

De riesgos y placeres

Manual para entender las drogas

David Pere Martínez Oró
Joan Pallarés Gómez
(eds.)

editorial
MILENIO

LA REDUCCIÓN DE RIESGOS EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL

Tre BORRÀS CABACÉS

Servei de Drogodependències HUSJ. Pla d'accions sobre drogues de Reus
tborras@grupagessa.com

Joan TRUJOLS ALBET

Unitat de Conductes Addictives. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Grup Igia, Barcelona
joan.trujols@gmail.com

No solamente la parte está en el todo, sino que el todo está en la parte (Morin, 2001: 107).

Introducción

La fiesta, la calle, el hospital, la comunidad terapéutica, la unidad de patología dual, el squat y un largo etc., son el recorrido o unas estaciones que en muchos casos son casi de parada obligatoria para aquellos que montaron en el tren de la adicción o de los usos problemáticos de sustancias psicoactivas.

En el intento de plasmar algunas reflexiones, no una narración exhaustiva, sobre como hemos organizado nuestro quehacer en relación a la atención del fenómeno del uso y abuso de sustancias psicoactivas o drogas –como son llamadas popularmente o en terminología anglosajona– desde que empezamos en los años ochenta hasta la actualidad, nos interesa destacar aquellos aspectos que han facilitado la aproximación al fenómeno desde una perspectiva de disminución de daños y riesgos. Queremos abarcar el espectro que se define entre la abstinencia absoluta y el consumo activo de las sustancias psicoactivas y psicótropas y sus diferentes usos y abusos. Vamos a referirnos a las patologías derivadas de ello, las toxicomanías, drogodependencias y/o adicciones, términos que han acabado siendo sinónimos. Estas denominaciones se han utilizado en función del momento o han ido cambiando –en ocasiones– con la intención de dignificar y respetar desde las redes asistenciales y sociales a los usuarios de nuestros dispositivos. Son muchos los aspectos que podemos contemplar y también los diferentes posicionamientos ideológicos.

Aspectos clave en la evolución de la implantación del paradigma de disminución de daños y riesgos en el ámbito asistencial

De acuerdo con Drucker (1995), puede afirmarse que muchas de las consecuencias más destructivas y de los problemas refractarios del consumo de drogas ilegalizadas no son el resultado de las drogas *per se*, sino de las leyes y políticas sobre drogas, es decir, la ilegalización de dichas sustancias

y la criminalización del usuario. En este sentido, tal como reconocen Grund *et al.* (1992a, 1992b), debería propiamente hablarse de daños vinculados con las disposiciones jurídicas sobre drogas.

Algunos autores (Fromberg, 1995; Nadelmann, 1993) señalan que dentro del movimiento de la reducción de daños coexisten prohibicionistas y partidarios de la legalización o, en palabras de Nadelmann (1993): prohibicionistas progresistas y progresistas pro legalización. Por ejemplo, Bonino (1998: 11)¹ afirma que:

(...) Seguimos dentro de la lógica de la sensatez al revés: el peso de la prueba debería estar obviamente a cargo de los partidarios de la prohibición; son ellos los que deben demostrar la eficacia de las políticas en vigor desde hace varias décadas, en vez de pontificar sobre los posibles fracasos de planteamientos alternativos que ni siquiera quieren probar.

Como es evidente, aparece una gran variabilidad de perspectivas según el punto de aproximación y en ocasiones con una gran fragmentación en la aprehensión del fenómeno, que no responden a su complejidad y al hecho de que capilariza los diferentes niveles del individuo, de su entorno microsocia l y del contexto macrosocia l y geopolítico.

De todas las personas que utilizan drogas ilegales, sólo una pequeña parte encaja con los servicios de tratamiento, o al menos eso se piensa. Mientras que muchas de estas personas que usan estas drogas no necesitan tratamiento, se estima que acceden a los servicios al menos alguna vez, pero, sólo una minoría de usuarios dependientes se beneficiarán del tratamiento (Treloar y Holt, 2006).

Por tanto, la respuesta asistencial no debe pretender apriorismos en relación con la abstinencia ni una interacción instructiva sino que tiene que contemplar un posible acoplamiento estructural (Maturana y Varela, 2004) para lograr relaciones que posibiliten cambios, de mínimos a máximos, en función de los múltiples y singulares elementos que caracterizan las demandas y las respuestas en un momento y lugar concretos.

El primer cambio en la denominación de toxicomanías a drogodependencias se produjo en la segunda mitad de los años ochenta, después de la oleada de consumo de heroína y de la alarma reactiva que se generó. Luego vendría la pandemia del SIDA, que paradójicamente aceleró la crisis que facilitó lo que podríamos llamar el cambio de paradigma y el desarrollo de las estrategias de disminución de daños y riesgos. Es importante, sin embargo, destacar que hubo un contexto previo de fracaso de las respuestas en vigor, un cuestionamiento del modelo médico tradicional y una inhibición, en muchas ocasiones, del rechazo desde la red de la psiquiatría clásica (Trujols, Salazar y Salazar, 1999).

Diferentes autores señalan ejemplos concretos de políticas e intervenciones anteriores a la aparición del VIH, remontándose algunos incluso al siglo

1. Emma BONINO, "La extraña sensatez de los zares antidroga". 12 de marzo de 1998.

xix (Nadelmann, McNeely y Drucker, 1997), claramente subsumibles en los planteamientos de la reducción de daños, demostrando que no se trata de una perspectiva o abordaje nuevo sino con orígenes anteriores a la epidemia del SIDA (Berridge, 1993; Canadian Centre on Substance Abuse National Working Group on Policy, 1996; Erickson, 1995; Strang, 1993; Strang y Farrell, 1992; Velleman y Rigby, 1990). No obstante, como reconocen Des Jarlais, Friedman y Ward (1993), dicha epidemia ha propiciado una mayor profundización y elaboración de la perspectiva de reducción de daños y ha sido el principal motivo por el que líderes políticos inicialmente reacios han permitido la implementación de este tipo de programas.

Este nuevo contexto supuso una ampliación de la mirada y de cambio de actitudes hacia el fenómeno, cuando menos de mayor aceptación –poco reflexiva si se quiere– de que los modelos asistenciales orientados en exclusiva a la abstinencia eran insuficientes. No procedía continuar con actuaciones más centradas en la sustancia que en el sujeto y sus relaciones. Dichas respuestas parciales eran poco efectivas y las actuaciones ya no podían tener aquel grado de rigidez propio de la improvisación inicial, a pesar de las buenas intenciones de aquellos que se atrevieron a actuar en un contexto de rechazo y negación, tanto hacia los usuarios como hacia los profesionales, especialmente en los contextos sanitarios y psiquiátricos más formales, desplazando las respuestas al contexto de unos servicios sociales que también estaban buscando nuevas identidades (Romaní, 1999; Romaní, Baulenas, Borràs, Fernández y Sánchez, 1993).

