia de psiquiatra en un servicio de Barcelona y destacó la baja presencia de profesionales de la psicología. En ambos casos se observó que realizan un acompañamiento psicosocial. Las participantes reclamaron la formación específica en competencias relacionadas con esta materia.

El PIJ fue de los primeros programas de RDD implementados en España. Las profesionales indicaron que con la disminución del uso de la vía inyectada su actividad central se había visto reducida notablemente. Desde Barcelona se reportó la adaptación incorporación a estos programas de la distribución de parafernalia higiénica para el uso de la vía inhalada. Esta consiste en la dispensación de diferentes materiales higiénicos como pipas el uso de base de cocaína, pipas para el uso de metanfetamina, hojas de aluminio, boquillas, bicarbonato monodosis.... Acompañado de otros materiales de RDD asociados a las prácticas sexuales, como son lubricante,

preservativos, gel íntimo...

Todos los territorios que participaron en la investigación disponían en su cartera de servicios de centros de día de RDD. Estos servicios se sitúan en la planta baja del modelo escalera del acompañamiento, se rigen por normativas internas que regulan la convivencia, ante la detección de situaciones de violencias aplican desde la restricción temporal de uso de alguna de sus prestaciones hasta la restricción permanente. Las profesionales señalaron la elevada preocupación sobre la situación de desamparo que quedan aquellas personas que son expulsadas permanente, indicando que las administraciones deberían diseñar respuestas específicas para casos complejos. Actualmente estas actuaciones son realizadas por parte de los Equipos de Intervención Comunitaria. En algunas ciudades como Madrid, Barcelona o Bilbao se reportó grupos de trabajo donde se articulan procesos desde las diferentes redes implicadas.

Estos centros compartían características comunes: localizados cerca de puntos de abastecimiento de sustancias, ofrecían atención de emergencia, dispensación de alimentación, prestación de higiene y autocuidado, Programa de Distribución de Parafernalia, custodia de documentación y medicación y acompañamiento socioeducativo. Algunos disponían de enfermería, SCS y Equipos de Intervención Comunitaria. Fueron descritos como lugares sobresaturados, pequeños con falta de ventilación y luz natural. Esta fotografía coincide con los elementos de precariedad y falta de financiación estable descrito por Rovira (2018), además fue relacionada por parte de las profesionales con malas condiciones laborales, agotamiento y falta de reconocimiento profesional por parte de las administraciones.

Por el contrario, las personas usuarias reportaron muy buena valoración y satisfacción hacia este tipo de servicios, describiéndoles como lugares de reparación y restauración de su dignidad como sujetos de derecho. Este contraste de miradas entre profesionales y usuarias, corrobora las extremas condiciones y discriminaciones que viven las personas usuarias de sustancias, pero también podría señalar, la falta de implicación de las administraciones en una mejora cualitativa del su día a día, condicionándoles la atención en espacios confortables a procesos de mayor exigencia.

En términos generales se observó que ni personas usuarias, ni profesionales, en la actualidad contemplan el Programa de Mantenimiento con Metadona como un elemento de interés desde la RDD y sí como un aspecto de revisión desde las intervenciones de tratamiento.

## PROFESIONALES

De la última dimensión sobre la que se profundizó fue la situación en la que se encontraban los equipos profesionales. Del análisis de los discursos de las profesionales destacó la alarmante y preocupante identificación de múltiples ejemplos de situaciones de *burn-out*.

Señalaron que, por norma general, el desgaste profesional es generalizado en todas las figuras profesionales de los equipos de RDD. Indicaron que dentro de la red de atención y acompañamiento a las personas que utilizan sustancias (desde la prevención al tratamiento), opera una jerarquía donde la RDD ocupa el escalón de menor consideración. Esta observación reflejaría un ejemplo más del impacto del modelo prohibicionista, pero en esta ocasión, situando el foco en el asistencialismo, donde los servicios que se orientan a evitar o eliminar el uso de sustancias recibirían mayor cantidad de recursos y reconocimiento, versus, aquellos que acompañan el uso de sustancias.

Las profesionales también reportaron falta de credibilidad y de reconocimiento por parte de las profesionales de otras redes básicas y por parte de la comunidad. Estos aspectos fueron relacionados con la corta trayectoria de la RDD como modelo de acompañamiento y con la reproducción de elementos de discriminación asociados a la condición de utilizar sustancias. Indicaron un sobreesfuerzo y desgaste recibir cuestionamientos sobre rigurosidad científica, eficacia y efectividad de las intervenciones realizadas, así como, increpaciones de carácter moral sobre el tipo de acompañamiento que desenvuelven. A pesar de denominar a esta tarea pedagógica como ardua y constante, también se mostraron muy motivadas a diseñar y participar de formaciones externas, comprendiendo que esta labor debería incluir aspectos formales y de sensibilización.

Este escenario de discriminación de las personas usuarias y de las profesionales fue relacionado directamente con la cultura luchadora, a la par que desgastadora y frustrante, prevalente en los servicios y/o programas de RDD basada en *“o lo hacemos nosotras o nadie lo hará”*. Se observaron elementos de desmotivación, aislamiento y soledad.

A nivel laboral todas las profesionales reportaron que el campo de la RDD ofrece muy malas condiciones laborales donde se incluye: falta de convenio regulador específico, no equiparación de condiciones entre territorios y servicios de las mismas características, bajo salario, riesgo de transmisión de enfermedades no contemplado, riesgos psicosociales (asociados a la sobreexposición a la violencia) no recogidos y descanso insuficiente entre jornadas. Alarmante la situación de las mujeres que habían vivido periodos de gestación y lactancia, las cuales reportaron dificultades en el reconocimiento de estos riesgos y, en consecuencia, exposición a situaciones

muy peligrosas. Ningún profesional hombre reportó dificultades para la conciliación de la paternidad.

De este último elemento se extrae la desigualdad y opresión que ejerce el eje sexo-género en el ámbito laboral, donde sitúa a las mujeres en una mayor vulnerabilidad y exposición a la violencia respecto a los hombres.

Las características ambientales de los servicios (hostiles, degradados, sin ventilación) se percibía como falta de interés, priorización y recursos por parte de las administraciones, y, en consecuencia, lo traducían en inestabilidad laboral, valorando como posibilidad la pérdida del puesto laboral en cualquier momento.

A pesar de estos matices identificados, el *burn-out* fue relacionado de una forma directa y unánime con la sobreexposición a la violencia. La masculinización de los espacios -diseñados originalmente para atender las necesidades de los hombres-, la normalización de un modelo relacional basado en la violencia -a su vez, propiamente masculino-, y, el sufrimiento causado por las numerosas situaciones de discriminación y violencia vividas por parte de las personas usuarias -expresado muchas veces a través de comunicación violenta-, podrían ser los elementos causantes del clima descrito, y, estarían propiciando la incorporación y validación de la violencia como mecanismo adaptativo de supervivencia. Además, matizaron que la exposición a experiencias de pobreza y violencia a veces conecta con experiencias traumáticas personales, activando viejas heridas donde las respuestas que ofrecen son de supervivencia.

Las profesionales observaron diferencias en la exposición a la violencia según sexo-género propias del ensalzamiento de los estereotipos de género. Los hombres se veían más expuestos a violencia física, las mujeres a otros tipos de violencias menos demostrativas. Reportaron aplicación de estrategias de protección y supervivencia.

Las principales consecuencias señaladas fueron la reproducción de este modo relacional entre las propias profesionales, aumento del uso de alcohol y otras sustancias, absentismo laboral, aumento del número de incapacidades temporales o bajas médicas de larga duración, necesidad de soporte psicológico externo, y, finalmente, cambio de puesto de trabajo. Algunas profesionales reportaron sintomatología propia del estrés post-traumático (insomnio, ansiedad, disociación, ideas de persecución, de perjuicio, aislamiento, soledad) tras vivir una situación de violencia extrema en el entorno laboral.

