

Propuesta de elaboración de un modelo de intervención para los usuarios de drogas en el municipio de Mosquera, en el departamento de Cundinamarca

**PROPUESTA FINAL**

Noviembre 2015

## Indice

INTRODUCCIÓN .....	2
PARTE I: EL SISTEMA DE INTERVENCIÓN DEL SAMUSOCIAL EN LA ACCIÓN CONTRA LA EXCLUSIÓN .....	4
1. Los diferentes públicos encontrados por los Samusociales en el mundo .....	4
2. Claves de comprensión sobre la exclusión .....	5
3. Valores y principios de un sistema de intervención Samusocial .....	7
4. El procedimiento de la intervención Samusocial: el proceso de atención .....	10
5. El sistema de la intervención .....	11
PARTE II: ENFOQUE SOBRE LA PROBLEMÁTICA DEL USO DE DROGA .....	18
1. El círculo del consumo hasta la adicción .....	18
2. Las consecuencias de la adicción sobre los usuarios de SPA .....	19
PARTE III: DIAGNÓSTICO SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS USUARIOS DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS A MOSQUERA-CUNDINAMARCA .....	21
1. Mosquera: Contexto de intervención .....	21
2. Marco legal y dispositivos operacionales .....	21
3. Datos sobre los usuarios de drogas .....	24
PARTE IV: RUTA DE ATENCIÓN Y LÍMITES IDENTIFICADOS .....	27
1. Ruta de atención .....	27
2. Los límites de la atención .....	29
PARTE V: PROPUESTA DE MODELO DE SISTEMA DE INTERVENCIÓN .....	30
1. Creación de un vínculo y proceso de acompañamiento .....	30
2. El dispositivo de intervención y de atención .....	31
A. Equipos Móviles de Ayuda (EMA) .....	31
B. Un Centro Diurno de Acogida (CDA) .....	34
C. Una red de atención .....	37
CONCLUSIONES .....	39

## INTRODUCCIÓN

En el marco del convenio 457 con el Cundinamarca, el Samusocial International se comprometió a producir una propuesta de sistema de intervención a favor de los usuarios de las drogas basándose en el contexto del municipio de Mosquera- Cundinamarca.

Proyecto	<b>“Propuesta de elaboración de 2 modelos de intervención para mejorar la atención integral a las familias víctimas de la violencia basada en género y de los efectos de la drogodependencia, en el departamento de Cundinamarca”</b>
Objetivo General	Contribuir a mejorar la calidad de la atención a la población en situación de exclusión social en el departamento de Cundinamarca.
Objetivo Especifico	OE: Mejorar la calidad de la intervención pública en beneficio de las víctimas de drogodependencia
Resultado	R: Un modelo de intervención para la prevención y atención a las víctimas de la drogodependencia en el municipio de MOSQUERA, es elaborado y difundido
Actividades	<p>A.1: Realizar un diagnóstico de situación con el apoyo de un referente SPA de Mosquera : recopilación de información (documentación local y nacional existente), intercambios</p> <p>A.2: organización de 4 o 5 talleres con los Comités de barrio y responsables de estructuras trabajando sobre la problemática de las SPA et con las víctimas de la drogodependencia</p> <p>A.3: Transmitir el diagnóstico de situación a la Secretaria de Desarrollo Social de Cundinamarca</p> <p>A.4: Elaborar una propuesta de modelo de intervención basado en la experiencia del Samusocial Cayena y adaptado al diagnóstico de situación realizado en el contexto de Mosquera</p> <p>A.5: Organizar una reunión de validación de la propuesta de modelo de intervención con los funcionarios de la Secretaria de Desarrollo Social del municipio de Mosquera y del departamento de Cundinamarca, y con la posible presencia de un representante del Samusocial Cayena</p> <p>A.6: Difundir el modelo a través de reuniones con los municipios más afectados de Cundinamarca</p> <p>A.7: Organizar un seminario final de restitución de la propuesta del modelo de intervención sobre un ½ día con los socios estratégicos, el SSI y el SS Cayena</p>

El diagnostico empezó el 27 de agosto 2015 con un intercambio entre la Secretaria de Desarrollo Social de Mosquera, la Responsable del Programa Tejido Social, el Asesor de las Políticas Públicas Poblacionales de la Secretaría de Desarrollo Social de la Gobernación de Cundinamarca y el Samusocial International. El diagnóstico se realizó de la manera siguiente:

- 1era fase de intercambios con los actores y las partes interesadas de Mosquera trabajando sobre el tema de la atención a los usuarios de drogas.
- 2nda fase de estudios de documentos remitidos a la persona en carga del diagnóstico.

Al final de ese protocolo, el diagnóstico fue remitido el 12 de octubre 2015.

Una 3ra fase, inicialmente prevista en la fase de diagnóstico, de organización de talleres se desarrolló al fin del mes octubre 2015, 4 talleres fueron organizados con el fin de fortalecer el trabajo de la modelización con datos colectados directamente hacia líderes de barrios, familias de consumidores atendidos por Tejido Social, profesionales de la ruta de atención y consumidores seguidos por Tejido Social.

Una propuesta de sistema de intervención a Mosquea ha sido elaborada por el Samusocial International, remitida el 17 de noviembre 2015 y sometida a validación el 18 de noviembre 2015.

Este documento incluye las modificaciones de las partes interesadas presentes en la reunión del 18 noviembre 2015 e indica en anexo las contribuciones de los diferentes actores. Esta propuesta de sistema de intervención es genérico para permitir a cada municipio una implementación según los recursos disponibles así que según las entidades ya establecidas en su ruta de atención.

El Samusocial International es una asociación de derecho francés que acompaña la creación y el desarrollo de dispositivos de ayuda médico-psicosocial a las personas en situación de exclusión social en las grandes ciudades del mundo. Unifica, alrededor de los valores y del método Samusocial, una red que se constituye al día de hoy de 15 dispositivos. Más allá de la ayuda a la creación de Samusociales nacionales, el Samusocial International contribuye al fortalecimiento de la capacidad de sus socios nacionales, a la formación continua de los equipos médico-psicosociales de intervención, a la capitalización de las experiencias y producción de documentación técnica, al desarrollo de cátedras universitarias y a la promoción de la temática de exclusión.

La propuesta presente de sistema de intervención, integra los valores y el método de intervención Samusocial y se basa en particular sobre el dispositivo operacional puesto en marcha por el Samusocial de Cayena en el beneficio de los usuarios de SPA.

Este marco metodológico constituye un parámetro esencial en la propuesta hecha en el presente documento.

**La denominación “Samusocial” es la propiedad del Samusocial International. Su utilización debe ser autorizada por el Samusocial International.**

