

**XXI SEMINARIO IBEROAMERICANO SOBRE
DROGAS Y COOPERACIÓN**

**“LA INTERVENCIÓN EN DROGAS DESDE
LA ÉTICA, LA CALIDAD Y EL RIGOR METODOLÓGICO”**



MESA: “ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA

**Visión desde ABD Catalunya España
Montevideo Mayo 27-29/19**



Felisa Pérez
Presidenta ABD
Vicepresidenta RIOD

- . La heroína y la cocaína fueron de acceso libre en las farmacias hasta 1918 con el *"Convenio Internacional sobre restricción en el empleo y trafico de opio, morfina y sus sales"* paso a ser acceso por prescripción . Carnet extradosis

- . **Generó un mercado negro**

- . En 1932 se prohíbe la heroína . Se elimina el Carnet extradosis de morfina.

- . **El consumo de cocaína y morfina quedó relegado en ambientes privilegiados (artistas, diplomáticos, aristócratas,..)**

- . Guerra civil 1936-39

- . Anfetaminas y barbitúricos fueron fármacos de venta libre hasta los 80

- . En ambientes marginales se consumía el hachís (prohibido)

- . La cocaína en los 80 se hablaba de que no tenía poder adictivo

Es a finales de los 70 y principios de los 80 con la aparición del tráfico internacional de la HEROÍNA , la utilización de forma masiva entre los jóvenes, el gran poder adictivo, y la delincuencia que genera el trafico para el consumo y los medios de comunicación

"GRAN ALARMA SOCIAL"

Años 80 las respuestas desde :

- Los primeros **Ayuntamientos Democráticos**, las **ONG** y desde algunas **Diputaciones**

ONG
Profesionales, Familiares
Usuarios/as,
voluntarios/as

Recién creados
**Servicios
Sociales**

1. Ayuntamientos

2. Diputaciones

3. Autonomías

**4. Gobierno Central Est
PNSD (1985)**

Coproducción con la Administración desde el inicio

Percepción del problema

- **80-90 Alarma Social**  **Problema Social** , ningún o poco interés de la psiquiatría clásica.
Equipos: Trabajador Social, Psicólogos, Médicos.
- **90-2010 VIH/Sida**  **Problema Sanitario/epidémico**
Equipos: Internistas, enfermeras/os.
- **2010- Actualidad**  **Problema de Salud Mental**
Equipos: Psiquiatras

Perfil de los usuarios en centros de TT

Adicción alcohol y/o cocaína, de 10 a 12 años en el consumo, edad 26-44



ABD

SOCIAL

- . No trabajo, o en precario, ingresos irregulares o marginales, pensionistas...
- . Precariedad en la vivienda o, sin.
- . Educación primaria
- . F multiprobl. problemas sociales
- . Delitos contra la salud pública,..

ORGÁNICO

Hepatitis C
VIH/SIDA
ETS
.....

SALUD MENTAL

MUJER:
Más Neurosis:
Ansiedad,
Angustia,
Depresión,..