Ante esta alarmante situación, las profesionales hicieron hincapié en la importancia de una organización del trabajo dirigida por profesionales, entidades y administraciones que respalden la ayuda mutua, los cuidados y la colaboración. Relacionaron la falta de estructuras claras, la presencia de “grupitos” que toman las decisiones,

la falta de respuestas por parte de superiores y/o la administración, la confusión sobre las funciones, la falta de referentes, la desconfianza vertical y la falta de consenso como elementos de desgaste y que propiciadores de la rotación de profesionales.

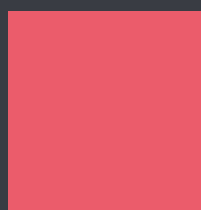
Estas características coinciden con las descritas por Spade (2020), quien propone combinar liderazgos cooperativos junto con la supervisión y cuidados en grupos sobreexpuestos a situaciones de vulneración de derechos humanos.

A nivel organizativo indica aspectos importantes como desear saber cómo se encuentran las personas, fomentar la compasión entre iguales, fiabilidad, potenciar la diversidad de opiniones, autenticidad, evitar actitudes de control y respaldar procesos participativos. A nivel de supervisión propone espacios grupales de apoyo mutuo, incluidos en la jornada laboral, dirigidos por figuras externas al servicio, que permitan la detección de exceso de trabajo, agotamiento y generan estructuras de apoyo.

La incorporación de supervisión externa fue la principal demanda de las personas profesionales participantes considerando que no solo mejoraría su salud mental de forma directa, sino que estas mejoras promoverían la fidelización de los profesionales en los servicios y a la larga permitiría la generación de referentes y experticia.

6

# LIMITACIONES Y MINIMIZACIÓN DE SESGOS



El presente estudio fue realizado durante el año 2022 por un equipo investigador con una experiencia de larga trayectoria en servicios y programas de RDD a nivel internacional, estatal y catalán. Se procuró minimizar los posibles sesgos en la selección de participantes implicando en este proceso a todo el Grupo Motor, así como, realizando la mitad de los grupos focales de personas usuarias en un territorio sin ningún tipo de vinculación profesional.

El equipo investigador en algunos casos presentaba una relación previa con las personas participantes, tanto usuarias como profesionales. Se procuró minimizar este sesgo de información garantizando la no identificación del discurso. El equipo investigador valoró positivamente esta circunstancia ya que favoreció un clima de seguridad conversacional y la elaboración de relatos de mayor profundidad. Concretamente en los grupos focales de profesionales, este aspecto promovió la identificación de las personas como grupo de apoyo, pudiéndose observar sensaciones de alivio en la colectivización del malestar y sufrimiento.

Aplicando la triangulación de diferentes métodos (revisión de la literatura, entrevistas individuales, grupos focales) se buscó analizar el fenómeno a través de diversos acercamientos, permitiendo minimizar posibles sesgos de información. Las posibles contradicciones no disminuyen la credibilidad de las interpretaciones de la realidad.

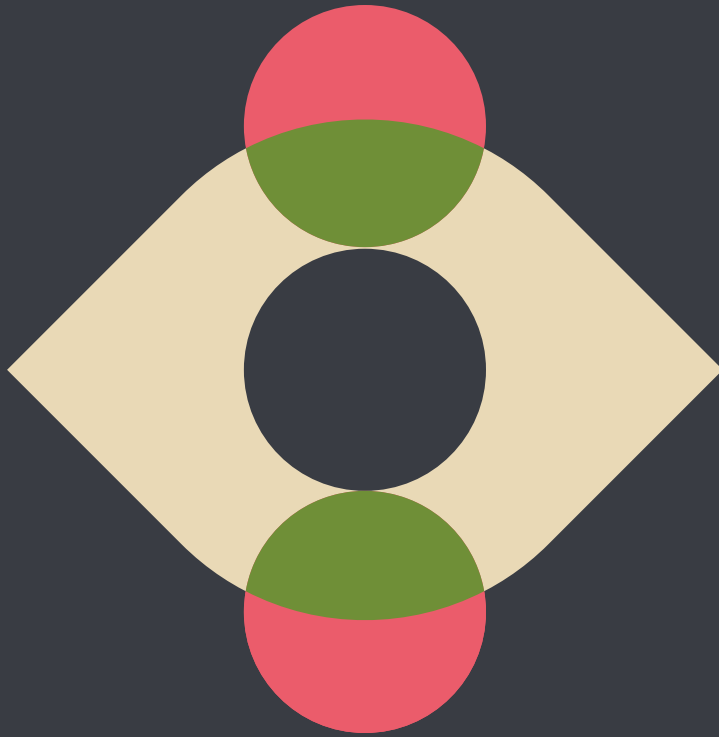
La triangulación de diferentes investigadores fue garantizada con la participación del Grupo Motor a lo largo del proceso investigativo, así como, tras las sesiones de grupos focales se puso en común junto con la profesional que realizó funciones de recogida de notas.

La selección y participación de profesionales que representasen diversidad de género, disciplinas, experticias, territorios y vinculación actual a la RDD permitió la triangulación de teorías, minimizando así posibles sesgos relacionados.

Aún así se asume que esta investigación presenta limitaciones de carácter geográfico, hubo menor representación de territorios rurales que urbanos; y de carácter origen y étnico, la presencia de personas migrantes fue inferior a la de nativas y no participó ninguna persona racializada. Se procuró minimizar el impacto del eje sexo-género, garantizando mayor presencia de mujeres que hombres.

7

# CONCLUSIONES



La presente investigación partió con el objetivo de explorar los principales elementos, tales como el patrón de uso de sustancias, las poblaciones y los dispositivos, que en la actualidad de la RDD en España podían estar presentando cambios respecto a su implementación inicial, a finales de la década de los 80 del siglo pasado.

El uso de la metodología cualitativa permitió recoger la diversidad de discursos y experiencias que configuran esta realidad y la elaboración de un primer diagnóstico de un fenómeno de tantísima complejidad. La incorporación del análisis interseccional resultó esencial en el acercamiento y comprensión de los diferentes procesos que podrían estar operando. Aun y así, cabe decir que las interpretaciones presentaron validez en ese momento y contexto concreto, asumiendo que, las intersecciones y su intensidad son de carácter dinámico y temporal.

La participación de personas usuarias de sustancias, así como de profesionales que presentaban vinculación con la red de RDD y de profesionales expertas en la materia puso en valor igualitario el conocimiento de los agentes implicados. Este aspecto fue de especial importancia, tanto porque participaban personas que se encontraban en una situación de extrema vulnerabilidad y discriminación, como por la percepción de la realidad de las personas que realizan su acompañamiento.

Las principales conclusiones diagnósticas se estructuraron a partir de las diferentes temáticas de análisis. Se elaboraron en formato esquemática para facilitar su comprensión.