En la descripción evolutiva del fenómeno del consumo de sustancias y las respuestas asistenciales, tenemos que resaltar como elemento de gran peso específico su representación social, de características alarmistas y excluyentes, que tuvo en un primer momento más relevancia que algunos estudios y que las experiencias en otros países. Además, también se asumió de forma acrítica el discurso imperante de procedencia norteamericana de guerra contra las drogas que ha infiltrado desde estructuras de poder político y económico hasta la población afectada por el fenómeno. Deconstruir esta narrativa es parte de la intervención de los programas de disminución de daños y riesgos en los contextos clínicos y comunitarios.

Todo ello puede explicar también que actualmente todavía encontremos servicios con ubicaciones extrasistema sociosanitario, tanto los que han sido desarrollados por organizaciones altruistas con apoyo de distintas organizaciones religiosas como algunos servicios –ya muy extraños hoy en día– que en ocasiones han mantenido una autonomía marginal y han favorecido indirectamente la exclusión de grupos de usuarios y también de determinadas intervenciones (pruebas diagnósticas de patología orgánica asociada, atención psicosocial, cobertura sanitaria y farmacológica, psicoterapias, etc.) dificultándose, en definitiva, la accesibilidad a las redes normalizadas por no existir los circuitos de derivación.

En este sentido, la difusión e implementación de la filosofía de disminución de daños y riesgos a diferentes niveles tanto en el sistema formal (servicios asistenciales hospitalarios, ambulatorios, extra hospitalarios, hospitales de día, centros de día, centros de actividades, comunidades terapéuticas, etc.) como en el informal o de nueva creación, que a su vez se ha ido formalizando en algunos contextos incluyéndose en planes de actuación municipal (centros de encuentro y acogida, salas de consumo supervisado en lugares fijos y también en el contexto de consumo que suele estar cercano al contexto de venta [espacios de venopunción asistida, unidades móviles de atenciones mínimas, programas de intercambio de jeringuillas móviles...] e incluso vinculado a dicho contexto de venta [*basements* de Rotterdam, unidades móviles y programas de intercambio de jeringuillas]), ha facilitado el trazado y desarrollo de estos circuitos, pudiéndose articular intervenciones del sistema sanitario público con recursos que cubren necesidades elementales de colectivos de usuarios que presentan trastornos ligados a la cronicidad en el consumo y a situaciones de precariedad biopsicosocial, con la finalidad de evitar procesos de marginalización continuos.

En un segundo momento o cambio de denominación, pasamos a utilizar de forma más generalizada el término adicciones en lugar de drogodependencias y, casi simultáneamente en la primera década de los años dos mil, se produjo el uso generalizado del término y conceptualización pragmática de la patología dual, que ya había sido acuñado por Solomon, Zimberg y Shollar en 1993. A partir de esta variación aparece la previsión, diseño y puesta en marcha de dispositivos bisagra entre la red específica de drogas y la de salud mental. El prototipo son las Unidades de Patología Dual, ubicadas en los grandes hospitales psiquiátricos –también en fase de transformación– adecuándose un espacio de hospitalización independiente del resto de unidades de agudos y de rehabilitación hospitalaria, funcionando con una dinámica propia. Los objetivos del tratamiento son mixtos, compensación/tratamiento del trastorno psicopatológico y de la adicción o abuso de sustancias. En nuestra experiencia podemos afirmar que las tres Unidades de Patología Dual que están en funcionamiento en la actualidad en Cataluña también empezaron ya compartiendo estrategias de disminución de daños y riesgos en su propuesta de intervención psicoeducativa.²

En las redes asistenciales simultáneamente hay un acercamiento entre los centros de salud mental y los servicios de atención a adicciones, en ocasiones por asimilación de los de drogas por los de salud mental o bien por articulaciones diversas manteniendo las identidades originales. Este progresivo acoplamiento se puede atribuir más a los aspectos de gestión vinculados con los modelos de las empresas proveedoras de servicios a las administraciones

2. Para conocer más acerca de la organización de recursos de salud mental y adicciones en Cataluña puede consultarse el “Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya” Disponible en <<http://bit.ly/V9cELs>>.

públicas en los diferentes territorios, que a otro tipo de planteamientos relacionados con la atención más integral del sujeto.

En la primera línea de atención se ha tratado de evitar la tendencia a la fragmentación del usuario y del sistema asistencial, junto a actitudes de carácter omnipotente, que son sin duda, un elemento de dificultad para poder avanzar en una perspectiva de continuidad de la cura. “Una fórmula de organización que permite entender la demanda del usuario como un acto único centrado en un proceso, lo cual hace imprescindible la óptima coordinación entre los diversos niveles de atención en su sentido más amplio” (Martí y Borràs, 2006).

Esta evolución en la denominación transcurre en paralelo con la incipiente introducción en los primeros años del cuestionamiento de las respuestas, que se articulaban en lo que posteriormente se llamarían programas libres de drogas, en contraposición de aquellas aproximaciones terapéuticas que no priorizaban la abstinencia a las sustancias y sí proponían un acercamiento a la persona, a sus relaciones y a su entorno, desde una posición de mayor respeto hacia los individuos y comprensión de su realidad con la voluntad de minimizar daños a partir de un rol más activo y participativo de los destinatarios de la atención (De Andrés, Magrí y Borràs, 1996).

Los cambios que se han producido en relación a las tipologías de consumo y consumidores de heroína y cocaína principalmente, han ido conformando las diferentes representaciones sociales del fenómeno y sus versiones a nivel asistencial. Todas ellas teñidas por el prohibicionismo imperante y exentas en un primer momento de una experiencia en el trato a las personas con problemas de consumo de sustancias. La presencia de consecuencias físicas y psíquicas derivadas de ello, en muchos casos relacionadas con el estatus legal de la sustancia y las condiciones de marginalidad y rechazo que les acompañaban y algunos daños colaterales más allá del contexto estricto del consumo –como puede ser la precariedad del hábitat– han ido evolucionando y manteniendo la unidad invariable de adicción y cronicidad. Es importante dar cabida en la respuesta asistencial y terapéutica a la cobertura de necesidades básicas, como puede ser la vivienda. Experiencias alternativas como los squats en Marsella para personas con patología psiquiátrica y adicciones, aportan soluciones básicas y creativas, a partir de la movilización de recursos colectivos, de la interrelación entre equipos hospitalarios que trabajan con proyección comunitaria, asociaciones y vecindario, se optimizan las intervenciones médicas y se instrumenta una respuesta de mayor calidad psico-social (Girard *et al.*, 2008).