# PARTE I: EL SISTEMA DE INTERVENCIÓN DEL SAMUSOCIAL EN LA ACCIÓN CONTRA LA EXCLUSIÓN

## 1. Los diferentes públicos encontrados por los Samusociales en el mundo



### PERÚ, COLOMBIA

- Mujeres y mujeres adolescentes con o sin niños a cargo



### MARRUECCOS

- Niños
- Adultos aislados
- Familias



### GUYANA FRANCESA

- Adultos aislados
- Familias
- Migrantes



## ROUMANIA

- Adultos aislados
- Familias



## BELGICA

- Adultos aislados
- Migrantes



## B.FASO, MALI, SENEGAL, ANGOLA, CONGO, EGIPTA

- Niños y jóvenes de la calle

## 2. Claves de comprensión sobre la exclusión

Un fenómeno pluri-categorías

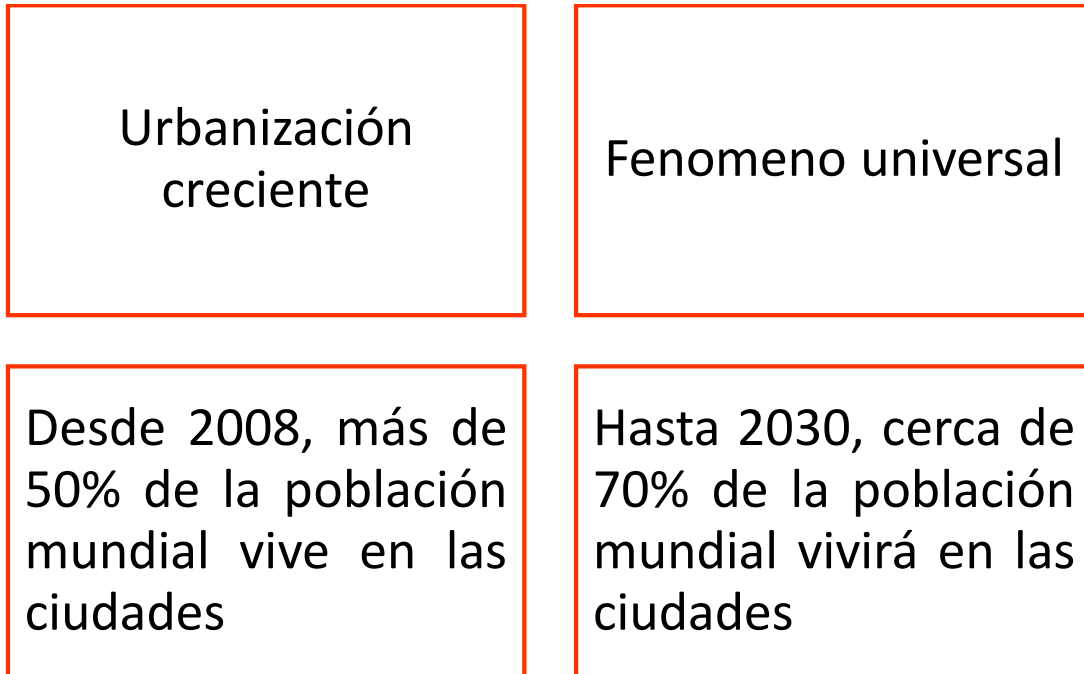
MENORES

MAYORES DE  
EDAD

PERSONAS  
AISLADAS/EN  
RUPTURA  
FAMILIAR

FAMILIAS

## Un contexto específico: el ambiente urbano



## La exclusión: una problemática social de acceso



## La gran exclusión: estado final de la desafiliación hacia la sociedad

- Una patología social con síntomas relacionados al proceso de desocialización :
  - Destrucción de los códigos implícitos del hombre en sociedad
  - Disturbios de la personalidad, consumo de sustancias psicoactivas (SPA)
  - Desaparición de las representaciones clásicas:
    - Del cuerpo: umbral de tolerancia al dolor modificado (hipotermia, dermatosis agudas...), el cuerpo puede convertirse en moneda de intercambio (prostitución, mendicidad...)

- Del tiempo: pérdida de conciencia del tiempo que pasa, ritmo biológico perturbado...
- Del espacio: lugar de vida, desplazamientos difíciles
- Del vínculo al otro: desconfianza, agresividad, vergüenza
- Del mundo: pérdida de la conciencia de su propia existencia

**Así, la persona presenta:**

- Capacidad alterada de proyección en el futuro, aún muy cercano
- Capacidad alterada de toma de iniciativa
- Abandono de todos sus puntos de referencias y normas

### 3. Valores y principios de un sistema de intervención Samusocial

Toda estructura llevando el nombre de **Samusocial** adhiere a los valores fundadora de la Carta del Samusocial International así que a los principios éticos, formalizados en el Código deontológico profesional Samusocial o constitutivos de una práctica profesional comuna.

La Carta y el Código deontológico profesional son elementos fundamentales de todos los convenios de colaboración entre el Samusocial International y las estructuras Samusocial de las cuales acompañan el desarrollo.

El Código deontológico profesional Samusocial se aplica a los adherentes y miembros asociativos del Samusocial, a las personas contratadas por el Samusocial, así que a toda persona participante a las actividades del Samusocial (visitantes, acompañantes de rondas en la calle, entre otros). Toda falta a los principios del Código deontológico profesional Samusocial puede llevar a una pérdida de la cualidad de miembro asociativo, a sanciones disciplinarias, a la ruptura de los convenios y de los compromisos.

Los principios éticos procedentes de una práctica profesional comuna son evolutivos en la medida en la cual están elaborados en función de las nuevas problemáticas encontradas por los Samusociales en sus intervenciones cotidianas con las poblaciones en situación de gran exclusión.



### → Valores fundadoras

**Dignidad:** preservar, mantener, garantizar este estatuto moral a la existencia de todo ser humano; ninguna fuerza, ninguna situación puede permitir que alguien este privado de esta dimensión, de esta manifestación de humanidad.

**Solidaridad:** compartir, como un deber, la preocupación del otro e intentar en toda circunstancia ayudarlo en la medida de las posibilidades individuales y colectivas.

**Ciudadanía:** garantizar la manifestación de los derechos y de los deberes de cada uno, en la sociedad a la cual pertenecen.

### → Principios éticos

**No-discriminación y neutralidad:** Toda acción de un Samusocial es no discriminatoria sin importar el sexo, la nacionalidad, la etnia, el origen real o presumido, la cultura, la religión, la sexualidad, la edad, la discapacidad; todo acto teniendo un vínculo con actividades de proselitismo religioso o político es estrictamente prohibido.

**Preservación del interés superior de la persona, participación y consentimiento:** Las personas, menores o mayores, atendidas por un Samusocial están protegidas en su interés individual y participan a las tomas de decisiones concerniéndolas así que concerniendo las personas bajo su responsabilidad; toda decisión que les conciernen, está tomada con sus consentimientos

**Deber de no abandono:** Como toda acción, la del Samusocial conoce sus límites, intrínsecos a los medios disponibles, a la inexistencia o a la inaccesibilidad de estructuras de atención a la situación individual de cada beneficiario; los límites de la acción también son los relacionados a la voluntad y/o las capacidades de cada persona que encontramos; estos límites de atención no eximen el seguimiento de un acompañamiento mínimo de la persona, por ejemplo, por la continuación de una presencia regular a su lado.

#### **Confidencialidad, secreto compartido y anonimato:**

- Las informaciones colectadas por un equipo Samusocial sobre los beneficiarios están protegidas por el principio de confidencialidad, que sean de naturaleza médicas o no;
- Con el fin de garantizar la calidad del acompañamiento individual de los beneficiarios, las informaciones de todas las personas atendidas están compartidas entre los intervinientes: el principio del secreto compartido garantiza la confidencialidad de los datos individuales y

personales; este principio del secreto compartido se extiende a las estructuras socias del Samusocial en el marco de la red de atención, y los beneficiarios orientados hacia estas estructuras deben aceptar la transmisión de las informaciones que les conciernen;

- Para concluir, la confidencialidad implica el principio de anonimato de las informaciones nominativas individuales en caso de difusión externa (para publicación de estudios por ejemplo)

**Distancia profesional:** Este principio implica la interdicción, para todo interviniente Samusocial, de invitar, acoger, albergar o emplear, a título personal, y en particular a su domicilio, beneficiarios de la estructura, así que de ofrecerles, o aceptar de sus partes, regalos (objetos, dinero), y de manifestar comportamientos sexualmente ambiguos, de proponer o aceptar relaciones sexuales, con los beneficiarios mayores (y con los beneficiarios menores cuando esta prohibición no está legalmente establecida en el país de intervención del Samusocial)

**No-violencia:** Sin importar las practicas socio-culturales y educativas en los países de intervención de los Samusociales, todo acto de violencia física, oral o psicológica (sobre todo los golpes o los castigos corporales, las palabras humillantes, el abuso de autoridad o de poder) está estrictamente prohibido de parte de los intervinientes Samusocial.

**Derecho de imagen:** Este derecho implica la prohibición de toda o la difusión de imágenes de beneficiarios menores (fotos, videos etc....) identificables y/o afectando su dignidad, y todo registro o difusión de imágenes de beneficiarios mayores sin acuerdo firmado de su parte, según el formulario previsto a este efecto.

## 4. El procedimiento de la intervención Samusocial: el proceso de atención

El proceso de atención permite ver una situación individual en su conjunto y de determinar las necesidades reales de cada beneficiario como una persona única en sí.