## TEMA 1: REDUCCIÓN DE DAÑOS

<p><b>MODELO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estructuralmente confluyen las políticas neoliberales, el sistema patriarcal y las políticas prohibicionistas por uso de sustancias.</li> <li>• Las políticas de drogas en España se construyeron bajo un modelo biomédico de la enfermedad (prevención, tratamiento, reducción de daños).</li> <li>• El contexto inicial se caracterizaba por uso de heroína vía inyectada, elevada comorbilidad y mortalidad asociada.</li> <li>• Existe un imaginario social de la persona usuaria de sustancias como vaga, delincuente, enferma y responsable de su propia situación.</li> <li>• La RDD aplica un modelo basado en principios de salud pública.</li> <li>• El diseño inicial de servicios y/o programas de RDD no contempló las diferentes intersecciones e intensidades de la desigualdad social.</li> <li>• Sobre el modelo actual se propone la incorporación del enfoque de justicia social interseccional.</li> <li>• La condición de uso de sustancias opera como un eje de desigualdad social.</li> <li>• La mayoría de servicios y/o programas de RDD ofrecen respuestas para el grupo privilegiado: hombres, blancos, nativos, usuarios de heroína inyectada.</li> <li>• Las categorías de opresión definen grupos poblaciones que presentan dificultades de acceso y adherencia a la red de RDD.</li> </ul>
<p><b>REDUCCIÓN DE DAÑOS Y REDUCCIÓN DE RIESGOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las personas usuarias desconocen la terminología y significado de “reducción de daños” y “reducción de riesgos”.</li> <li>• Las personas usuarias perciben como objetivo finalista la abstinencia, cualquier otra posibilidad es vivida como respuesta paliativa ante ese fracaso.</li> <li>• La diferenciación entre “riesgos” y “daños” ofrece oportunidad de trabajo con personas menores de edad y facilita el acceso de las poblaciones privilegiadas.</li> <li>• La diferenciación entre “riesgos” y “daños” intensifica la opresión de las personas atendidas desde la red de RDD.</li> </ul>
<p><b>IDENTIFICACIÓN DE DAÑOS A REDUCIR</b></p>	<p><b>SALUD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención y acompañamiento garantizada a través de la red primaria y de urgencias hospitalarias.</li> <li>• Necesidad de incorporación de la salud mental y la salud sexual reproductiva.</li> </ul> <p><b>VIVIENDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grave incremento de las personas que utilizan sustancias en situación de sinhogarismo vinculadas a RDD.</li> <li>• Grave desprotección de las mujeres usuarias de sustancias en situación de sinhogarismo víctimas de violencia de género.</li> <li>• Exclusión de las personas usuarias de sustancias de la red de sinhogarismo.</li> <li>• Necesidad de incorporación de alternativas residenciales no basadas en el modelo escalera.</li> </ul> <p><b>RED DE APOYO Y AFECTIVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspecto muy deteriorado, dificultades para reparar y reconstruir redes de apoyo.</li> <li>• Desigualdad intensa en las intersecciones (género, origen, edad...).</li> </ul> <p><b>VIOLENCIAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas usuarias de sustancias son víctimas de múltiples (estructural, institucional, interpersonal, de género, racismo, homofobia, transfobia...) violencias graves.</li> <li>• Evidencia de episodios de discriminación institucional que vulneran los derechos humanos.</li> </ul>

Figura 10. Tabla de principales conclusiones de la temática Reducción de Daños. Elaboración propia. 2022.

TEMA 2: POBLACIONES	
<b>CARACTERÍSTICAS POBLACIÓN VINCULADA A LA RED RDD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo privilegiado: hombres, heterosexuales, de edad media, nativos, en situación de sinhogarismo, que utilizaban principalmente el alcohol, algún/os fármacos psicotrópicos, cocaína y/o heroína vía inhalada.</li> </ul>
<b>MUJERES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vulnerabilidad relacionada con el eje sexo-género, intensificada por origen, edad, religión...</li> <li>• Opresión identificada en el acceso y adherencia a la red de RDD.</li> <li>• Elevado número de mujeres usuarias de sustancias que han sido víctimas de violencia de género.</li> <li>• Protección no garantizada a las víctimas de violencia de género usuarias de sustancias.</li> <li>• Bajo conocimiento en el resto de redes de atención básica sobre uso de sustancias, violencia de género y experiencia traumática.</li> <li>• Dificultades de acceso y adherencia de mujeres que maternan a la red de RDD.</li> <li>• Esencial la incorporación universal de la perspectiva de género transversal en la RDD.</li> <li>• Buenos resultados reportados en servicios no mixtos y servicios con implementación transversal de la perspectiva de género.</li> </ul>
<b>MAYORES DE 45 AÑOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vulnerabilidad relacionada con el eje edad, intensificada por género, origen, situación administrativa, sustancias...</li> <li>• Presentan larga trayectoria de uso de sustancias, que en la actualidad utilizaban alcohol, heroína o cocaína vía inyectada y/o inhalada, en situación activa de tratamiento sustitutivo de opiáceos, escasa red de apoyo social y familiar.</li> <li>• Edad imposibilita acceso a la red de atención de mayores + no recursos económicos para acceder a la red privada de cuidados + familias no pueden asumir apoyo y cuidados.</li> <li>• Cuidados asumidos precariamente desde la red de RDD.</li> <li>• Mujeres usuarias de sustancias mayor opresión por vulnerar el rol de cuidadora sobre sus familias Personas migrantes irregulares graves dificultades de acceso.</li> <li>• Las personas vinculadas a RDD viven con miedo su proyección de futuro.</li> <li>• Falta de formación específica en la red de mayores y en red RDD.</li> </ul>
<b>PERSONAS QUE PRACTICAN CHEMSEX</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vulnerabilidad asociada con el eje orientación sexual intensificada por el uso de sustancias, expresión de género, origen, situación administrativa...</li> <li>• Aumento del número de personas (también mujeres) que practican chemsex en situación de sinhogarismo vinculados a red de RDD.</li> <li>• Aumento de slam.</li> <li>• La mayoría de recursos de RDD son espacios no seguros para población LGTBIQ.</li> <li>• Falta de perspectiva y competencias LGTBIQ+ en la red de RDD.</li> <li>• Necesidad de incorporación de estrategias y modelos de acompañamiento de RDD en la red de atención sexual LGTBIQ+.</li> <li>• Necesidad de servicios específicos de acompañamiento LGTBIQ+ con prestaciones RDD.</li> </ul>
<b>HOMBRES, JÓVENES, MIGRANTES, SIN HOGAR EN SITUACIÓN IRREGULAR ADMINISTRATIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vulnerabilidad relacionada con el eje edad, lugar de origen y situación administrativa intensificada por uso de sustancias, posición de género, idioma...</li> <li>• Detección y previsión de aumento de este grupo en la red de RDD.</li> <li>• Diferencias en el patrón de uso de sustancias.</li> <li>• Contacto inicial con las instituciones a través del sistema de protección del menor (lógica punitiva del uso de sustancias).</li> <li>• No comparten lenguaje simbólico con la comunidad.</li> <li>• Centros de día RDD sobresaturados reclaman aumento de recursos.</li> <li>• Falta de formación y competencias en perspectiva transcultural.</li> </ul>

Figura 11. Tabla de principales conclusiones de la temática Poblaciones. Elaboración propia. 2022.