La intervención comunitaria, en el ámbito de la toxicomanía, se propone trabajar con el conjunto de problemas relacionados con las drogas. Una nueva aproximación a las drogodependencias aparece y propone una asociación triangular entre las tres fuerzas esenciales de la intervención: los profesionales de la acción sanitaria y social, los propios usuarios y la población que pertenece al tejido social en el que se inscriben los problemas. Esta aproximación propone una revolución copernicana donde el centro de atención se desplaza del profesional hacia el mismo tejido social (Cavalcanti, 2004: 123).

A su vez, en los dispositivos asistenciales también se ha atendido a personas con consumos más aceptados socialmente por el hecho de que eran «más legales», especialmente el alcohol y el tabaco. Asimismo, en los últimos quince años, del consumidor de heroína se ha dado paso a otro tipo de consumo y consumidor de cocaína y sobre todo a un policonsumo más generalizado, generando patologías derivadas como los cuadros psicóticos secundarios a consumos compulsivos de cocaína inyectada. Estos cambios también han provocado una diferenciación y clasificación a tener en cuenta en el análisis de cómo se desarrollan y distribuyen las respuestas y relaciones en el sistema asistencial como, por ejemplo, la inclusión de dispositivos de consumo supervisado en el contexto de un centro asistencial (Daigre *et al.*, 2010; Gonzalvo *et al.*, 2011).

A pesar de dar mayor protagonismo a la persona en su complejidad, actualmente en lo cotidiano de los dispositivos asistenciales acabamos haciendo uso de la etiquetación que supone la sustancia, principal motivo de la relación con el recurso. Ello deriva de la necesidad de cuantificación de la actividad asistencial que nos exige el ámbito institucional para valorar la actividad tanto para la planificación de los recursos y sus inversiones económicas, así como la estructuración de datos para elaborar estudios e investigaciones. En ocasiones resulta complicado abstraerse en el día a día de las cuestiones relacionadas con los consumos y las sustancias, para priorizar a las personas y sus historias personales y no generar exclusiones tanto en discriminación positiva como negativa.

Aspectos generales para el desarrollo de programas de acción-participación

Estos programas los enmarcamos en el continuum de objetivos de disminución de daños y riesgos asociados a las adicciones, su tratamiento desde el ámbito clínico-asistencial, la inclusión social y la puesta en marcha de programas desde los dispositivos asistenciales en el ámbito comunitario y en colaboración con los servicios de salud pública de las instituciones públicas y privadas del ámbito local.

En cada contexto es recomendable desarrollar acciones y actividades adecuadas y adaptadas, orientándonos a partir de las siguientes consideraciones:

Aceptación y normalización del consumo de sustancias

Introducir en el discurso y en la acción, la aceptación y normalización del consumo de sustancias, significa disminuir la vulnerabilidad del consumidor de drogas, sobreañadida a causa de las condiciones de ilegalidad en que se sitúa su comercio y consumo (De Andrés, Magrí y Borràs, 1996). Esta situación de ilegalidad dificulta el conocimiento de la sustancia que se compra y que se consume a dos niveles: a nivel real en cuanto a calidad y composición de la sustancia en si misma, y a nivel simbólico, puesto que el desconociendo en gran medida de su realidad como objeto pasa a ser objeto mítico. Por ello, sus efectos pasan a depender más de lo imaginado y esperado que de su ca-

pacidad como objeto por si mismo. Las políticas de disminución de riesgos, al ganar espacios al comercio ilegal, devuelven a las sustancias sus cualidades intrínsecas y pueden con ello modificar su valor para el consumidor.

En el caso de sustancias de curso legal, en este momento también estamos apreciando cambios debido a las nuevas legislaciones en relación al consumo de tabaco y alcohol y ya aparece un rechazo que se extiende más allá del consumo al consumidor. Tratando a los consumidores como grupos homogéneos cuando en clínica sabemos que es muy importante poder diagnosticar diferencias, tendencias o metáforas diagnósticas a modo de guías (Linares, 1996) para que nos faciliten imágenes útiles para el desarrollo de estrategias para una mejor gestión del consumo o de la adicción y de otros trastornos psicopatológicos asociados. Un ejemplo de modelo para valorar la adicción, es el Test de Fageström, para la identificación de algunas características del fumador, que nos darán información sobre el grado de dificultad para abandonar el consumo, de una forma radical si este es el objetivo del fumador, o poder mantener un consumo menos riesgoso o bien establecer un plan progresivo de cesación tabáquica, y qué tipo de tratamiento sustitutivo o farmacológico recomendar además del apoyo psicológico.

Aceptación y normalización de un posible uso menos arriesgado y problemático

Bajo la práctica del uso de drogas se contienen realidades muy diferentes, tanto en lo que se refiere al poder de la sustancia, como en las diferentes formas de uso, así como expectativas en su consumo en diferentes contextos. Estas diferencias significan a su vez niveles muy diferentes de riesgo en la acción del consumo.

Es importante abandonar la asimilación estereotipada “uso de drogas = dependencia = situación de riesgo”. Existen usos no problemáticos y experiencias de uso positivas que deben dejar de silenciarse, pues son también realidades asociadas al consumo de drogas. Conocer y divulgar también esas formas de uso significa equilibrar la visión tremendista bajo la que se ha construido la información en relación al consumo de drogas.

En nuestra realidad sabemos sobre el uso del alcohol –ciertamente es innegable que hay una problemática importante relacionada con determinados usos– que hay una parte importante de la población que lo bebe de una forma moderada. En los países mediterráneos el conocimiento de usos incorporados de forma normalizada, podrían ser factores protectores de determinadas formas de consumo más compulsivas y riesgosas propias de sociedades que no tienen una tradición vitivinícola milenaria, y por tanto carecen del conocimiento para usos lúdicos y no lúdicos relacionados con la degustación y un manejo aceptable.

Asimismo, por ejemplo, el uso de cannabis en otras culturas puede ser comparable al uso del alcohol en la nuestra.

Aceptación de la existencia de conductas y prácticas de riesgo que aumentan las probabilidades de transmisión de enfermedades

Esta aceptación ha sido hasta el momento el marco de acción de gran parte de los programas de reducción de riesgos que se han desarrollado. Debemos aceptar que, más allá de la información que pueda existir, se producirán consumos arriesgados y, en consecuencia, es obvia la necesidad de facilitar desde todos los cauces posibles, elementos para disminuir dicho riesgo, acercando al consumidor los objetos y medios que le permitan integrar medidas menos arriesgadas en su consumo (jeringuillas, preservativos, análisis de las sustancias a tomar, naloxona para la prevención de sobredosis por opiáceos, etc.) y facilitar pruebas que permitan objetivar la situación cuando no se ha actuado de una forma segura.