El proceso de atención es un método de atención holística que permite:

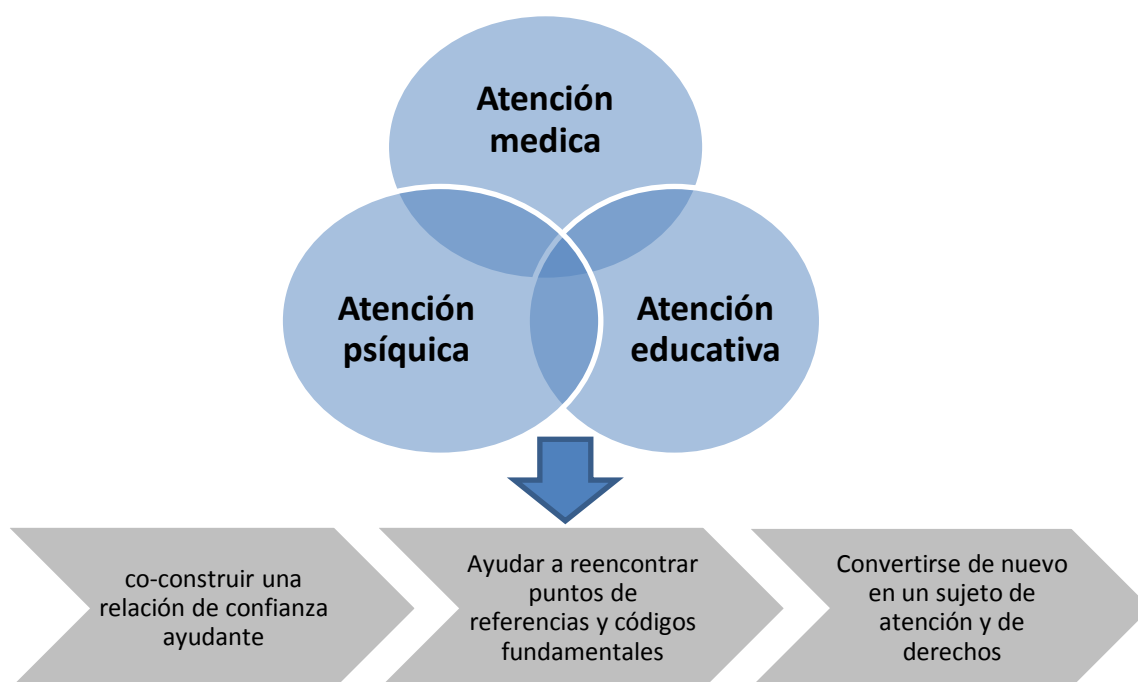
- coleccionar las informaciones necesarias ;
- analizarlas ;
- concretizarlas por intervenciones adecuadas ;
- evaluar los resultados.

Favorece:

- una mejor continuidad en la atención ;
- una mejor coordinación, más eficaz, de las intervenciones de un equipo;
- el establecimiento de prioridades en la elaboración de las acciones a poner en pie.

El proceso de atención es imperativo para sostener los beneficiarios en su voluntad psíquica, y su capacidad social, a proyectarse en un futuro. Así, pueden experimentar, o re-experimentar, el sentimiento **de ser un sujeto, digno de recibir ayuda y autorizado a pedirla**.

Entonces pueden prepararse, en función de cada uno, procesos de protección y/o de autonomización, con o sin la familia.



## 5. El sistema de la intervención

La intervención Samusocial se funda sobre 5 principios generales que, por su interacción, constituye el dispositivo de acción hacia las personas en situación de exclusión social.



→ Proximidad

**« Ir hacia los que no piden más, los que no tienen ni la capacidad ni la voluntad, de ir hacia las estructuras sanitarias y sociales existentes »**



Un Samusocial interviene directamente sobre los lugares de vida de los beneficiarios, que sea en la calle o en el domicilio. Constituye un servicio médico-social específico que, por sus modalidades de intervención, crea o crea de nuevo vínculo social con las personas en situación de gran exclusión. Desarrolla vínculos con las otras estructuras sanitarias y sociales existentes que pueden ser el relevo de sus intervenciones. El Samusocial es, en efecto, una estructura de primera fase la cual, con el fin de asegurarse una continuidad de atención, conviene identificar las estructuras de segunda fase.

→ Periodicidad

Para las actividades de tipo centro de acogimiento, la permanencia de la intervención corresponde a una apertura 7/7 de día como de noche es decir a la posibilidad de acoger en alojamiento de urgencia un beneficiario de día como de noche, bajo la reserva de los cupos disponibles.

Para las actividades de tipo equipo móvil, la permanencia de la intervención corresponde a una intervención al domicilio o en los barrios 7 día /7 en el día o en la noche. Aun si el 7 día /7 es un ideal difícil a alcanzar en la mayoría de los casos, es posible considerar que a partir de una intervención, en día o en noche, 5 veces por semana, la intervención es casi-permanente.

Cuando se trata de actividad de tipo equipo móvil, la periodicidad de la intervención, a través de varias intervenciones en día o en noche por semana, se revela primordial. De una parte, permite poner en pie un verdadero proceso de acompañamiento de los beneficiarios. De otra parte, permite encontrar de manera más rápida nuevos casos.

La **periodicidad fija** de las intervenciones de día o de noche está evaluada en función del número de lugar a cubrir. Corresponde al menos a una intervención por semana sobre cada sitio (sitio de día y sitio de noche).

Sin embargo, la periodicidad fija debe **adaptarse a las necesidades concretamente identificadas sobre cada sitio: así**, de día como de noche, son las situaciones individuales, y/o la situación colectiva de un grupo de beneficiarios, requiriendo un seguimiento más cercano o una intervención colectiva de los equipos Samusocial que van a determinar el ritmo semanal de las intervenciones en cada sitio.

## Permanencia

- de 5 a 7 días y/o noches por semana

## Periodicidad adaptada

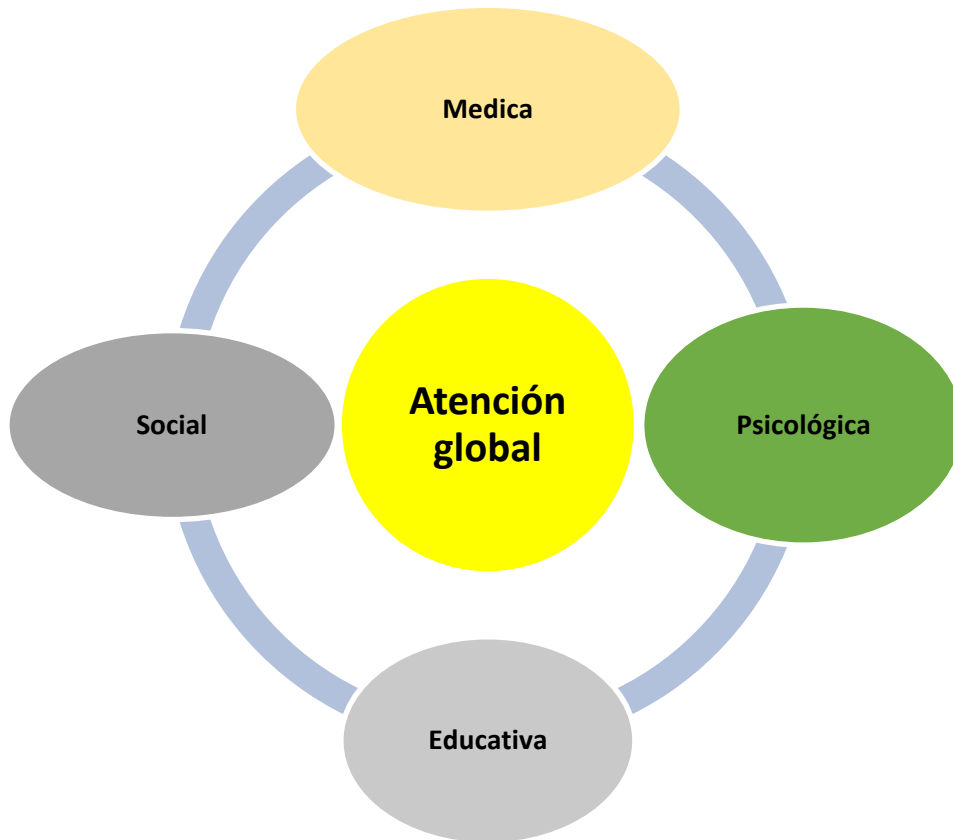
- intervención sobre cada sitio de día o de noche al menos 1 vez por semana y adaptación del ritmo de las intervenciones a las necesidades identificadas en las situaciones individuales y/o colectivas encontradas

## Periodicidad fija en un sitio

- intervención sobre cada sitio de día o de noche al menos una vez por semana

→ Versatilidad

Tomando en cuenta la situación de exclusión social de los beneficiarios, y de manera conforme al principio general Samusocial del proceso de atención, la atención es necesariamente médica, psicológica, educativa y social.