TEMA 3: PATRÓN DE USO DE SUSTANCIAS	
SUSTANCIAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opera lógica de peligrosidad de las sustancias basada en políticas prohibicionistas.</li> </ul> <p><b>COCAINA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevada prevalencia de uso base de coca vía inhalada.</li> <li>• Servicios y programas requieren adaptación al cambio de sustancia y forma de uso prevalente.</li> <li>• Falta de programas de distribución de parafernalia higiénica.</li> <li>• Personas usuarias reclaman mayor acompañamiento en manejo de intoxicaciones y soporte en la venopunción de estimulantes.</li> </ul> <p><b>ALCOHOL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de la prevalencia del uso de alcohol.</li> <li>• Personas usuarias reportan falta de estrategias de autorregulación y necesidad de acompañamiento de la intoxicación.</li> <li>• Limitaciones de acceso a personas usuarias de alcohol en servicios de RDD.</li> <li>• Mujeres víctimas de violencia presentan un patrón de uso diferencial.</li> <li>• Programas de Mantenimiento de Alcohol única estrategia implementada desde la RDD. Desigualdad territorial. No perspectiva de género. Centrado en sinhogarismo.</li> </ul> <p><b>FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de la prevalencia del uso de fármacos psicotrópicos.</li> <li>• Combinación habitual pregabalina y clonazepam.</li> <li>• Personas usuarias y profesionales alertan de dificultades de manejo de intoxicaciones de esta sustancia combinada con alcohol y/o opiáceos.</li> <li>• Mujeres víctimas de violencia presentan un patrón de uso diferencial.</li> <li>• Jóvenes, migrantes, sinhogar presentan un patrón de uso diferencial.</li> </ul> <p><b>HEROÍNA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la prevalencia del uso de heroína.</li> <li>• Se mantiene uso vía inhalada con objetivo de reducir efectos no deseados de estimulantes.</li> <li>• Detección de inicio de uso en personas que practican chemsex.</li> </ul> <p><b>METANFETAMINA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de la prevalencia del uso de metanfetamina.</li> <li>• Concentrado en Madrid y Barcelona.</li> <li>• Características poblaciones heterogéneas.</li> <li>• Principalmente uso vía inhalada.</li> <li>• Preocupación por el incremento de episodios psicóticos asociados.</li> </ul>
VÍAS ADMINISTRACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la prevalencia del uso vía inyectada, excepto personas que practican chemsex.</li> <li>• Personas usuarias reclaman distribución de parafernalia higiénica vía inhalada.</li> </ul>
CONTEXTOS	<p><b>SCS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Operan 3 tipologías de SCS según vía de administración.</li> <li>• SCS oral ofrecen PMOH.</li> <li>• SCS inhalado e inyectado son los espacios de primera elección de las personas usuarias.</li> <li>• Personas usuarias reclaman disponibilidad en todas las grandes ciudades.</li> <li>• Necesidad de adaptación al aumento del uso de estimulantes.</li> </ul> <p><b>DOMICILIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espacio de primera elección de personas con hogar.</li> <li>• Situaciones de opresión entre parejas heterosexuales.</li> </ul> <p><b>NARCOPISO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detectados en todas las grandes ciudades participantes.</li> <li>• Diferentes tipologías.</li> <li>• Características comunes independientemente del territorio.</li> <li>• Reproducen modelo asistencial de SCS.</li> <li>• Denegación de auxilio en caso de intoxicación.</li> <li>• Evidencia de agresiones graves a mujeres usuarias.</li> <li>• Último espacio de elección, única alternativa en territorios sin SCS.</li> </ul> <p><b>ESPACIO PÚBLICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espacio de elección por algunas personas que no disponen de SCS o que utilizan estimulantes.</li> </ul> <p><b>SAUNAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espacios utilizados por la población que practica chemsex.</li> <li>• Personas usuarias reclaman distribución de parafernalia higiénica.</li> <li>• Dificultades de articulación con establecimientos por temor a las represalias legales.</li> </ul>

Figura 12. Tabla de principales conclusiones de la temática Patrón de uso de sustancias. Elaboración propia. 2022.

TEMA 4: SERVICIOS Y PROGRAMAS	
<b>RED DE RDD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de elaboración de un mapa de recursos estatal de RDD.</li> <li>• Necesidad de creación de espacios multinivel específicos de RDD.</li> <li>• Necesidad de incorporar a las personas usuarias en la toma de decisiones.</li> <li>• Grave desigualdad en la distribución de recursos entre territorios urbanos y rurales.</li> <li>• Comunidades enfrentadas con los servicios de RDD, profesionales y personas usuarias. Éxito de implementación es la invisibilidad.</li> <li>• Necesidad de reducir el asistencialismo y promover redes de apoyo y cuidado comunitario.</li> <li>• Profesionalización y medicalización de los servicios supone una barrera de acceso para poblaciones no marginales, deben apoyarse iniciativas de base comunitaria.</li> </ul>
<b>PRIMER ACCESO A LA RED DE RDD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas usuarias conocen los servicios por iguales.</li> <li>• Acceden por primera vez en situación de sinhogarismo y tras fracasos de tratamiento previo.</li> <li>• Personas migrantes valoran muy positivamente acogida en lengua materna.</li> </ul>
<b>DISPOSITIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principalmente mixtos, reclamo de aumento de servicios no mixtos.</li> <li>• Espacios masculinizados y hostiles.</li> <li>• Falta de espacios de seguridad y confidencialidad.</li> <li>• Necesidad de incorporación de profesionales de salud mental.</li> <li>• Necesidad de incorporación perspectiva de género transversal.</li> <li>• Necesidad de incorporación perspectiva transcultural.</li> <li>• Necesidad de incorporación competencias LGTBIQ+.</li> <li>• Centros de días . <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sobresaturados por el aumento del sinhogarismo.</li> <li>- Espacios de insuficientes dimensiones, falta de luz natural y ventilación.</li> <li>- Ofrecen malas condiciones laborales para las profesionales.</li> <li>- Las instalaciones favorecen la violencia.</li> <li>- Personas usuarias consideran que favorecen la restauración de su dignidad.</li> </ul> </li> </ul>

Figura 13. Tabla de principales conclusiones de la temática Servicios y Programas. Elaboración propia. 2022.

## TEMA 5: PROFESIONALES

- Escasa investigación sobre estado de salud emocional de las profesionales de RDD.
- Identificación de indicadores de elevada presencia de burn-out.
- Instauración de la cultura “o lo hacemos nosotras o nadie lo hará”.
- Desarrollan y normalizan estrategias de protección y supervivencia ante la sobreexposición de violencia.
- Necesidad de fidelizar profesionales para garantizar experticia.

### BURN-OUT

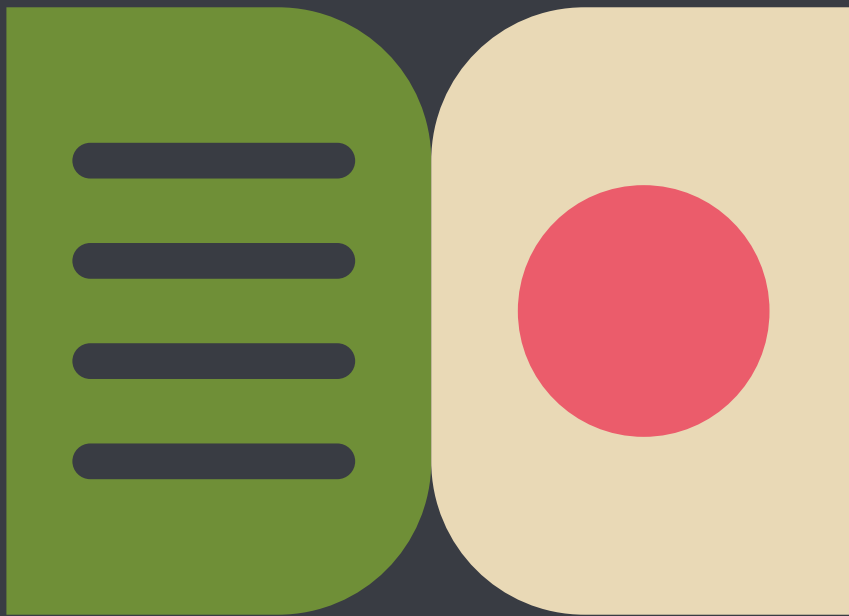
- Generalizado en todas las figuras profesionales.
- Falta de reconocimiento dentro de la red de atención y acompañamiento a las adicciones.
- Cuestionamiento profesional y sobre la RDD por parte de las redes de atención de básica.
- Episodios de ser víctimas de violencia por parte de las comunidades.
- Evidencia de malas condiciones laborales y no reconocimiento de riesgos psicosociales en el entorno laboral.
- Sobreexposición a la violencia, detección de indicadores de estrés post traumático.
- Importancia de garantizar modelos de organización del trabajo y liderazgo cooperativistas dentro de los servicios de RDD.
- Desgaste y agotamiento se relacionaron con elevada rotación profesional y elevado número de bajas médicas.
- Profesionales reclaman incorporación inmediata de figuras de supervisión externa para cuidados y apoyo.