Es importante diversificar este tipo de programas y desarrollarlos en diferentes contextos. Por ejemplo, los programas de intercambio de jeringuillas se pueden implementar tanto en la escena de consumo, a través de programas *outreach*,³ como en las oficinas de farmacia (Markez, Iraurgi y Póo, 2002), en los servicios de urgencias de hospitales o mediante máquinas dispensadoras (Llort, Borràs, Paraire y Salvadó, 2009), por la manifiesta importancia de la participación social en estos procesos (Ilundain y Borràs, 2001).

También es positivo adecuar salas de consumo supervisado adaptadas a diferentes tipos de consumo y sustancia según su ubicación.

Normalización de la información sobre sustancias psicoactivas tanto en sus aspectos saludables, insalubres, legales, etc.

Es necesario suministrar una información amplia en la que se recojan todos los aspectos relacionados con el consumo de la sustancia, bajo una perspectiva de información dirigida a personas responsables, capaces de decidir opciones y asumir consecuencias. Así la información puede aparecer con mayor nivel de objetividad y, en consecuencia, aumentar su nivel de credibilidad. Ello permite que la información sea recibida en su amplitud y las personas elijan y puedan implicarse en dicha elección en cuanto a formas de consumo.

Actualmente, las formas para facilitar e intercambiar estas informaciones son muchas y por supuesto es importante vehicularlas a través de las redes de comunicación social, sin olvidar, otros sistemas que permitan la interacción en vivo y en directo.

3. Los programas conocidos como *outreach* más comunes, son los que distribuyen material de inyección estéril y preservativos, así como folletos y cómics, generalmente diseñados por los propios usuarios, que describen los pasos a seguir para una inyección más segura (De Andrés, Magrí y Borràs, 1996; Gilman, 1992).

Realización de acciones con la finalidad de disminuir daños derivados de la situación legal de las sustancias

La ilegalidad comporta en sí misma un conjunto de riesgos, además genera una desviación al ensayar la situación de ponerse al margen o límite de lo legal y de la trasgresión. Imprime a las sustancias, y al hecho del consumo, una imagen cultural y un proceso relacional que facilitan la identificación de grupo y la definición desde la trasgresión que favorece procesos de desviación social. En el contexto asistencial, por ejemplo, atendemos demandas relacionadas con sanciones administrativas por tenencia de pequeñas cantidades de sustancias, en muchas ocasiones se trata de personas jóvenes que han sido sorprendidas en un espacio público mientras fumaban un cigarrillo de marihuana, por ello han sido sancionados y además se les ha requisado el producto. En este caso se pueden acoger a un programa informativo-educativo-terapéutico y se suspende el procedimiento sancionador en el caso de que sigan el proceso y podamos informar al sistema sancionador observando las normas de confidencialidad (Sardà, 2001).

Implicación y participación de la comunidad y de los usuarios de sustancias en los programas de educación, información y prevención

Los programas de reducción de riesgos permiten el desarrollo de estrategias de trabajo comunitario. Parten de realidades concretas que pueden ser definidas por el conjunto de sus integrantes, desde el ciudadano respetuoso con la ley e implicado con la problemática de las drogas y desde su visión de riesgo social, hasta el consumidor y pequeño traficante.

Con este planteamiento, se facilita la emergencia de los diferentes discursos, las realidades diversas pueden ser compartidas, el saber de cada uno puede ampliarse a un saber común, y la complejidad atrapada en el consumo de drogas puede hallar cauces de incorporación en las realidades de promoción y activación de un contexto social determinado.

A través de la experiencia del trabajo comunitario, se experimenta la dificultad de trabajar desde la legalidad una situación definida bajo la ilegalidad. Se comprueba cómo actúan los mecanismos sociales favorecedores de marginación y desviación. Se trabaja con objetivos para facilitar la emergencia de lo oculto, lo que subyace bajo escenarios de exclusión.

¿Cuáles son los conceptos o ideas clave que han sido importantes desde nuestra experiencia en un centro hospitalario para la composición de los equipos de tratamiento y atención de las adicciones, sus acciones y funciones?

Cuando una red asistencial se organiza a partir de iniciativas diversas, que coexisten en el tiempo y en el espacio, para dar respuesta a demandas y

necesidades que surgen, tanto de los usuarios de los futuros dispositivos, sus familiares como de los profesionales sociosanitarios que entran en relación con ellos en contextos no específicos, es importante tener en cuenta todo aquello que se puede atender en las redes ya existentes y a su vez desarrollar nuevos recursos específicos para facilitar la accesibilidad, la respuesta a la especificidad y no generar exclusión con la propia acción. Para conseguir incluir nuestra actuación en el marco de este paradigma, proponemos esta relación de ítems a modo de guía de buenas prácticas:

- Reconocer que estamos ante un problema complejo con implicaciones en lo biopsicosocial.
- Atender la singularidad de cada sujeto y dar respuestas diversificadas en el espacio y el tiempo.
- Facilitar la accesibilidad y atender la diversidad en todas sus variantes.
- Tener especial sensibilidad hacia grupos con características diferenciales que requieren de actuaciones específicas y concretas.
- Ser capaces de iniciar itinerarios terapéuticos a partir de propuestas de cambios mínimos, planteando procesos terapéuticos sin necesidad de que incluyan la abstinencia a la sustancia principal que origina la demanda (Cunillera, 2006).
- Facilitar la convivencia en un mismo contexto asistencial de usuarios muy diferentes y con intereses muy diferentes. Atender demandas orientadas a la abstinencia y al cambio. Dar facilidades a quienes deseen y decidan abandonar el consumo en un proceso de evolución crónica.
- Prescribir y dispensar tratamientos –en los casos en que sea necesario– farmacológicos, psicofarmacológicos, incluidos los sustitutivos opiáceos y nicotínicos.
- Atención y tratamiento de los trastornos psiquiátricos comórbidos y los que se presentan por el consumo crónico de sustancias estimulantes y otras sustancias psicoactivas (Roncero, Ros-Cucurull, Daigre y Casas, 2012; Torrens, Gilchrist, Domingo-Salvany y psyCoBarcelona Group, 2011).
- Desarrollar la consulta e intervención a las personas hospitalizadas durante su estancia en los diferentes servicios del hospital con programas sustitutivos o de desintoxicación a demanda. Mediar entre el usuario/a hospitalizado y los profesionales del servicio que le atienden para facilitar la relación y el tratamiento. Estas intervenciones terapéuticas durante los ingresos hospitalarios son necesarias en tanto en cuanto, por motivos de salud y legales, los pacientes tienen que mantener la abstinencia al consumo habitual de sustancias que pueden producir síndrome de abstinencia. También el ingreso hospitalario puede ser una oportunidad para recibir ayuda, no solo en el caso de la dependencia del alcohol, heroína, cocaína, sino también del tabaco. Incrementar las facilidades para el abandono del tabaco, ofreciendo terapias sustitutivas de nicotina pone a disposición de los fumadores recursos, que les permiten decidir en mejores condiciones después del alta hospitalaria la cesación o continuar con el hábito de fumar en otras condiciones (Roig Cutillas *et al.*, 2001).
- Sensibilizar a los diferentes servicios hospitalarios sobre la conveniencia de la atención especializada a la adicción durante los ingresos hospitalarios y en las unidades sociosanitarias y de cuidados paliativos.