→ Profesionalismo

« A gran exclusión, grandes profesionales »





→ Cooperación

## La red de atención

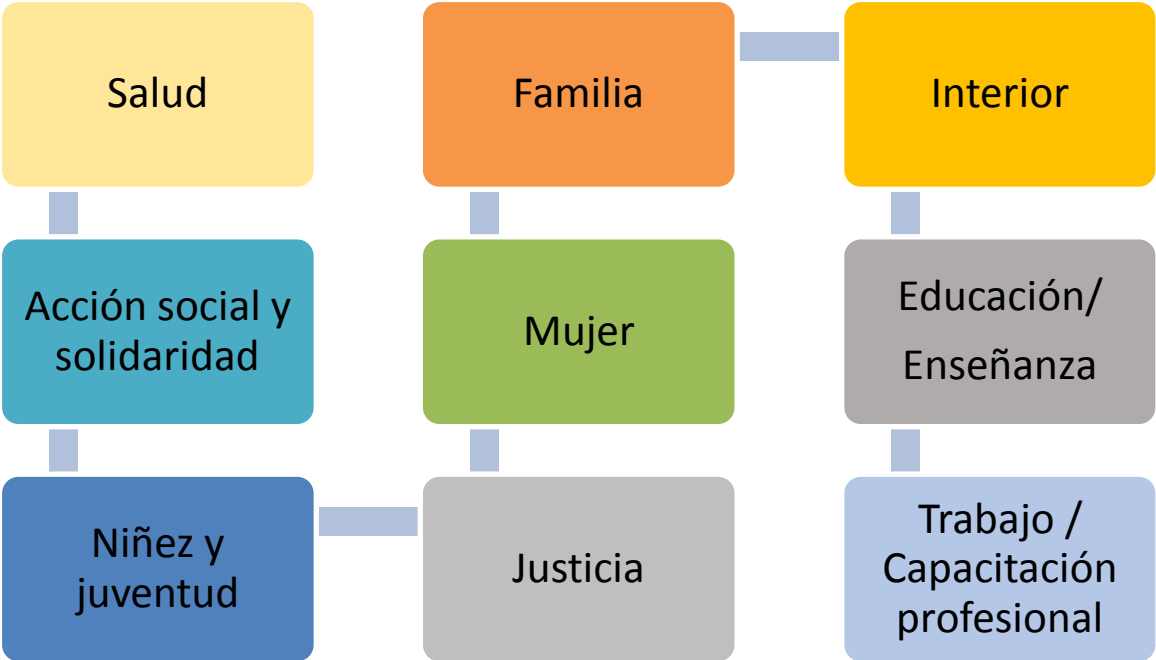
Un Samusocial establece colaboraciones, apoyándose generalmente sobre convenios de cooperación, con estructuras públicas, parapúblicas privadas/asociativas, que gestionan servicios que se integran a la atención global de los beneficiarios.



### La movilización y la acción concertada de las políticas públicas

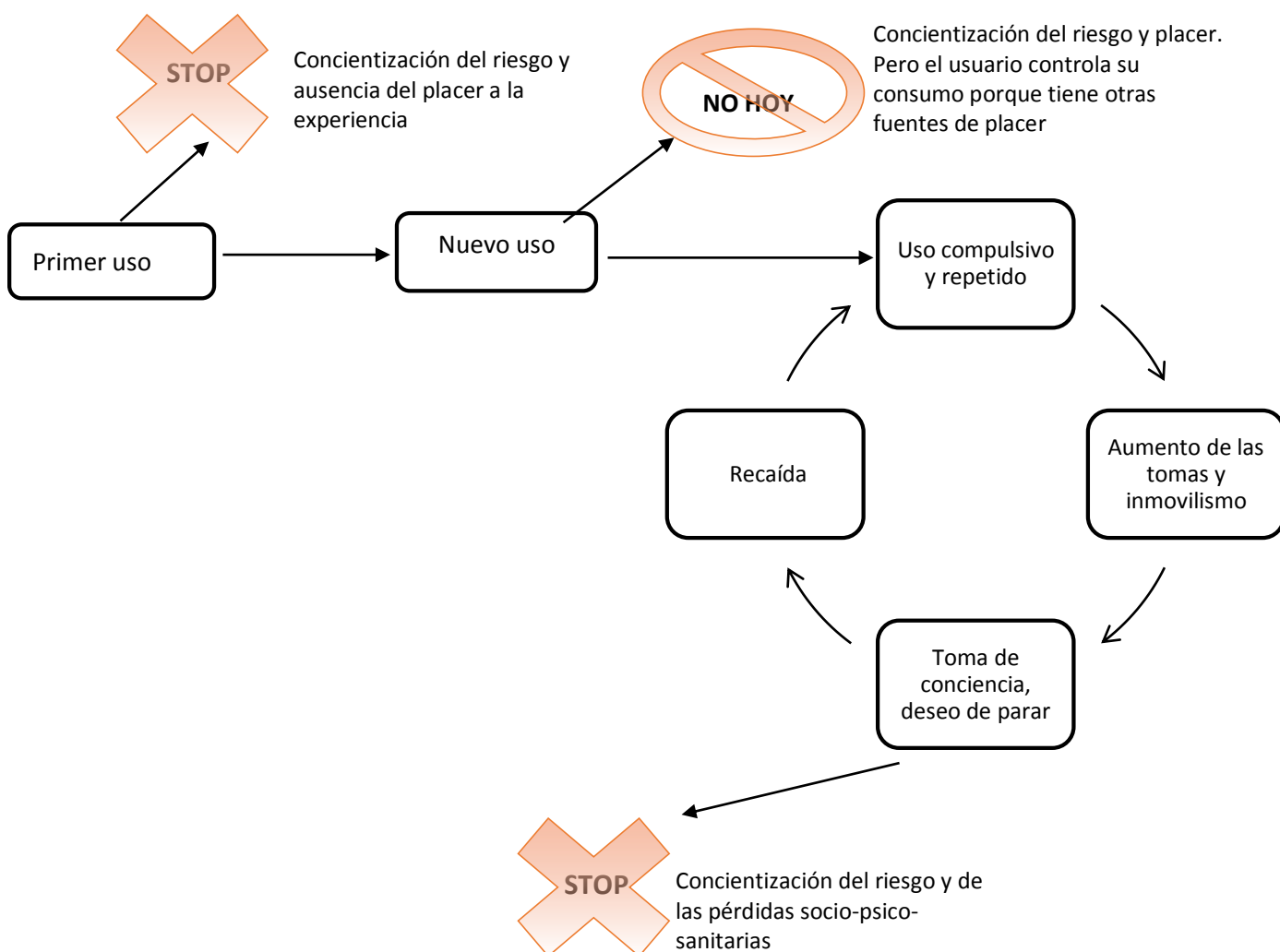
La atención global de los beneficiarios requiere una implicación de parte de los ministerios y de sus servicios desconcentrados, así que de las colectividades descentralizadas cuando estas últimas tienen un mandato relativo a la protección de las víctimas y/o a la acción social hacia los más vulnerables.

En una forma esquemática, las políticas públicas interesadas relevan, o deberán relevar, de una acción concertada entre los sectores siguientes:



## PARTE II: ENFOQUE SOBRE LA PROBLEMÁTICA DEL USO DE DROGA

### 1. El círculo del consumo hasta la adicción



Para resumir los efectos de las drogas, se puede decir que la absorción de SPA, cualquier que sea su modo de consumo, libera Dopamina en el cerebro. La Dopamina sobre-activada por la SPA va a « engañar » el cerebro e incitarlo a reiterar la toma para tener su recompensa: el placer. Más la Dopamina estará liberada regularmente, es decir más el beneficiario consume, más los captosres de Dopamina se van a acostumbrar. Así, poco a poco, el placer disminuye pero la búsqueda de la recompensa y del placer inicial queda activa. El sujeto no puede parar de consumir, consume cada vez más para tener placer: está en situación de adicción. En caso de parar el consumo del producto, el cerebro siente la falta, el cuerpo y el psíquico sufren. Sin ayuda, el sujeto cae de nuevo en el consumo y consume para aliviarse y encontrar de nuevo el placer.