Figura 14. Tabla de principales conclusiones de la temática Profesionales. Elaboración propia. 2022.

Tras la elaboración de este primer diagnóstico de la situación de la RDD en España se recomienda a administraciones responsables y entidades continuar investigando en cada una de las dimensiones temáticas descritas. Se constató como prioritario el diseño de estrategias y respuestas concretas que promuevan: la implementación del enfoque de justicia social en el modelo de RDD existente que permita articular la reducción del estigma y la consideración de las personas usuarias sujetos de pleno derecho; el acceso y adherencia de las poblaciones minoritarias identificadas; la revisión y adecuación de los programas y servicios a los nuevos patrones de uso sustancias detectados; la incorporación transversal de la perspectiva de género, transcultural y LGTBIQ+ en los servicios y programas de la red de RDD; y la mejora de las condiciones laborales de las personas profesionales.

# 8

# BIBLIOGRAFÍA



# BIBLIOGRAFÍA

1. ALTELL, G. (17 OCTUBRE 2022). *Drogas, maternidades y estigma. Las Drogas*. <https://www.lasdrogas.info/opiniones/drogas-maternidades-y-estigma>.
2. ANDREO, C., BERNARD, O., BOLO P. (2013). *The story and principles of harm reduction. Between public Health & social change*. Medecins du Monde. French Agency for Development (AFD).
3. BRETHERTON, J. (2017), 'Homelessness and gender reconsidered', *European Journal of Homelessness*, pp. 1–22.
4. BROCATO, J., & WAGNER, E. F. (2003). *Harm reduction: A social work practice model and social justice agenda*. *Health & Social Work*, 28(2), 117
5. CARRASCO-GARRIDO, P., DÍAZ RODRÍGUEZ, D. R., JIMÉNEZ-TRUJILLO, I., HERNÁNDEZ-BARRERA, V., LIMA FLORENCIO, L., & PALACIOS-CEÑA, D. (2021). *Nonmedical use of benzodiazepines among immigrant and native-born adolescents in Spain: National trends and related factors*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1171.
6. CHESLER P. (1972). *Mujeres y Locura*. Continta Me Tienes.
7. CURTO J, DOLENGEVICH H, SORIANO R, BELZA M.J. DOCUMENTO TÉCNICO: *Abordaje de la salud mental del usuario con prácticas de chemsex*. Madrid: MSD; 2020.
8. DAVIS, A. Y. (2011). *Are prisons obsolete?*. Seven stories press.
9. DE CATALUNYA, G., & DE BENESTAR SOCIAL, D. (2014). *Acompanyant el seu present: professionals amb la infància*.
10. DE ESPAÑA, C. D. M. (2017). *Estrategia Nacional sobre adicciones (2017-2024)*.
11. DE INÉS, A., GUIJARRO, L., TELLO, J. SALES, A. (2017). *DIAGNOSI 2017. La situació del sensellarisme a Barcelona. Evolució i accés a l'habitatge*. Xarxa d'Atenció a les Persones Sense Llar de Barcelona, Ajuntament de Barcelona.
12. DE KOCK, C. (2020). *Cultural competence and derivatives in substance use treatment for migrants and ethnic minorities: What's the problem represented to be?*. *Social Theory & Health*, 18, 358-394.
13. *Documento técnico sobre abordaje del fenómeno del chemsex*. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad. 2020.
14. *Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): resultados en España*. Ministerio de Sanidad, 2020
15. FALCÓN, C. M. (2002). DE LA MORFINA A LA HEROÍNA: *El consumo de drogas en las mujeres*. *Miscelanea Comillas*, 217, 243.
16. FEDEROVA, O. (2012). *Transcultural drug work. A handbook for practitioners working with drug users from different ethnic and cultural backgrounds*. Strasbourg, France: Council of Europe-Pompidou Group.
17. FOLCH, C., LORENTE, N., MAJÓ, X., PARÉS-BADELL, O., ROCA, X., BRUGAL, T., ... & REDAN STUDY GROUP. (2018). *Drug consumption rooms in Catalonia: A comprehensive evaluation of social, health and harm reduction benefits*. *International Journal of Drug Policy*, 62, 24-29.
18. FRY, C. L., TRELOAR, C., & MAHER, L. (2005). *Ethical challenges and responses in harm reduction research: promoting applied communitarian ethics*. *Drug and alcohol review*, 24(5), 449-459.
19. GOFFMAN, E. (2009). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores.
20. *Grupo de Trabajo de chemsex del Plan Nacional sobre el sida. Informe sobre chemsex en España*. Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación. Septiembre 2019.
21. ÍNCERA D., GÁMEZ M., IBARGUCHI L., GARCÍA A., ZARO I., ALONSO A. *Aproximación al Chemsex en España 2021*. Madrid: Apoyo Positivo e Imagina.
22. JOHNSTON, L., LIDDELL, D., BROWNE, K., & PRIYADARSHI, S. (2017). *Responding to the needs of ageing drug users*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
23. KASPER, R. (2021). *Resource hub & Good practice collection. HR4Homelessness. Integrating Harm Reduction in Homeless Services*. FEANTSA.
24. KEANE, H. (2003). *Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights*. *International Journal of Drug Policy*, 14(3), 227-232.
25. KIRSCHENHEITER, T., & CORVINO, J. (2020). *Complicity in harm reduction*. *Health care analysis*, 28(4), 352-361.
26. KLEIN, A. (2020). *Harm reduction works: Evidence and inclusion in drug policy and advocacy*. *Health Care Analysis*, 28(4), 404-414.
27. LASCO, G. (2022). *Decolonizing harm reduction*. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 1-3.
28. LLORT SUÁREZ, A., FERRANDO ESQUERRÉ, S., BORRÁS CABACÉS, T., & PURROY ARITZETA, I. (2013). *El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias*.
29. MACMASTER, S. A. (2004). *Harm reduction: A new perspective on substance abuse services*. *Social Work*, 49(3), 356-363.
30. MERKINAITE, S., GRUND, J. P., & FRIMPONG, A. (2010). *Young people and drugs: next generation of harm reduction*. *International Journal of Drug Policy*, 21(2), 112-114.
31. MEROÑO, M. (2019). *El 20%, el género ignorado en las estrategias de reducción de daños*. Fundació Àmbit Prevenió.
32. MONTSERRAT BOADA, C., IGLESIAS VIDAL, E.,