- Facilitar protocolos de tratamientos sustitutivos y de desintoxicación en función del tipo de adicción.
- Romper con los convencionalismos del sistema médico y sanitario establecido.
- Tener una amplia capacidad para dar respuestas a las demandas de psicoterapia tanto a nivel individual, pareja, familiar y de grupo.
- Favorecer la coincidencia de profesionales con formaciones diferentes: relacional, constructivista, cognitivo-conductual, PNL, hipnosis, psicodinámica y articular complementariedades.
- Dar valor y voz a los discursos de los diferentes profesionales con el objetivo de generar interdisciplinariedad y transdisciplinariedad.
- Atender las demandas de trabajo y educación social. Desarrollar programas de inclusión social y laboral.
- Incluir la auto y heteroformación como una actividad más de la tarea asistencial habitual (Gonzalvo *et al.*, 2012).
- Mantener una relación de intercambio y apoyo con la red de salud mental.
- Desarrollar intervenciones en y para la comunidad y de salud colectiva.
- Entrar en relación con las personas en el contexto de consumo y cubrir necesidades para un consumo más higiénico y la prevención de accidentes por sobredosis a partir de programas de formación para y con los usuarios (Borràs *et al.*, 2000).
- Proporcionar material e información para consumo más higiénico y seguro en el contexto asistencial a través de la consulta de enfermería.
- Proporcionar material e información para prácticas de sexo más seguro en trabajadores y trabajadoras del sexo en la consulta de enfermería y con intervenciones entre pares o “peer outreach”⁴.
- Atender y dar una primera respuesta a los trastornos físicos y psicosociales con el interés de reconectar con las redes normalizadas de los sistemas de atención social y sanitaria.
- Tener la agilidad y disposición necesarias para adaptarse a los nuevos consumos de los consumidores en cada momento.
- Implicar a los usuarios en tácticas y estrategias asistenciales.
- Favorecer la creación de grupos y espacios para el desarrollo de la ayuda mutua y el asociacionismo y mantener relaciones con las organizaciones de ámbito extraterritorial que realizan intervenciones en la zona.
- Crear espacios de interrelación y formación tanto con los profesionales con los que trabajamos en red, como con estudiantes en prácticas.
- Participar y/o colaborar con las instituciones docentes formales e informales en tareas de investigación y en la formación de profesionales (salud, servicios sociales, jurídicos y judiciales, educativos, etc.).
- Ser referentes a nivel comunitario (prevención, información, asesoramiento, intervención en ocio nocturno, participación en proyectos transversales de participación social y de salud, etc.).

4. Programas en los que los agentes de salud son usuarios en activo o exusuarios e intentan generar dinámicas de bola de nieve.

- Elaborar y producir materiales propios que ayuden en las tareas anteriormente relacionadas (vídeos informativos, materiales para dar apoyo a los mensajes que queremos transmitir, documentales, webs, blogs, medios de comunicación locales, etc.).

El marco de actuación

Proponemos un marco epistemológico ecosistémico con el pragmatismo de actuación de la teoría de reducción de daños y riesgos (Borràs y Sardà, 2004). Es por ello que lo más adecuado, a la hora de dar respuesta a las demandas asistenciales, es concebirlas en un mapa complejo de puntos de contacto e itinerarios múltiples, que permitan diseñar recorridos únicos para cada usuario y que atiendan sus necesidades, a partir de la definición de unos objetivos que se acordarán con el profesional de referencia, en función de los aspectos predominantes de la demanda del sujeto y las posibilidades de respuesta. Para acercarse o tender a esta forma de abordar las relaciones terapéuticas, es fundamental aceptar desde el sistema asistencial el sistema demandante como el que tiene la decisión última en el planteamiento de cambio. El terapeuta o sistema terapéutico acompañará en un pilotaje más o menos directivo, hacia el destino propuesto por el usuario, sabiendo también que en cualquier punto del trayecto podemos variar el programa o el destino. Para ello podemos intervenir desde diferentes niveles. No obstante, para lograr coherencia y articulación es fundamental la redacción en co-participación de un plan de acción comunitario sobre drogas.

FIGURA 1
Modelo de plan territorial.



Fuente: Pla d' accions sobre drogues de Reus (Llort y Borràs, 2008).

Las intervenciones: dónde y cómo

En función de cómo, cuándo, dónde y a quién se formula la demanda la respuesta puede tener características diferentes y ser el inicio de un proceso de cambio con objetivos muy diversos. Para ello describiremos hacia y a qué nivel se orientan y desde qué posición.

A:

- **Nivel individual**, trabajando aspectos biográficos, psicodinámicos, relacionales microsociales y macrosociales. Estas intervenciones pueden formar parte de un programa reglado de psicoterapia individual y/o grupal o dependiendo del profesional que las realice, por ejemplo enfermería, educadores sociales u otros, incidirán en aspectos muy diversos pero siempre pivotando sobre el sujeto directamente.

FIGURA 2

Modelo de circuito asistencial, base para múltiples itinerarios terapéuticos.



Fuente: Pla d'accions sobre drogues de Reus (Borràs y Llord, 2009).

- **Nivel microsocial**, se llevarán a cabo casi siempre con el paciente identificado o usuario y su grupo de pertenencia que en la mayoría de situaciones suele ser la familia, bien sea la nuclear o la de origen, o una parte de ella, por ejemplo la pareja. No siempre se trabaja con la familia, en ocasiones pueden ser grupos o personas significativas que el paciente identificado propone o que el terapeuta plantea y este y estos aceptan (Sluzki, 1996).
- **Nivel macrosocial**: Grupos de autoayuda, planes comunitarios, actuaciones en el contexto escolar, participación en actividades ciudadanas de diversa índole tanto

para aumentar la visibilidad de determinados usuarios marginales como para realizar campañas informativas-formativas, como por ejemplo la participación en festivales de la ciudad proponiendo espacios de debate para público participante en actividades específicas, por ejemplo “Drugmetratges”⁵, programas de prevención de enfermedades transmisibles especialmente con metodologías de “bola de nieve” que implican a profesionales y a usuarios en escenas abiertas de consumo, intervenciones en otros contextos asistenciales en atención primaria y en centros de salud mental, en programas especialmente dirigidos a jóvenes, oficinas de farmacia (Borràs *et al.*, 2001) y medios de comunicación locales.