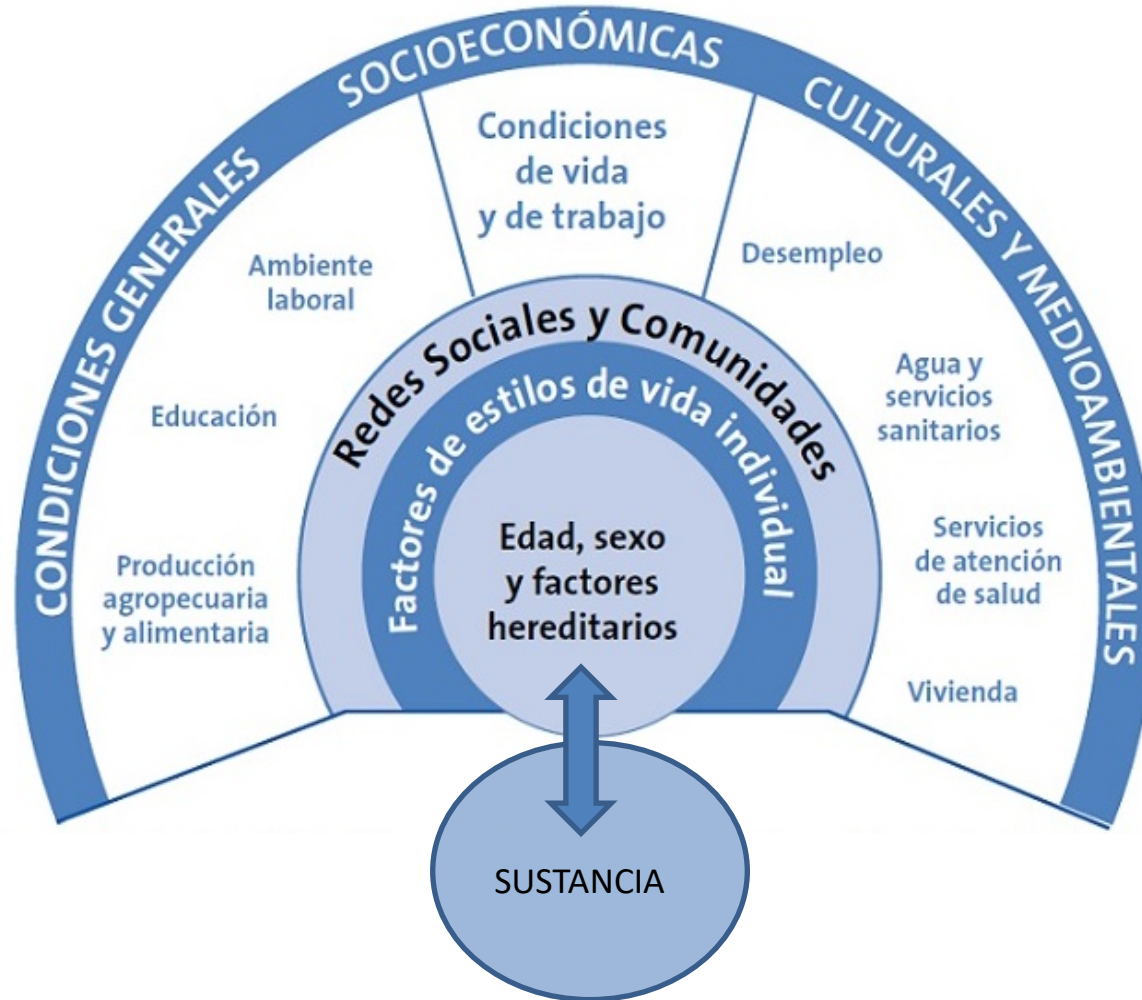
HOMBRE
Más Psicosis
Y conductas
antisociales

MUJER

Hijos/as y/o, padres a cargo
Abusos en la infancia
Violencia en la pareja
Prostitución
Escasas relaciones sociales
Vulnerabilidad
Consumo de psicofarmacos



Dependencia: Determinantes sociales/condicion. de vida



En salud, pesa más el distrito postal, que el código genético

Modelo de Atención

- Desde los inicios” **Bio-psico-social y educativo**”
- Equipos **multi /interdisciplinarios**,..
- **Modelo INTEGRAL E INTEGRADOR-COMUNITARIO. Mirada, “HOLÍSTICA”**

Conocer los **DETERMINANTES SOCIALES** imprescindibles para adecuar y planificar el proceso de recuperación.

Género como determinante sociocultural..

¿Cómo lo hacemos?