- GÓMEZ, C., GALLART MIR, J., BEDOYA, Z., & LLO-SADA GISTAU, J. (2021). *La joventut migrada sense referents familiars a Catalunya: canviant mirades*.
33. MORRIS, S. (2019). *Too painful to think about: chemsex and trauma*. Drugs and Alcohol Today.
  34. NICHOLLS, J. (2021). *Further implications of the harm to others framework for drug policy debates*. Addiction, 116(8), 1947-1948.
  35. NOWELL, M., & MASUDA, J. R. (2020). "You need to just provide health services:" navigating the politics of harm reduction in the twin housing and overdose crises in Vancouver, BC. International Journal of Drug Policy, 82, 102774.
  36. O'GORMAN, A., & SCHATZ, E. (2021). *Civil society involvement in harm reduction drug policy: reflections on the past, expectations for the future*. Harm Reduction Journal, 18(1), 1-8.
  37. PARÉS, Ò., & BOUSO, J. C. (2015). *Hacer de la necesidad, virtud. Políticas de drogas en Cataluña, de la acción local hacia el cambio global*. Serie Lecciones en Políticas sobre Drogas.
  38. PAULY, B. (2008). *Harm reduction through a social justice lens*. International Journal of Drug Policy, 19(1), 4-10.
  39. PLEACE, N., & LLOYD, C. (2022). *European responses to the needs of people who experience homelessness and use drugs: Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide*.
  40. PLEACE, N. (2008), *Effective services for problematic drug use and homelessness in Scotland: evidence from an international review*, Scottish Government, Edinburgh.
  41. POMPIDOU GROUP. (2020) *Human rights and people who use drugs in the Mediterranean region: current situation in 17 MedNET countries*. Strasbourg: Council of Europe.
  42. RHODES, T. (2002). *The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm*. International journal of drug policy, 13(2), 85-94.
  43. RHODES, T. (2009). *Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach*. International journal of drug policy, 20(3), 193-201.
  44. RIGONI R, TAMMI T, VAN DER GOUWE D, ET AL. (2020). *Seguimiento de la Sociedad Civil sobre la reducción de daños en Europa*. Corrlation European Harm Reduction Network.
  45. RODÓ-ZÁRATE M. (2021). *Interseccionalidad. Desigualdades, lugares y emociones*. Bellatera Edicions. Serie General Universitaria.
  46. ROMANI O, GONZALEZ C, FUNES J, ET AL. (1989). *Repensar las drogas. Hipótesis de la influencia de una política liberizadora respecto a las drogas, sobres los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación*. Grup Igia.
  47. ROMO AVILÉS, M. N. (2005). *Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres*.
  48. RUIZ-ROBLEDILLO, N., FERRER-CASCALES, R., PORTILLA-TAMARIT, I., ALCOCER-BRUNO, C., CLEMENT-CARBONELL, V., & PORTILLA, J. (2021). *Chemsex practices and health-related quality of life in Spanish men with HIV who have sex with men*. Journal of Clinical Medicine, 10(8), 1662.
  49. ROVIRA J, CORTES E, VIDAL C, ET AL. (2018) *La reducción de daños en la intervención con drogas. Concepto y buenas prácticas*. Red Iberoamericana de ONG que trabajan con Drogas y Adicciones.
  50. ROVIRA, J. (2022) *Metanfetamina, problemática y respuestas [Webinar]*. Plan Nacional sobre drogas
  51. SAMY KEMKEM, S (Algeria), IVANDIĆ-ZIMIĆ, J (Croatia), PICHIDES,A (Cyprus), SAVVOPOULOU,F (Greece), NEMETH,A (Hungary), CAPUTO, M (Italy), ARTIMOVÁ, P (Slovak Republic), BARREIROS,F., CARMONA,M. (Portugal), PÉREZ-LOPEZ, M (Spain). (2022). *Intercultural Responses to drug-related challenges for refugees, migrants*. (Strasbourg: Council of Europe, November 2022.
  52. SALES, A. (2015). *How many homeless people live in Spain? Incomplete sources and impossible predictions*. European Journal of Homelessness \_ Volume, 9(2).
  53. SALES, A., & GUIJARRO, L. (2017). *Dones sense llar: la invisibilització de l'exclusió residencial femenina*. Revista Barcelona Societat, 21, 81-89.
  54. SARASA-RENEDO, A., SORDO, L., PULIDO, J., GUITART, A., GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, R., HOYOS, J., ... & BARRIO, G. (2015). *Effect of immigration background and country-of-origin contextual factors on adolescent substance use in Spain*. Drug and Alcohol Dependence, 153, 124-134.
  55. SEPÚLVEDA, M., BÁEZ, F., & MONTENEGRO, M. (2008). *NO EN LA PUERTA DE MI CASA. Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias*. Barcelona: Grup Igia.
  56. SPADE, D. (2020). *Apoyo Mutuo. Construir solidaridad en sociedades en crisis*. Tráficoantes de Sueños.
  57. STÖVER, H., TARJÁN, A., HORVÁTH, G., & MONTANARI, L. (2021). *The state of harm reduction in prisons in 30 European countries with a focus on people who inject drugs and infectious diseases*. Harm Reduction Journal, 18(1), 1-17.
  58. VERGES, F. (2020). *Una teoria feminista de la violència. Per una política antiracista de la protecció*. Tigre de paper Edicions.
  59. WATSON, T. M., KOLLA, G., VAN DER MEULEN, E., & DODD, Z. (2020). *Critical studies of harm reduction: overdose response in uncertain political times*. International Journal of Drug Policy, 76, 102615.
  60. YOUNG, I. M. (2001). *Equality of whom? Social groups and judgments of injustice*. Journal of political philosophy, 9(1), 1-18.
  61. ZARÓN I., NAVAZO T., VÁZQUE J., GARCÍA A., IBARGUCHI, L., *Aproximación al Chemsex en España 2016*. Madrid: Apoyo Positivo e Imagina.



# ANEXOS

**GUÍA TEMÁTICA GRUPO FOCAL PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN RDD**

<b>DEFINICIÓN DE PROBLEMA</b>			
¿Cuándo una persona es candidata a beneficiarse de la RDD?			15 min
A partir de estos daños, ¿cuál sería el orden de priorización que se establece en la población que atienden?		Principales daños: estigma, salud, violencias, violencia sexual infancia, violencia sexual adulta, vivienda (sin techo + techo no seguro) red afectiva/familiar, laboral, fuentes de ingreso, cultural. <b>Maternidad igual que paternidad?</b>	
		Incidir rural vs urbano	
<b>PATRÓN DE CONSUMO</b>			
Sustancias	En la mayoría de territorios las principales sustancias utilizadas por la población atendida desde los servicios de RDD es heroína y cocaína. En los últimos años, ¿han detectado algún cambio en las sustancias que utilizan las personas usuarias?	Incidir en alcohol y fármacos prescritos si no aparecen.	30 min
	¿Observan diferencias entre hombres, mujeres y personas de género no binario?	Literatura y expertas inciden en mujeres OH+BZP como población oculta hasta que el domicilio no es un lugar seguro o lo pierde.	
Vías admin	En los últimos años, ¿se ha detectado algún cambio en las vías de administración que utilizan las personas usuarias?	Incidir en que el alcohol y BZP es vía oral, y el inhalante es fumada. Todas quedan fuera de la paleta clásica RDD.	
	¿Utilizar una determinada vía es el la línea que separa la reducción de riesgos y daños? ¿Dónde está esa línea? ¿Qué implicaciones tiene esta diferenciación?	Expertos señalan que la separación según vía de administración estigmatiza a un grupo de usuarixs y es barrera de acceso a RDD de otro grupo poblacional	
	Las personas usuarias que acuden a los servicios donde trabajan, ¿en qué espacios suelen consumir?	Fenómeno narcopisos extendido por varias ciudades Españolas, diferentes abordajes. Narcopiso no relacionado con la presencia de Sala de Consumo en la ciudad. <b>Incidir dif H/M/NB</b>	
	¿Coinciden estos espacios en los lugares más pequeños?	Espacio rural vs urbano	
	Los motivos que deberían llevar a una persona a utilizar una sala de consumo son: no letalidad ante una sobredosis, no transmisión de enfermedades, seguridad y protección. ¿Se cumplen estas características?	Motivos según literatura, expertos señalan directamente a salas de consumo como espacio inseguro para mujeres y jóvenes. <b>Incidir dif H/M/NB</b>	