Desde:

- **La calle y el contexto de consumo** para aquellos usuarios que carecen de estructuras referentes formales y que tienen dificultades para contactar con los servicios sociales y de salud formales. Es fundamental la figura profesional del educador social de calle y en ocasiones también puede ir acompañado de algún usuario que colabora en programas y tiempos concretos a través de su participación y pertenencia a una asociación de usuarios que se organiza con el apoyo de los/las educadoras sociales. Es importante poder reconocer este apoyo por parte de estos usuarios con algún tipo de gratificación, bien sea una remuneración económica mínima calculada a partir del salario mínimo interprofesional o algún vale para comida o restaurante o la cobertura de alguna otra necesidad básica.
- **El apoyo directo de profesionales** médicos, psiquiatras, enfermeros, educadores sociales de los servicios asistenciales de atención a las drogodependencias, que se desplazan a la atención primaria de salud, servicios sociales, institutos de enseñanza media, otros contextos docentes de formación profesional y universidades, centros de salud mental, equipos de atención a la infancia y a la adolescencia, y comunidades terapéuticas, para atender consultas de profesionales o para intervenir conjuntamente con ellos, a través de estas actuaciones co-construir estrategias terapéuticas o preventivas, que son diseñadas desde el paradigma de la disminución de daños y riesgos. A su vez, como ya se ha dicho, esta metodología genera cambios y nuevos planteamientos en los profesionales del resto de dispositivos, cuyo objetivo es aumentar su capacidad y actitud crítica hacia las situaciones y demandas que puedan encontrar relacionadas con los usos problemáticos de drogas. También el acercamiento entre servicios y el conocimiento mutuo, son un aspecto importante para facilitar la relación de coordinación y un mejor aprovechamiento de las diferentes opciones así como para co-construir propuestas más creativas y a su vez aumentar el grado de tolerabilidad y competencia en relación al fenómeno (Stimson, 1995).
- **La consulta externa de un hospital** o de un servicio ambulatorio como centro especializado en la atención de patologías asociadas y/o derivadas del consumo de sustancias. Para ello es importante disponer de un equipo heterogéneo con capacidad para el trabajo interdisciplinar. Las interrelaciones entre los diferentes profesionales dan lugar a la amplia gama de respuestas que permiten la diversidad en la atención a la multiplicidad de las demandas, tanto por lo que se refiere a la variable sustancia como al conjunto de variables que definen a cada sujeto, sus relaciones, sus vivencias, y sus experiencias.

5. <http://www.infodroguesreus.com/?page_id=29>; <<http://infodroguesreus.blogspot.com.es/#!/2012/03/drugmetratges-2012-fec-reus.html>>

En el sistema terapéutico, además de los profesionales que tienen la responsabilidad máxima a este nivel, es fundamental que el resto de intervinientes actúen en complementariedad e intersección con el resto, desde el personal de recepción, administrativos, auxiliares de clínica, educadores, trabajadores sociales, enfermería, antropólogos, monitores, mediadores interculturales y otros colaboradores, entre los que pueden estar algunos usuarios implicados a nivel asociativo.

Podemos describir diferentes contextos terapéuticos a desarrollar en lugares, tiempos y objetivos diferentes:

- Aquellas intervenciones que facilitan tejer la red social de apoyo del sujeto, requieren de la coparticipación de un psicoterapeuta coordinador y de figuras puente, de referencia y acompañamiento tanto para el usuario como para los elementos de la red que se habían desconectado o para conectar con elementos nuevos o ambos a la vez. Activar redes requiere de tiempo, cuidado, reflexión, respeto, prudencia y habilidades para la mediación y gestión de conflictos (Suarez, 2002).
- Consideramos que son situaciones muy especiales los acompañamientos a madres y padres que han perdido la custodia de sus hijos porque estos han sido tutelados por la administración o retirados para ser dados en acogida en la familia extensa, familia ajena o en pre-adopción. Legalmente el consumo de sustancias durante el embarazo puede ser motivo para este tipo de intervenciones y la retención hospitalaria después del parto si en este se detecta consumo de sustancias (Hilarión, 2010). Un programa para minimizar daños y riesgos es el de la atención de las mujeres embarazadas en programas de desintoxicación y/o mantenimiento con agonistas en función de la sustancia, además de crear espacios específicos para la atención a las mujeres (Henderson, 1995).
- Fomentar hábitos saludables, vigilar la aparición de patologías asociadas al consumo, facilitar un consumo responsable, propiciar el acceso a la red sanitaria y aplicar programas específicos: Programas de control sanitario mediante análisis sanguíneos, programas de vacunación del VHB, programas de prevención de sobredosis, programas para el fomento de estrategias para evitar infectarse y contagiar enfermedades infecciosas a otros usuarios de drogas inyectables o inhalables (Barberà *et al.*, 2009).
- Intervenciones médicas y de enfermería, educativas, psicoeducativas, preventivas y de tratamiento, de la patología orgánica asociada (vacunaciones, tratamientos de TBC, vitaminoterapia en personas con problemas de alcohol, inducciones de tratamientos con agonistas y antagonistas opiáceos, etc.) en contexto ambulatorio.
- Intervenciones terapéuticas durante los ingresos hospitalarios ya que por motivos de salud y legales los pacientes se han de mantener abstinentes del consumo habitual de sustancias que pueden producir síndrome de abstinencia. El ingreso hospitalario es una oportunidad para recibir ayuda, no solo en el caso de la dependencia del alcohol o de la heroína sino también del tabaco. Incrementar las facilidades para el abandono del tabaco ofreciendo terapias sustitutivas de nicotina pone a disposición de los fumadores recursos que les permiten decidir más libremente después del alta hospitalaria (Roig Cutillas *et al.*, 2001).
- Intervenciones psicoeducativas, individuales, familiares y/o grupales, orientadas a gestionar los consumos y sus consecuencias.

- Intervenciones que permiten redefinir la propia historia y asumirla con sus recursos y dificultades. Este proceso psicoterapéutico puede llevarse a cabo a nivel individual, familiar, pareja o a través de una terapia grupal o con intervenciones a diferentes niveles simultáneamente o consecutivamente.
- Intervenciones que faciliten la comprensión de dinámicas relacionales disfuncionales que impiden la evolución de relaciones familiares y/o de pareja y la patología asociada.
- Psicoterapias que permitan elaborar situaciones traumáticas y de duelo, tanto a nivel individual como familiar.
- Intervenciones a demanda del sistema judicial para dar cumplimiento a Medidas Penales Alternativas (MPA). Estas intervenciones requieren de pactos compatibles con la implicación del sujeto para una posible relación terapéutica y el cumplimiento con la obligatoriedad de la medida, además de cierto flujo de información entre ambos contextos. Es importante poder acotar los límites entre ambos contextos con la finalidad de lograr una relación de confianza con el usuario que favorezca cambios que eviten la reincidencia en el delito penal.