Respetando los Derechos de las Personas

ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

DECÁLOGO de ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Teresa Martínez versión 2017



1. Todas las personas tienen dignidad
2. Cada persona es única. Tiene su propio proyecto vital
3. La biografía es la razón esencial de la singularidad.
4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida
5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía
6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades
7. El ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo de las personas
8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas. Actividades plenas de sentido
9. El ser humano es un ser social y nos relacionamos desde relaciones de interdependencia
10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios

Atención-Enfoque-Filosofía- Metodología Centrada en la Persona

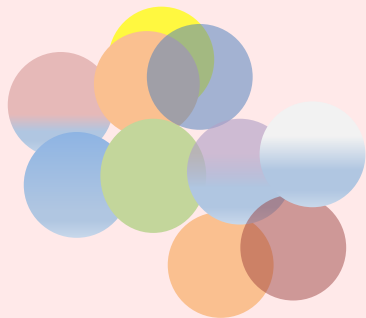
La actitud de los profesionales:

- **TRATO de RESPETO, DIGNIDAD.** Aceptación de sus preferencias.
No estigmatizante. No paternalista. No moralista
- **Acompañamiento** desde la situación real de la persona
- **Facilitar la continuidad** en su proceso vital.
- **Trabajo complementario** con otros servicios de la red específica u otras redes.
- **Los servicios se adaptan a la persona**



¿Es que hay otra manera de atender a la persona?

Atención integral



Visión Holística
Mirada desde la
complejidad

Atención integral,
Enfoque centrado
en la persona

Mirada visión
reduccionista

**Atención parcial
o fragmentada**

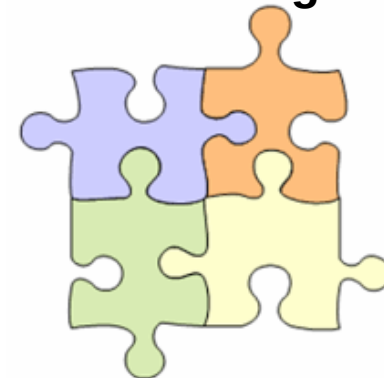
CUIDAMOS PERSONAS, NO ENFERMEDADES

Atención integrada



**Sistema
desarticulado
de atención**

- Sanidad
- Ser. Soc
- Justicia
- Educación
- Trabajo,..