<b>POBLACIONES ATENDIDAS</b>			
Mujeres	El perfil habitual de la mayoría de servicios y programas de RDD son hombres, españoles, sinhogar. ¿Coincide con la realidad que ven?	Incidir rural vs urbano	45 min
	La mayoría de servicios de RDD mixtos han implementado alguna estrategia de captación y adherencia de las mujeres. Aún y así ningún servicio supera el 22,3%. ¿Qué sigue fallando?		
	¿Qué opinan lxs profesionales que trabajan en servicios no mixtos y/o los profesionales que tienen programas no mixtos? ¿Qué programas o recursos siguen pendientes de desarrollo desde un enfoque de RDD?	Diferencias existen en distintas dimensiones como: horarios, trato, confidencialidad, etc. <b>Formación?</b>	
Mayores	Según el EMCDDA las personas mayores de 45 años usuarias de larga trayectoria de opiáceos presentan un estado de salud que los equipara a personas mayores 65 años en población general, ¿en los servicios que ustedes trabajan existe algún programa específico dirigido a este grupo?	Incidir barreras rural vs urbano	
	¿Se adaptan los servicios donde trabajan y las estrategias habituales a la atención de este grupo?	Formación?	
Salud mental	En general, ¿dirían que en los últimos años ha cambiado el estado de salud mental de las personas usuarias de su servicio de RDD? Señalen las posibles causas	Diferencias de diagnóstico o sintomatología entre mujeres y hombres? <b>Formación?</b>	
<b>POBLACIONES OCULTAS RDD</b>			
	¿Consideran que hay algún grupo poblacional candidato de atención que no está accediendo a los servicios y programas de RDD?	Jóvenes, No binarios, Trans, Chemsex	
	¿Cuáles dirían que son las principales barreras de acceso y adherencia?		

DISPOSITIVOS			
PIJ	Uno de los programas de RDD esenciales son los PIJ, durante los últimos años se han aplicado mejoras como la implementación en algún CP y la cobertura territorial preventiva. ¿Qué necesidades o aspectos de mejora siguen pendientes?	Incidir barreras rural vs urbano	15 min
Calor y Café	Es común que los servicios de RDD dispongan de un espacio denominado “Salón / Calor y Cafe” cuyo objetivo es la cobertura de NNBB, ofrecer descanso y seguridad. ¿Consideran que las respuestas que ofrecen actualmente dan respuesta sobretudo a hombres sin hogar?		
	¿Qué mejoras o propuestas deberían implementarse para dar una respuesta adaptada a otros grupos minoritarios?	Mujeres, No binarias, Trans, LGTBIQ, jóvenes, diversidad funcional	
Equipos comunitarios	Los equipos de proximidad se diseñan con el objetivo de captar y atender personas no vinculadas a los RDD y la retirada de jeringuillas en la vía pública. A pesar que siguen siendo aspectos de necesidad, ¿qué otras funciones deberían recuperarse y/o incorporarse?	Incidir rural vs urbano. <b>Incidir en la detección de violencias</b>	
	¿La persona usuaria de RDD está considerada como miembro de su comunidad?		
EQUIPOS PROFESIONALES			
Rol de género	¿Qué funciones profesionales relacionan con mayor agotamiento?	<b>Incidir dif H/M/NB</b>	15 min
	¿Recaen mayoritariamente en mujeres profesionales?	Mujeres ejercen más tareas de cuidado	
Burn-out	Diversos estudios señalan como elemento de preocupación el burn-out reportado en las personas que trabajan en los social. ¿Comparten esta afirmación?		
	¿Cuáles podrían ser la causas? ¿Qué elementos de mejora podrían incorporarse?	Liderazgos, descanso, cuidado individual, grupal, institucional. <b>Incidir dif H/M/NB</b>	
Cultura de grupo	Existe una cultura de grupo en algunos servicios de RDD, ¿consideran que operan como grupos de apoyo mutuo?	<b>Incidir dif H/M/NB</b>	
	¿Qué motivaciones puede haber para que se creen esta estructura?		

Trauma	¿Qué lugar ocupa la experiencia traumática en los profesionales de RDD?	Incidir dif H/M/ NB	
	¿Existe conciencia en los profesionales?		
<b>COORDINACIÓN CON LA RED BÁSICA DE SERVICIOS</b>			
Salud Mental	¿Las personas usuarias RDD son atendidas en esta red?		15 min
Protección mujeres	¿Qué dificultades se encuentran para acceder? ¿Y para la adherencia?		
Chemsex	¿Existen estructuras de coordinación con esta red?		
Menores	¿Participan directamente los profesionales que trabajan en los servicios de RDD?		
Mayores			
Sinhogarismo			

## GUÍA TEMÁTICA GRUPO FOCAL MUJERES USUARIAS SERVICIOS RDD

PRIMERA VEZ EN RDD		
Definición	¿Qué significa para ustedes "Reducción de Daños?"	
Aproximación	A lo largo de su vida, ¿Qué servicios y/o programas de RDD ha utilizado usted?	
	¿Sabén qué diferencia hay entre RDD Y Reducción de riesgos?	
	¿Cuándo fue la primera vez que supo de la existencia de un servicio de RDD? ¿Cómo fue?	Incidir en características de la persona informante (género, edad, país de origen, usuario/profesional, contexto en el que recibe la información) o servicio informante (tipo de servicio, profesional de confianza, motivos derivación)
Acogida	¿Cuándo fue la primera vez que acudieron a un servicio de RDD?	Incidir si la 1a vez que se aproxima al servicio también acceder + motivos
	¿En qué situación se encontraban (techo, consumo, pareja, maternidad, tratamiento, salud mental, salud orgánica, fuente de ingresos...)?	Incidir pareja, maternidad, familia, VM, VSex
	¿Qué motivos las condujeron a acercarse a este servicio de RDD?	Identificación de demandas iniciales: RDD en drogas, dealers, presión de grupo, contacto profesional, desprotección....
	¿Podrían explicar cómo recuerdan esas primeras veces que utilizaron este servicio? ¿Se sienteron acogidas? ¿Qué habrían necesitado para sentirse más acogidas? Pueden poner ejemplos...	Incidir en: si fueron solas o acompañadas, si era de noche o de día, si la 1a vez entraron o solo miraron desde fuera, en qué pensaron al entrar, qué sintieron al entrar, si recuerdan muchos o pocos profesionales, cómo recuerdan a los profesionales (hombres/muejeres), qué pensaron del resto de personas usuarias, qué emociones les despertaron el resto de personas Incidir en influencia de las intersecciones individuales: migrante, diversidad funcional, salud mental, edad
	¿Su percepción inicial fue que estaban en un lugar seguro (que no podían ser agredidas, ambiente protegido, que su intimidad se iba a preservar...)? Pueden poner ejemplos...	
	En general si pudiese volver atrás, ¿qué aspectos mejoraría de esas primeras veces? Pueden poner ejemplos...	Incidir en: horarios, profesionales, instalaciones, acompañamiento, instalaciones, privacidad...
Objetivos abstinencia	Anteriormente, ¿tenían la impresión que recibir apoyo implicaba dejar de consumir drogas y/o alcohol? ¿Algún profesional o servicio les puso la condición de dejar de consumir para poder obtener ayuda? Pueden poner ejemplos...	