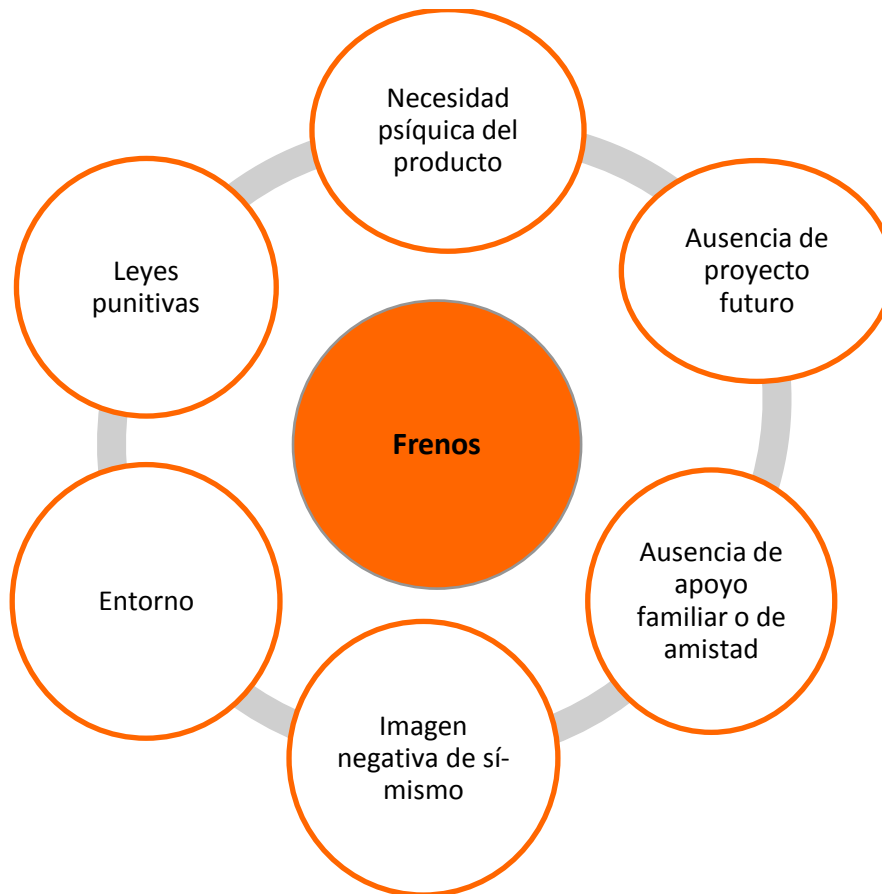
Así, según la escuela anglo-sajona y las investigaciones de Bruce K. Alexander (psicólogo canadiense), la adicción puede ser asociada a 3 factores: **el innato** (o la genética) porque los sujetos no son receptivos al efecto del producto de la misma manera, **el entorno** porque un entorno satisfactorio y motivador genera suficiente placer para no necesitar procurárselo con los SPA y por fin, el **producto** en sí-mismo.

## 2. Las consecuencias de la adicción sobre los usuarios de SPA

→ Trastornos asociados a la adicción



→ Los frenos internos en la atención de los usuarios de SPA



→ Los catalizadores positivos internos de la atención



## PARTE III: DIAGNÓSTICO SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS USUARIOS DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS A MOSQUERA-CUNDINAMARCA

### 1. Mosquera: Contexto de intervención

Mosquera es un municipio de Cundinamarca. El Cundinamarca está constituido de 15 provincias y 116 municipios. Mosquera se ubica a 23 km de Bogotá en la provincia de Sabana Occidente, la ciudad de Facatativá es la cabeza de la provincia. Sobre un total de 107km<sup>2</sup>, el municipio está compuesto de 99.33 km<sup>2</sup> de territorios rurales y entonces de 7.67 km<sup>2</sup> de territorio urbano, correspondiente mayoritariamente al centro histórico y a los barrios pegados al centro.

Mosquera vive del sector agrícola y más concretamente del cultivo de flores pero también de la implantación de grandes industrias a causa de su proximidad con Bogotá. La tasa de desempleo es del 10,1% frente al 9,1% en Cundinamarca, el trabajo informal es muy presente.

Según la información municipal, Mosquera está poblado de 80.688 personas en 2014. 47.9% de la población tiene entre 15 y 44 años. Los 5 - 14 años representan, ellos, un 18.77% de la población. La tasa de analfabetismo es del 8,9% en la zona rural de Mosquera y del 4,5% en el área urbana.

En 2011, Mosquera acogía 612 personas desplazadas víctimas del conflicto armado, o sea 1.1% del total departamental. En 2011 también, 75% de la población beneficia del SISBEN (o sea 58 146 personas sobre las 74 654 que contaba Mosquera en 2011) y 660 familias estaban en situación de extrema pobreza.

En términos de salud: 55 802 personas están afiliadas al régimen contributivo de la EPS y 24.864 al régimen subsidiario. 3503 personas no tienen afiliación a un régimen de salud en 2014.

### 2. Marco legal y dispositivos operacionales

#### → Al nivel nacional

En materia de política nacional, 3 grandes leyes y 2 planes nacionales dirigen el marco legal y la puesta en marcha de la atención a la adicción.

- La ley 1098 de 2006 instaura la protección de los menores frente a los riesgos del consumo y da la obligación a las instituciones educativas de prevenir el tráfico y el consumo de todo tipo de sustancias psicoactivas en su recinto.
- La ley 1566 de 2012, garantiza la atención integral de las personas que consumen sustancias psicoactivas, reconociendo la adicción como un disturbio mental. Instaura también:

- Poder de acciones delegado a los Municipios
  - Toda persona que sufre de trastornos mentales, o de toda patología en vínculo con el consumo, el abuso y la adicción al SPA, tiene el derecho a **una atención integral** de parte de las estructuras afiliadas al SGSSS y por las instituciones públicas o privadas especializadas en los tratamientos de estos desórdenes.
- La Ley de Salud Mental en 2013 da prioridad a los niños y adolescentes para el tratamiento de los trastornos mentales. Instauro también el derecho para todas personas sufriendo de desórdenes mentales de acceder a la educación o a un empleo sin ser discriminado.
  - La política nacional iniciada en 2007 para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y de su impacto según los ejes de **Prevención, Mitigación y Superación** del consumo de sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas.
  - El Plan nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y atención del Consumo de SPA **2014-2021**, se declina en 3 ejes: **el refuerzo interinstitucional, la promoción de la Salud y la Prevención/tratamiento/reducción de los riesgos.**

→ Al nivel municipal

**El programa Tejido Social** fue creado en septiembre 2013. Este sistema de intervención se centra en la atención de los usuarios de drogas, el aspecto preventivo estando desarrollado por la Secretaría de Salud.

El equipo está formado de una responsable y una psicóloga, que es a veces ayudada por los estudiantes de psicología.

▪ **Socios de Tejido Social :**

- Las instituciones educativas
- Los padres
- Las Comisarías de Familia
- La Fundación La Luz
- La Secretaria de Salud y la Red de Salud mental
- El Sistema de Responsabilidades Penales con los Adolescentes (SESPA) para los menores de edad implicados en el micro tráfico
- ESE María Auxiliadora
- Las EPS y las IPS para la continuidad de los cuidados

▪ **Condiciones de admisión:**

- Los menores de edad acompañados por un representante legal
- Los adultos pueden venir solos o acompañados, no hay regla

▪ **Procedimientos de admisión:**

Entrevista de 40 minutos aproximadamente, que se desarrolla de la siguiente manera:

- En presencia de referente la familia del menor
- Las informaciones claves sobre la identidad del usuario
- Identificación de la EPS de afiliación
- Identificación de sus prácticas de consumo
- Presentación del programa, subrayando el aspecto voluntario de la participación

▪ **Duración del programa:**

**No hay una duración máxima** de apoyo. Tejido Social garantiza la atención y el seguimiento sin condiciones del tiempo.