Articulación de
servicios y
recursos

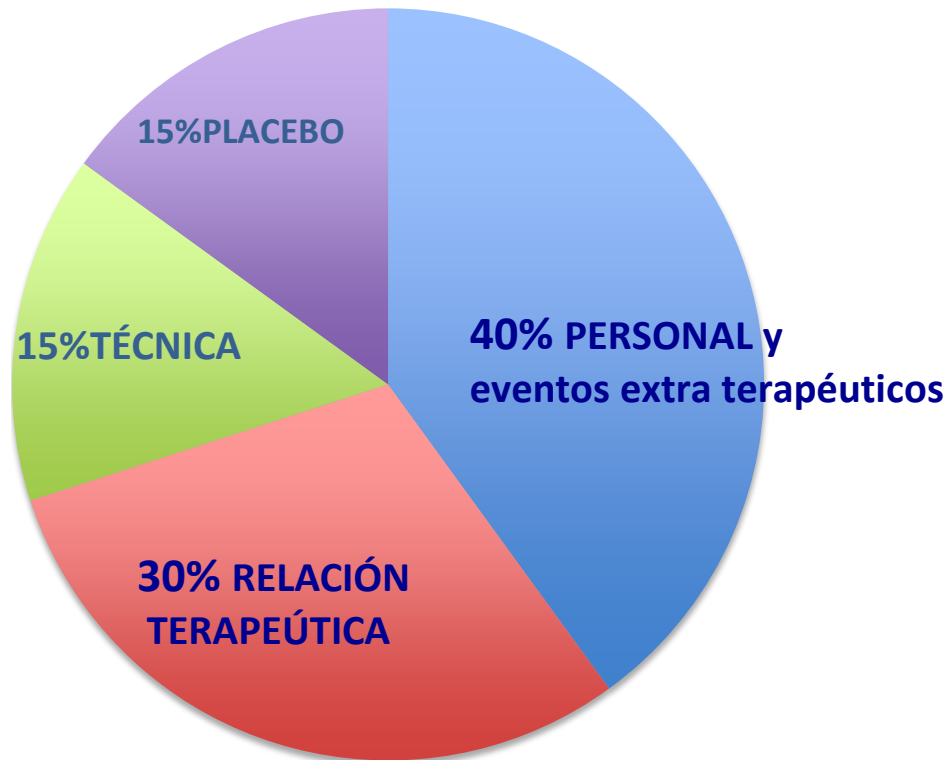
Marco jurídico y
organizativo

Políticas
globales

**ORGANIZAMOS LOS CUIDADOS CON
EFICIENCIA Y CALIDAD DE ATENCIÓN**

FACTORES PARA LA MEJORA

Asay y Lamber 1999



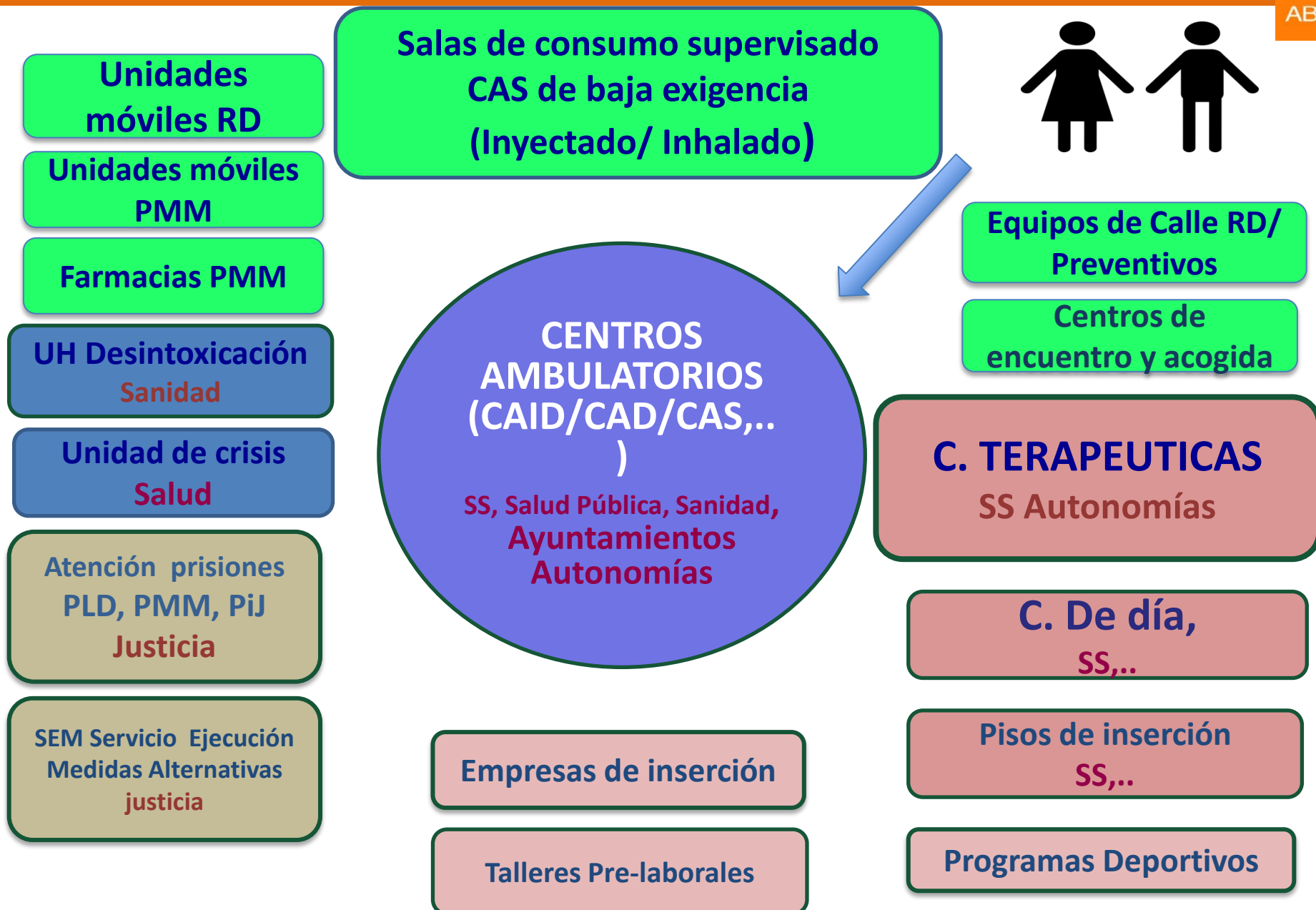
Objetivos de la atención drogodependencias