Red drogas	Anteriormente, ¿qué otros servicios de la red de atención a las drogodependencias habían utilizado?	Incidir en: prevención, tratamiento ambulatorio, CT
Diferencia con otros servicios	¿Fue diferente a acceder por primera vez a un centro de salud (CAP)? ¿En qué se diferencia?	
Diferencia con otros servicios	¿Fue diferente a acceder por primera vez a un centro de servicios sociales? ¿En qué se diferencia?	
Daños	A partir de estos daños, ¿cuál sería el orden de importancia para las mujeres que utilizan drogas y/o alcohol?	Principales daños : estigma, salud, violencias, violencia sexual infancia, violencia sexual adulta, vivienda (sin techo + techo no seguro) red afectiva/familiar, laboral, fuentes de ingreso, cultural., maternidad, salud sexual y reproductiva, drogas
	¿Consideran que si ustedes fuesen hombres el orden habría sido el mismo?	Maternidad igual que paternidad?
<b>PATRÓN DE CONSUMO</b>		
Sustancias	En la mayoría de territorios las principales sustancias utilizadas por la población atendida desde los servicios de RDD es heroína y cocaína. En los últimos años, ¿han detectado algún cambio en las sustancias que utilizan las mujeres usuarias de drogas?	Incidir en alcohol y fármacos prescritos si no aparecen.
	¿Consideran que puede existir alguna diferencia entre las sustancias que consumen los hombres y las que consumen las mujeres?	
	¿Consumen igual (cantidades, frecuencia, vías de administración, espacios de consumo...)? ¿Por qué creen ocurren esas diferencias? Pueden poner ejemplos...	
	¿Observan algún cambio antes y después del COVID (puntos de venta, precio de las sustancias, calidad de las sustancias, vendedores...)?	
Puntos de venta	¿Consideran que los puntos de venta son lugares seguros? ¿Son igual de seguros para mujeres que para hombres?	
	¿Hay mujeres en los puntos de venta? ¿Son consumidoras? ¿Qué trabajos realizan? ¿Son diferentes a los que realizan los hombres?	Narcopisos, punterxs, poblados, domicilios...
Espacios de consumo	Las Salas de Consumo son utilizadas mayoritariamente por hombres, ¿dónde consumen las mujeres entonces?	Incidir en cómo consumen (en compañía, escondidas, mismo patrón de consumo, influencia de tener techo...)

	Y cuando las Salas de Consumo están cerradas, ¿dónde consumen?	Incidir en cómo consumen (en compañía, escondidas, mismo patrón de consumo, influencia de tener techo...)
	Los motivos que deberían llevar a una persona a utilizar una sala de consumo son: no letalidad ante una sobredosis, no transmisión de enfermedades, seguridad y protección. ¿Se cumplen estas características?	Igual para hombres que para mujeres?
<b>DISPOSITIVOS</b>		
General	La mayoría de servicios y programas de RDD se localizan en ciudades, ¿opinan que en los lugares más pequeños hay necesidad? ¿Por qué creen que es menor o nula la presencia de este tipo de servicios y/o programas?	Rural
PIJ	¿Son o han sido usuarias de algún PIJ? En relación a la siguientes dimensiones: horarios, actividades, atención individual y profesionales... ¿se adaptan a sus necesidades como mujeres usuarias de drogas? ¿cómo podrían mejorar? ¿piensan que para los hombres se adaptan mejor? Pueden poner ejemplos....	
Equipos comunitarios	¿Son o han sido atendidas por los equipos de calle? En relación a la siguientes dimensiones: horarios, actividades, atención individual y profesionales... ¿se adaptan a sus necesidades como mujeres usuarias de drogas? ¿cómo podrían mejorar? ¿piensan que para los hombres se adaptan mejor? Pueden poner ejemplos....	
	¿Alguna vez le han acompañado a algún servicio? ¿Cuáles son los motivos por los cuales usted puede haber solicitado acompañamiento?	
	¿Considera que los hombres usuarios de drogas solicitan acompañamiento a los mismos lugares? ¿Cuáles podrían ser los motivos?	
	¿Alguna vez algún equipo de calle ha tenido que mediar en algún conflicto en el que usted pudiese estar involucrada en el barrio o comunidad? Explíquelo...	
Calor y Café	¿Son o han sido usuarias de algún Calor y Café? En relación a la siguientes dimensiones: horarios, actividades, atención individual y profesionales... ¿se adaptan a sus necesidades como mujeres usuarias de drogas? ¿cómo podrían mejorar? ¿piensan que para los hombres se adaptan mejor? Pueden poner ejemplos....	



	El concepto "calor" responde a necesidad de protección y "café" a necesidad de alimentación y escucha, ¿considera que los Calor y Café le ofrecen esta cobertura?	
	¿Alguna vez ha tenido un conflicto en un Calor y Café? Explíquelo...	Incidir si era contra mujer/hombre usuariix/profesional, qué hicieron los profesionales, qué hicieron el resto de usuariix... diferencias si hubiesen sido hombres
Normativa	En general, ¿considera que los servicios de RDD son espacios libres de violencia?	Preguntar por qué
	¿Podrían describir que violencias se viven?	Legitimar la percepción de tensión no solo la violencia directa
	¿Alguna vez ha participado en la elaboración de la normativa de algún servicio o programa?	
<b>EQUIPOS PROFESIONALES</b>		
	En general, ¿Diría que trabajan más mujeres u hombres en los servicios de RDD?	
	En general, ¿Percibe alguna diferencia en si el profesional que la atiende es hombre o mujer? Puede poner ejemplos....	Incidir en dimensiones: confidencialidad, apoyo, límites, protección, seguridad
	¿Alguna vez ha sentido que por el hecho de ser mujer algún/a profesional de RDD le ofreció un trato diferente? Puede poner ejemplos...	
	¿Se relaciona usted igual con los profesionales hombres que con aquellas que son mujeres?	
<b>RED DE SERVICIOS</b>		
Profesionales	En general, ¿Observa alguna diferencia entre los profesionales de RDD y los profesionales que están en el resto de servicios básicos (CAP, Serveis Socials, Comedor, SASSEP...)?	
Estigma	¿Explica en el resto de servicios a los que acude que usted usa drogas y/o alcohol?	
	¿Alguna vez ha vivido alguna situación donde por el hecho de ser mujer en consumo activo no ha podido acceder a algún servicio, ayuda, programa? Puede poner ejemplos...	
	¿Cree que a los hombres consumidores de drogas y/o alcohol les sucede lo mismo?	

<b>CIRCUITO DE VIOLENCIA</b>		
	¿Alguna vez ha solicitado protección por sufrir una agresión machista? ¿Cómo fue esa experiencia?	Incidir desde el proceso de decisión, denuncia, parte de lesiones, protección servicio, protección en calle, juicio...
	¿Se le cuestionó el relato en algún momento por el hecho de ser consumidora de drogas y/o alcohol?	
	¿Tuvo que explicar su relación con el consumo de drogas y/o alcohol?	
	¿Considera que recibió la misma atención que una mujer que no es consumidora de drogas?	
	¿Algún profesional de RDD le aconsejó que explicase su consumo de una forma "disimulada"?	
	¿Llegó a acceder algún servicio de protección? ¿Cómo fue su experiencia?	
	Como mujer que no tiene domicilio propio, ¿cómo se protegía del posible contacto con el agresor? Puede poner ejemplos...	Solo si toca
	¿Consideran que son experiencias aisladas o conocen a otras mujeres que les han sucedido situaciones parecidas?	
<b>MATERNIDAD</b>		
	En los servicios de RDD, ¿alguna vez le han preguntado por su condición de madre?	
	¿Qué es lo que más te ha impactado de las preguntas que te han hecho en relación a la maternidad?	Explorar si las han inducido a abortar
	¿Considera que a los padres consumidores se les trata por igual?	
<b>NUEVAS POBLACIONES</b>		
Mayores	Determinadas situaciones de vida (haber vivido en la calle, haber sufrido muchas sobredosis, mala alimentación...) podrían provocar que necesiten ciertos cuidados antes que el resto de la población, ¿conocen a mujeres consumidoras que estén ya en esta situación?	
	¿Creen que es necesario que existan servicios que atienden a mujeres mayores en situación de consumo activo?	
	¿Creen que los hombres consumidores mayores tienen las mismas necesidades?	

Jóvenes	¿Consideran que debe haber una edad mínima para acceder a un servicio de RDD?	
	En general, ¿los servicios de RDD se adaptan a personas jóvenes? ¿Qué aspectos de mejora se deberían incorporar?	
<b>SALUD MENTAL</b>		
Salud mental	¿Alguna vez ha acudido a psicología o psiquiatría de un servicio de RDD?	
	¿Cómo han sido sus experiencias con estos profesionales?	
	¿Has sentido un trato diferente por ser mujer?	