▪ **Servicios propuestos:**

- Atención psicosocial a través de entrevistas individuales y la constitución de los archivos individuales de los participantes
- Solicitud de pruebas biológicas
- Facilitación de un grupo de apoyo a los padres
- Facilitación de un grupo de apoyo para los jóvenes
- Organización de actividades deportivas para los participantes al programa
- Visitas al domicilio hechas por la psicóloga
- Intervención en los talleres de prevención en las instituciones educativas organizados en el marco del programa de la Policía DARE
- Orientación hacia el centro de rehabilitación de la Fundación La Luz a Chinauta para los casos más graves, es decir, que tienen un fuerte consumo y que tienen también la voluntad de dejar el consumo. Atención durante 3 meses de destete por Tejido Social a través de los fondos de la Secretaría de Desarrollo (el costo financiero está garantizado al 68% Tejido Social y al 32% por la Fundación)
- Orientación hacia la Comisaría de Familia con el fin de establecer solicitudes de cupos al ICBF para ingresar a un centro de rehabilitación en la zona de Facativa (ubicación gratuita para los menores, y normalmente atendida por la EPS para los adultos)



- El acuerdo N°34 de noviembre de 2014 instituye **la política municipal de atención integral** a personas en riesgo o en consumo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas, en el municipio de Mosquera, y crea el **Comité municipal de atención integral al consumo de sustancias psicoactivas**.
- El Comité municipal está constituido por **16 servicios y estructuras multisectoriales** (salud, social, educación, policía...) y está presidido por **Tejido Social**. La Secretaria técnica está garantizada por la Secretaria de Salud.
- Los ejes operativos de la política municipal son la Prevención, la Mitigación y la Superación
- Los principales protagonistas de la política de atención en Mosquera son: la Secretaria de Desarrollo Social, Tejido Social, las Comisarías de Familia, la Red de Salud Mental.

### 3. Datos sobre los usuarios de drogas

#### → Datos sociodemográficos sobre el público enfocado a Mosquera

En el marco del « DIAGNOSTICO SOBRE EL SISTEMA DE INTERVENCIÓN PARA LOS USUARIOS DE DROGAS A MOSQUERA-CUNDINAMARCA» entregado en la fase 1 del proyecto, ha sido posible establecer los datos siguientes.

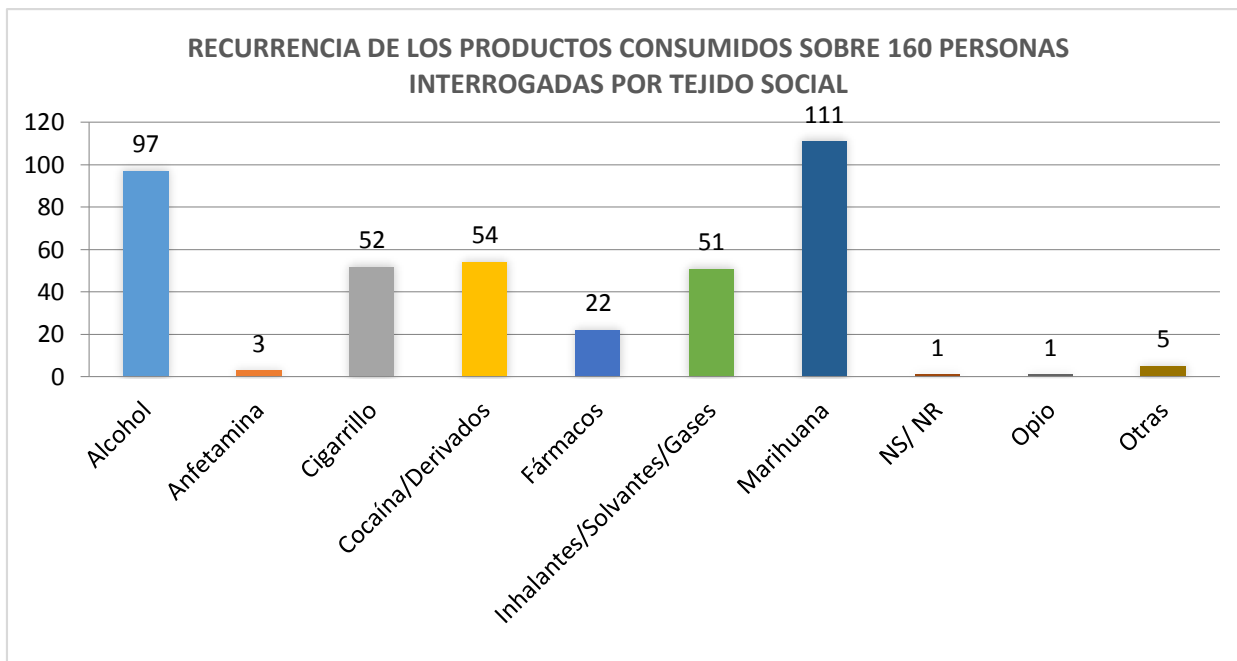
Un estudio sobre el consumo de los SPA en el Cundinamarca de 2011, fue realizado por estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia de Ciencias Humanas en relación con la Secretaria de Salud del Cundinamarca. Este estudio revela que como en el contexto nacional **los hombres están más en riesgo que las mujeres**. Este estudio muestra también que Mosquera aparece en los municipios afectados por un alto consumo de: **cigarrillos, marihuana, bóxer, cocaína, alucinógeno, tranquilizante y bebidas energizantes**. Las tasas de consumo de sustancias lícitas o ilícitas en Mosquera están mayoritariamente superiores al promedio departamental en 2011.

Gracias a la puesta en contacto del Samusocial International con el programa municipal Tejido Social, fue posible obtener la base de datos del programa y extraer las conclusiones siguientes.

#### Así:

- Desde 2013, 160 fueron registrados en el programa Tejido Social, de los cuales **141 menores**. El participante más joven del programa tiene 10 años y el más viejo tiene 38 años. Los datos disponibles del programa Tejido Social a Mosquera conciernen entonces mayoritariamente menores escolarizados
- 15.2% de los beneficiarios han probado 3 productos en su vida.
- Los productos más consumidos son **la marihuana, el alcohol, la cocaína y sus derivados** (basuro, perico,...), **cigarrillos, los solventes** (popper, bóxer, dick,...) y por fin los

medicamentos como **benzodiacepinas (Rivotril®, Valium®...)**. El uso de anfetaminas y opio sigue siendo poco común en Mosquera o al menos en el público seguido por Tejido Social y esto está confirmado por el estudio de 2011.



- Según Tejido Social, los jóvenes vienen de familias **“disfuncionales”**: solo padre o madre que trabaja enormemente, estratos económicos 1-2. Sin embargo, la situación económica debe matizarse ya que las instituciones educativas privadas no quieren hablar de los casos de consumo de droga en su recinto al fin de no manchar su reputación.
- La primera razón citada para explicar el consumo es **“la curiosidad de probar el producto”**, pero tras el seguimiento por la psicóloga, aparece también **fallas** en el esquema familiar/parental.
- Tejido Social recibe poco a **los adultos en situación de consumo de drogas**, aunque el dispositivo se refiere a todos los públicos. En efecto, la red de detección y de orientación de los jóvenes es eficaz y permite sus orientaciones pero no existe ninguna estructura de detección de los casos para los adultos. Por lo tanto, permanecen aislados en su problemática de consumo. Por otra parte, a la diferencia de los menores, la asistencia sanitaria de los adultos es más compleja y no sistemáticamente otorgada por las Entidades de Promoción de la Salud (EPS). Legalmente, la atención debería ser automática pero los trámites que deben emprenderse son largos y el adulto no es prioritario ante los menores de edad en la ley.

### → Datos resultados de los talleres participativos

En el marco del diagnóstico, ha sido posible organizar 4 talleres diferentes con: los líderes de los barrios, los padres de los consumidores seguidos por Tejido Social, los consumidores seguidos por Tejido Social y los profesionales de la ruta de atención.

Del taller con los líderes de los barrios se resalta que:

- **Los barrios más en riesgos son:** Porvenir Rio, La Cartija, Maipore, Condado del Duque, el Centro histórico y las zonas limítrofes entre Mosquera y Funza así que entre Mosquera y Madrid.
- El consumo de SPA genera **más violencias** entre pandillas y más violencias intrafamiliares.
- **Los adultos** consumidores son personas que **no hicieron nada para salir del consumo**. Se trataría de un consumo por tradición más que por adicción.