Conclusiones

Las respuestas asistenciales desde la perspectiva de disminución de daños y riesgos, tienen que tener como objetivo básico y primordial, la mejoría del individuo entendida en un sentido genérico de salud pública, desde un consumo menos perjudicial para el sujeto y su entorno, hasta la abstinencia absoluta a la sustancia y/o sustancias que provocan la demanda o el contacto con el dispositivo. Estas son del tabaco a la heroína, pasando por el alcohol (sustancia que actualmente se relaciona con la demanda mayoritaria en los servicios especializados de drogodependencias) y otras sustancias como la cocaína, el cannabis, medicamentos tranquilizantes (benzodiacepinas), además de las psicopatologías co-mórbidas que suelen estar presentes como los trastornos de ansiedad, afectivos y psicóticos, y de la patología orgánica asociada y la repercusión comunitaria. Tener en cuenta la intervención comunitaria y la coparticipación de todos los agentes implicados, implica en ocasiones acercamientos a todos los elementos en la cadena de consumo desde el acceso a la sustancia y su distribución, al consumo activo supervisado, el vecindario, el sujeto, su familia y la escuela de sus hijos, entre otros.

Los programas de reducción de riesgos son todas las acciones individuales y colectivas, de carácter médico o social, tendentes a disminuir los efectos negativos asociados al consumo de drogas (Mino, 2000: 306).

Referencias bibliográficas

BARBERÀ MAGANO, Enda; VIDAL MASSOT, Pilar; BEAS COLODRO, Edu; CORTASA SADURNÍ, Meri; SÁNCHEZ SIMÓN, Ingrid & BORRÀS CABACÉS, Tre (2009). “Programa de vacunación contra el virus de la hepatitis B (VHB) en usuarios en tratamiento con Metadona”. Póster 5ª Conferencia Latina sobre Reducción de Daños. Porto. Portugal.

- BERRIDGE, Virginia (1993). "Harm minimisation and public health: An historical perspective". En Nick Heather, Alex Wodak, Ethan A. Nadelmann y Pat O'Hare (eds.), *Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science* (55-64). London: Whurr.
- BORRÀS, Tre; CARBONELL, José; DE ANDRÉS, Miguel; KJAER, Joergen; KEMPFFER, Jimmy; MAGRÍ, Nuria & OLIVET, Fabrice (2000). *Asociaciones de usuarios de drogas y grupos afines*. Madrid: Fundación CREFAT.
- BORRÀS, Tre & LLORT, Antoni (2009). *Pla d'accions sobre drogues de Reus*. Reus: Ajuntament de Reus.
- BORRÀS I CABACÉS, Tre & SARDÀ I GARCIA, Artur (2004). "Cambios sociales, cambios en los tratamientos". *Monografías Humanitas*, (5), 119-137.
- BORRÀS, Tre; SESMILO, Maria; SALMONS, Rosa; APARICIO, Angela; SABATER, Eulalia, & LÓPEZ, Jordi (2001). "Del hospital a la farmacia comunitaria". En Grup Igia (ed.), *Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad* (403-413). Barcelona: Grup Igia.
- Canadian Centre on Substance Abuse National Working Group on Policy (1996). *Harm reduction: Concepts and practice. A policy discussion paper*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- CAVALCANTI, Lia (2004). "Intervención comunitaria en el campo de las toxicomanías" [Anexo]. En Mauricio Sepúlveda, Marisela Montenegro, Francisco Baez, Lia Cavalcanti & Miguel de Andrés (eds.), *Prevención de conflictos comunitarios asociados a la implantación de servicios y programas de drogodependencias* (122-141). Barcelona: Grup Igia.
- CUNILLERA I FORNS, Carme (2006). *Personas con problemas de alcohol. La abstinencia no es suficiente*. Barcelona: Paidós.
- DAIGRE, Constanza; COMÍN, Marina; RODRÍGUEZ-CINTAS Laia; VOLTES, Nuria; ALVAREZ, Alba; RONCERO, Carlos & CASAS, Miguel (2010). "Valoración de los usuarios de un programa de reducción de daños integrado en un ambulatorio de drogodependencias". *Gaceta Sanitaria*, 24 (6), 446-452.
- DE ANDRÉS, Miguel; MAGRÍ, Nuria & BORRÀS, Tre (1996). *Programas de reducción de riesgo*. Barcelona: Grup Igia.
- DES JARLAIS, Don C.; FRIEDMAN, Samuel R. & WARD, Thomas P. (1993). "Harm reduction: A public health response to the AIDS epidemic among injecting drug users". *Annual Review of Public Health*, 14, 413-450.
- DRUCKER, Ernest (1995). "Harm reduction: A public health strategy". *Current Issues in Public Health*, 1, 64-70.
- ERICKSON, Patricia G. (1995). "Harm reduction: What it is and is not". *Drug and Alcohol Review*, 14 (3), 283-285.
- FROMBERG, Erik (1995). *The ideologies behind harm reduction*. Comunicación 6th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Firenze. Italia.
- GILMAN, Mark (1992). "Smack in the eye". En Pat A. O'Hare, Russell Newcombe, Alan Matthews, Ernst C. Buning & Ernest Drucker (eds.), *The reduction of drug-related harm* (137-145). London: Routledge.
- GIRARD, Vincent; HANDLHUBER, Hermann; VIALARS, Vanessa; PERROT, Sylvain; CASTANO, Gema; PAYAN, Noura & NAUDIN, Jean (2008). "Réduire les inégalités de santé: Description d'une expérimentation sur les liens entre habitat, citoyenneté et troubles psychiatriques sévères". *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 56 (6 Supl.), 371.
- GONZALVO, Begoña; BALLABRIGA, Thais; MONTERDE, Elisabeth; VOLTES, Núria; ESTEVE, Oriol; LAVIÑA, Lara; RONCERO, Carlos (2011). "Hospital de día para drogodependientes en