- ⇒ Ya en 1973 el comité de expertos en adicciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS 1974) había recomendado las **políticas de reducción de daños** como una alternativa viable para el control del consumo de drogas y de sus consecuencias.
- ⇒ Declaración del Consejo de Ministros de Salud de la Comunidad Europea del 16 de mayo de 1989:

“Las políticas de acción para resolver los problemas que resultan del consumo de drogas deberían revisar su objetivo final -abandono del consumo- y considerar objetivos intermedios la disminución de la mortalidad, disminución del riesgo de infección por VIH u otros agentes infecciosos, reducción de la marginalidad, etc., como aspectos esenciales que hay que atender.”

- Mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas
- Reducir la prevalencia de los riesgos y daños relacionados con el consumo.
- Disminuir la morbi/mortalidad
- **Favorecer la accesibilidad y adaptar los recursos asistenciales a las necesidades de los usuarios de drogas e incrementar la retención en los tratamientos.**
- Incrementar las competencias en la gestión de riesgos y daños asociados al consumo.



ATENCIÓN USUARIO/A:

Individual- grupal

ATENCIÓN A LA FAMILIA

Individual- grupal (Psico-educativos, GAM ayuda mutua,)

INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Coordinación y/o derivación a
la Red de Adicciones

Coord. y/o derivación a otras redes
ALTA

OTRAS REDES

Servicios Sociales (red de atención a mujeres maltratadas, infancia,...) **Justicia, Educación, Trabajo**

Salud: Médicos de familia, Especializada, SM,ETS,...

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN



Basados en evidencia:

- Llegar al máximo de población
- Mejora de la calidad de vida.
- Promoción de la vida personal.
- Empoderamiento. Autonomía

EN LA ACTUALIDAD PODEMOS DECIR



- Los equipos de las ONG que trabajan en adicciones, lo hemos hecho desde la **complejidad** (problemas sociales, orgánicos, psiquiátricos,..) y desde la **proximidad y la flexibilidad**.

Todos implementan **sistemas de calidad**.

Los equipos **profesionalizados** están formados y son formadores con solvencia demostrada

- Los SERVICIOS de la Red, **están acreditados** y , han tenido un seguimiento y evaluación constante por las Administraciones financiadoras.

- Las entidades hemos hecho de punta de lanza en programas y metodologías que ahora están integradas en la Red.(**Reducción de daños, prevención de riesgos, atención adicciones sin sustancias,..**)

Desde una visión de responsabilidad colectiva,
las Plataformas de ONG, nos ayudan:

a mejorar modelo de intervención,
a intercambiar buenas prácticas,
a profundizar en necesidades,
a incidir conjuntamente en las políticas públicas....

LOS PROBLEMAS SURGEN CUANDO

NO HAY POLITICAS CON VISION GLOBAL DE LAS ADICCIONES .
DEPARTAMENTITIS
CUANDO SE EXCLUYE LA EXPERIENCIA Y VALORES AÑADIDOS
DEL MOVIMIENTO ASOCIATIVO COMO PARTE DE LA SOLUCIÓN

MUCHAS GRACIAS



abd.org