Del taller con los padres, se resalta que:

- Más el joven consuma, más **esta agresivo y difícil a controlar**.
- El sentimiento **de vergüenza** de los padres frente a la comunidad es un peso difícil a asumir.
- Los SPA **destruyen los vínculos** familiares y **la confianza** en la familia.
- Los padres saben a cuál **institución** dirigirse (Tejido social, Alcaldía, ICBF, Comisaria de Familia...) estando ya en la ruta de atención con sus hijos.

Del taller con los profesionales, se resalta que:

- La prevención es más **fácil** a hacer hacia **los más jóvenes** que hacia los adolescentes.
- Los padres y la escuela se culpan mutuamente de **la responsabilidad** de intervención hacia los jóvenes.
- Es difícil para los familiares considerar que la adicción es una **enfermedad mental**.
- El hecho que en las familias monoparentales, el padre/ la madre a cargo/a es **muchas veces ausente** porque debe trabajar dos veces más.

Del taller con los jóvenes de Tejido Social se resalta que:

- El 1<sup>er</sup> motivo de consumo es « **olvidar sus problemas/su tristeza** ».
- Los jóvenes vienen a Tejido Social de **su propia voluntad**, pero también por solicitud de la familia o de las instituciones educativas.
- El programa les ha permitido retomar **confianza** en ellos y elaborar un proyecto de vida.
- En el futuro, los jóvenes desean no consumir más, salir de la delincuencia y recuperar la **confianza de su familia**.

## PARTE IV: RUTA DE ATENCIÓN Y LÍMITES IDENTIFICADOS

### 1. Ruta de atención

La detección del consumo de sustancias psicoactivas por un usuario puede hacerse por la familia misma, las instituciones educativas para los menores escolarizados, las instituciones de salud, la policía de infancia y adolescencia o las inspecciones en caso de delincuencia del usuario menor de edad, la Personería.

El caso detectado debe ser obligatoriamente notificado a la Comisaria de Familia cuando el consumidor es menor de edad, a la Secretaria de Salud y al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Sustancias Psicoactivas. La Comisaria de Familia puede solicitar el ICBF para asegurar un refugio al menor de edad en peligro o para hacer una solicitud de cupo en un centro de rehabilitación para un adulto.

En general, estas dos instituciones orientan, según el caso, hacia:

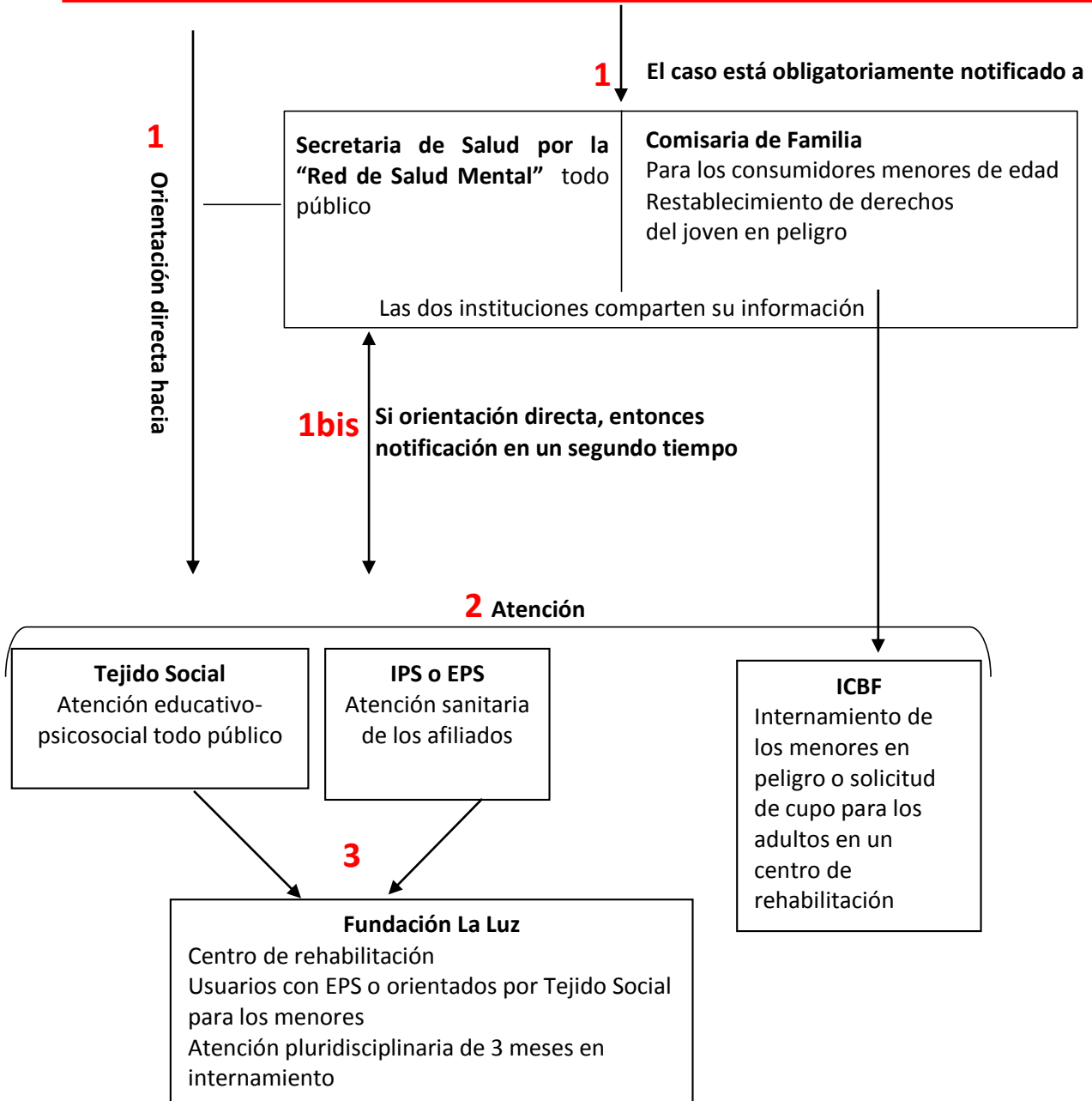
- Tejido Social, programa municipal de Mosquera que ofrece una atención educativa y psicosocial a todos los públicos.
- Las IPS o EPS cuando el consumidor es un adulto y que necesita un tratamiento, o también para hacer exámenes toxicológicos y exámenes médicos.

Es también frecuente que los « detectores » orientan los consumidores directamente hacia Tejido Social o hacia las IPS/EPS, porque los consumidores tienen miedo de las consecuencias jurídicas y no desean ir a la Comisaria de Familia. Entonces son las entidades que notifican el consumo y su atención, en un segundo tiempo, a la Comisaria y a la Secretaria de Salud.

Cuando la atención de Tejido Social no está suficiente, el consumidor está orientado si lo desea hacia la Fundación La Luz que es un centro de rehabilitación terapéutica. La atención financiera del menor de edad está cubierta al 68% por Tejido Social y al 32% por la Fundación La Luz. El tratamiento dura 3 meses.

## DETECCIÓN DE LOS CONSUMIDORES DE SPA

- Las Familias
- Las instituciones de Salud
- La Comunidad en general
- Las instituciones educativas
- La Policía infancia y adolescencia
- Las inspecciones
- Personería



Referente al seguimiento de las situaciones, los 2 actores principales son la **Comisaría de Familia** y **Tejido Social**. Tejido Social asegura un seguimiento sin duración limitada en el tiempo a través de entrevistas individuales y visitas a domicilio pero también invitando los usuarios a grupos de palabra.