- programas de reducción de daños”. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 3, 59-60.
- GONZALVO CIRA Begoña; BALLABRIGA CÓRDOBA, Thais; VOLTES MANILS, Núria; MONTERDE OCHOA, Elisabeth; PEDROCHE RUIZ, María; PALMA LÓPEZ, Enric; RONCERO ALONSO, Carlos (2012). *Formación a los usuarios en prevención y detección de sobredosis de opiáceos, en un centro de drogodependencias*. Póster XXXIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Tarragona. Estado español.
- GRUND, Jean-Paul C.; BLANKEN, Peter; ADRIAANS, Nico F. P.; KAPLAN, Charles D.; BARENDREGT, Cas & MEEUWSEN, Mart (1992a). “Reaching the unreached: An outreach model for ‘on the spot’ AIDS prevention among active, out-of-treatment drug addicts”. En Pat A. O’Hare, Russell Newcombe, Alan Matthews, Ernst C. Buning y Ernest Drucker (eds.), *The reduction of drug-related harm* (172-180). London: Routledge.
- GRUND, Jean-Paul C.; BLANKEN, Peter; ADRIAANS, Nico F. P.; KAPLAN, Charles D.; BARENDREGT, Cas & MEEUWSEN, Mart (1992b). “Reaching the unreached: Targeting IDU populations with clean needles via known user groups”. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24 (1), 41-47.
- HENDERSON, Sheila (1995). “VIH y Drogas: Consejos prácticos para las mujeres”. En Pat O’Hare, Russell Newcombe, Alan Matthews, Ernest Buning, Ernest Drucker (eds.), *La reducción de los daños relacionados con las drogas* (175-184). Barcelona: Grup Igia. (original 1992).
- HILARIÓN, Pilar (ed.) (2010). *Protocol de coordinació d’actuacions per a la prevenció i l’abordatge del maltractament prenatal*. Barcelona: Secretaria d’Infància i Adolescència de la Generalitat de Catalunya.
- ILUNDAIN, Enrique & BORRÀS, Tre (2001). “Mecanizar y desmecanizar el intercambio de jeringas: la necesidad de la diversificación”. En Grup Igia (ed.), *Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad* (283-292). Barcelona: Grup Igia.
- LINARES, Juan Luis (1996). *Identidad y Narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.
- LLORT, Antoni & BORRÀS, Tre (2008). *Pla d’accions sobre drogues de Reus*. Reus: Ajuntament de Reus.
- LLORT, Antoni; BORRÀS, Tre; PARAIRE, María, & SALVADÓ, Jordi (2009, julio). Proyecto DI-PI. 10 años de dispensación y recuperación mecanizada de jeringuillas. Póster 5ª Conferencia Latina sobre Reducción de Daños. Porto. Portugal.
- MARKEZ ALONSO, Iñaki; IRAURGI CASTILLO, Ioseba & PÓO RUIZ, Mónica (2002). “Programas de mantenimiento con metadona en el País Vasco: dispositivos específicos y oficinas de farmacia”. *Trastornos Adictivos*, 4 (3), 171-180.
- MARTÍ I CARRASCO, Victor & BORRÀS I CABACÉS, Tre (2006). “Salud mental y drogodependencias”. En José Leal Rubio y Antonio Escudero Nafs (coords.), *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental* (161-180) Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- MATURANA, Humberto & VARELA, Francisco (1984/2004). *El árbol del conocimiento. Bases biológicas del entendimiento humano*. Buenos Aires: Lumen.
- MINO, Annie (2000). “Evolución de las políticas asistenciales en drogodependencias”. En Miguel Díaz y Oriol Romaní (coords.), *Contextos, sujetos y drogas: Un manual sobre drogodependencias* (pp. 333-368). Barcelona: Ajuntament de Barcelona, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y Grup Igia.
- MORIN, Edgar (2001). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa (original 1990).

- NADELMANN, Ethan A. (1993). "Progressive legalizers, progressive prohibitionists and the reduction of drug-related harm". En Nick Heather, Alex Wodak, Ethan A. Nadelmann y Pat O'Hare (eds.), *Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science* (34-45). London: Whurr.
- NADELMANN, Ethan A., McNEELY, Jennifer, & DRUCKER, Ernest (1997). "International perspectives". En Joyce H. Lowinson, Pedro Ruiz, Robert B. Millman y John G. Langrod (eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (3rd ed., 22-39). Baltimore MD: Williams and Wilkins.
- ROIG CUTILLAS, Pilar; SABATER PUIG, Eulalia; BORRÀS CABACÉS, Tre; SESMILO GARCIA, Maria; SALMONS ALEU, Rosa & ALBELDO NAVARRO, Victoria (2001). "Protocolo de intervención en pacientes fumadores hospitalizados". *Revista Prevención del Tabaquismo*, 3 (3), 124-131.
- ROMANÍ, Oriol (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- ROMANÍ, Oriol; BAULENAS, Gemma; BORRÀS, Tre; FERNÁNDEZ, Laura & SÁNCHEZ, Ernesta (1993). *Los estudios sobre drogas en España en la década de los ochenta: hacia un modelo de interpretación*. Barcelona: Grup Igia.
- RONCERO, Carlos; ROS-CUCURULL, Elena; DAIGRE, Constanza & CASAS, Miguel (2012). "Prevalencia y factores de riesgo asociados a la presencia de clínica psicótica en dependientes de cocaína". *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40 (4), 187-197.
- SARDÀ, Artur (2001). "Análisis crítico de las demandas de tratamiento relacionadas con el uso de cannabis en el CAS de Reus". En Grup Igia (ed.), *Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad* (143-148). Barcelona: Grup Igia.
- SLUZKI, Carlos E. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Solomon, Joel; Zimberg, Sheldon & Shollar, Edward (eds.), (1993). *Dual diagnosis: Evaluation, treatment, training, and program development*. New York: Plenum Press.
- STIMSON, Gerry (1995). "Salud pública y educación para la salud en la prevención de la infección por el VIH". En Pat O'Hare, Russell Newcombe, Alan Matthews, Ernest Buning, Ernest Drucker (eds.), *La reducción de los daños relacionados con las drogas* (69-79). Barcelona: Grup Igia. (Original, 1992).
- STRANG, John (1993). "Drug use and harm reduction: Responding to the challenge". En Nick Heather, Alex Wodak, Ethan A. Nadelmann y Pat O'Hare (eds.), *Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science* (3-20). London: Whurr.
- STRANG, John & FARRELL, Michael (1992). "Harm minimisation for drug misusers: When second best may be best first". *British Medical Journal*, 304 (6835), 1127-1128.
- SUARES, Marinés (2002). *Mediando en sistemas familiares*. Barcelona: Paidós.
- TORRENS, Marta; GILCHRIST, Gail; DOMINGO-SALVANY, Antònia, & psyCoBarcelona Group (2011). "Psychiatric comorbidity in illicit drug users: substance-induced versus independent disorders". *Drug and Alcohol Dependence*, 113 (2-3), 147-156.
- TRELOAR, Carla & HOLT, Martin (2006). "Deficit models and divergent philosophies: Service providers' perspectives on barriers and incentives to drug treatment". *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13 (4), 367-382.
- TRUJOLS, Joan; SALAZAR, José I. & SALAZAR, Isabel (1999). "Los usuarios de drogas como ciudadanos: Los programas de reducción de daños". En Elisardo Becoña, Antonio Rodríguez & Isabel Salazar (coords.), *Drogodependencias V. Avances* (343-378). Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.
- VELLEMAN, Richard & RIGBY, Janet (1990). "Harm-minimisation: Old wine in new bottles". *International Journal of Drug Policy*, 1 (1), 24-27.