## 2. Los límites de la atención

Con las entrevistas con Tejido Social, la Secretaria de Desarrollo Social de Mosquera y los 4 talleres, se puede sacar las conclusiones siguientes:

### ▪ **Nivel institucional :**

- Falta de implicación de algunas instituciones educativas que prefieren esconder el consumo de los jóvenes para no dañar su reputación así que la falta de formación de los profesores sobre el sujeto
- Falta de recursos humanos y de especialistas de salud mental
- Falta de articulación y de coordinación de los casos
- La ley no esta lo suficiente consistente y las EPS no respetan sus obligaciones legales de atención
- Ausencia de detección y pocas posibilidades de atención para los adultos consumidores

### ▪ **Nivel familiar**

- Los padres faltan de sensibilización y de acompañamiento para manejar los jóvenes.
- La culpa de la responsabilidades entre familia y instituciones educativas
- Las SPA destruyen los vínculos familiares y la confianza en la familia

### ▪ **Nivel de la sociedad**

- Sentimiento de vergüenza de tener un miembro de su familia consumiendo SPA o de ser consumidor de SPA
- Dificultad de asociar adicción a la enfermedad mental
- Estigmatización del consumidor

### ▪ **Nivel de atención**

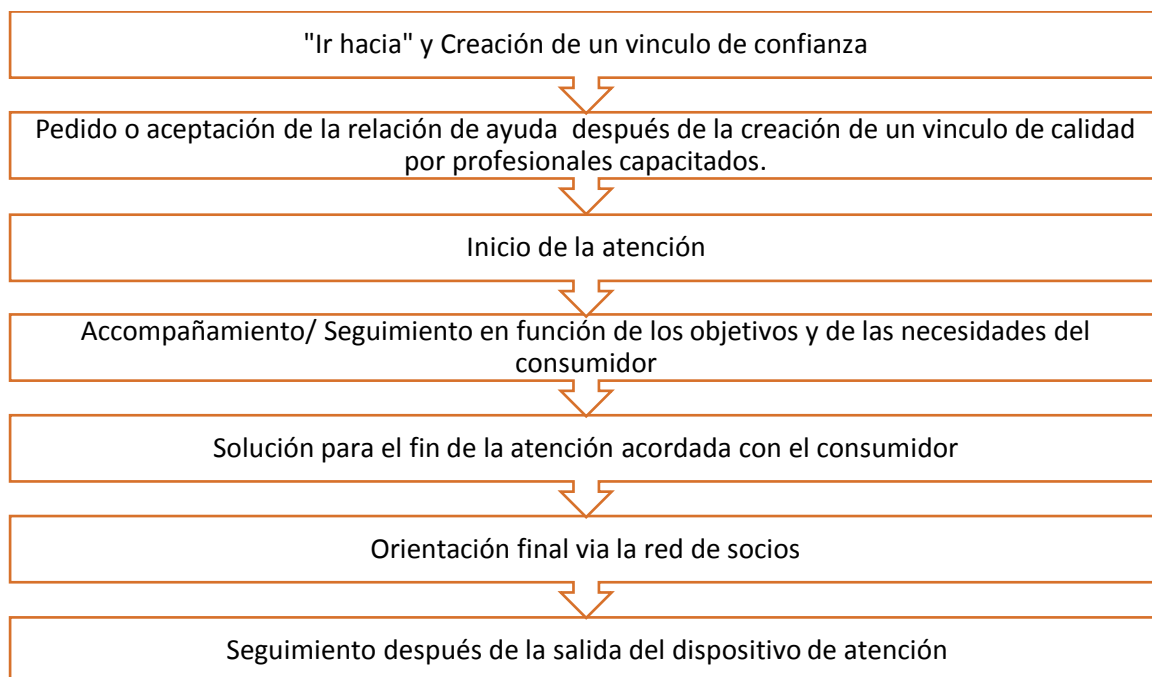
- Pocos cupos disponibles para tratarse
- Falta de seguimiento post-tratamiento por falta de medios
- La voluntad del usuario de curarse o de abandonar sus practicas
- Hay una falta de apoyo y de seguimiento psicosocial así que de profesionales de Salud Mental
- Existe una falta de solución en términos de formación profesional y de posibilidad de inserción de los jóvenes
- Falta de información sobre la oferta de servicios existentes

## PARTE V: PROPUESTA DE MODELO DE SISTEMA DE INTERVENCIÓN

De los límites identificados en la ruta de atención actual de los usuarios de SPA, la dimensión que se refiere al **acceso a los servicios de información y de primera ayuda** permitiendo reforzar la integración de los usuarios de SPA en un dispositivo de acompañamiento y de atención, parece estar en el centro de las debilidades del sistema de intervención hacia menores y, sobre todo, mayores de edad. La propuesta siguiente de sistema de intervención tiene esencialmente en cuenta esta dimensión que es **un factor determinante** en el método Samusocial de las personas en situación de exclusión.

Es importante resaltar que respetando el principio de no discriminación del Samusocial Internacional, el modelo siguiente propone un trato igual de los diferentes beneficiarios.

### 1. Creación de un vínculo y proceso de acompañamiento



## 2. El dispositivo de intervención y de atención

Objetivo	Actividad a elaborar
"Ir hacia" y creación de un vínculo de confianza	Equipo Móvil de Ayuda (EMA)
Pedido o aceptación de la relación de ayuda después de la creación de un vínculo de calidad por profesionales capacitados.	EMA y Centro Diurno de Acogida (CDA)
Inicio de la atención Acompañamiento/ Seguimiento en función de los objetivos y de las necesidades del consumidor	EMA, CDA y Tejido Social
Orientación hacia las estructuras de atención en vínculo con usuario de drogas	EMA, CDA y Tejido Social
Seguimiento	EMA, CDA y Tejido Social

### A. Equipos Móviles de Ayuda (EMA)

#### → Los objetivos de la intervención de la EMA

El objetivo primero de la EMA es de **crear un vínculo** con la comunidad y los grupos de consumidores. Teniendo en cuenta el sujeto y los problemas que generan el consumo de SPA en los barrios, es necesario ir hacia los grupos de consumidores con el fin de tomar contacto con ellos y así ganar su confianza presentándose de manera regular sobre los sitios de consumo.

Las EMA organizan, según una frecuencia adaptada, intervenciones colectivas de sensibilizaciones, de prevenciones y de informaciones hacia la comunidad en las zonas las más afectadas por la problemática de consumo y sobre todo en las zonas más alejadas de los servicios de los Estados y de la atención. Después de estas acciones colectivas, contactos individuales pueden ser realizados y desencadenar así el proceso de creación del vínculo entre los consumidores y la EMA.

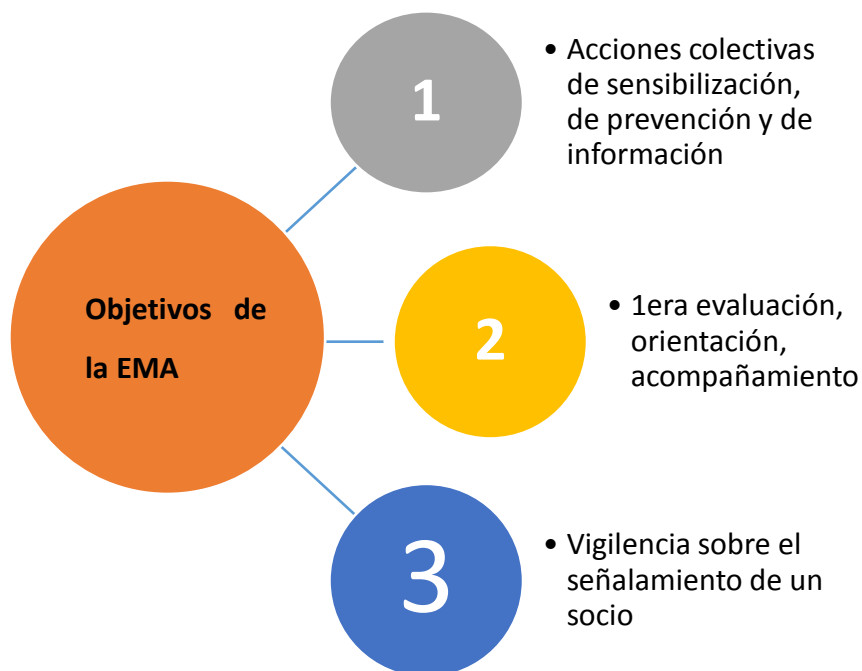
Las EMA no tienen para objetivo de denunciar o de hacer el censo de las personas consumiendo productos ilícitos, la primera meta es de prevenir-sensibilizar y de jugar el papel de mediación entre los grupos de consumidores y los habitantes de los barrios interesados.

Las EMA también hacen un trabajo de **primera evaluación** de los consumidores. En efecto, después de las acciones colectivas, usuarios pueden señalarse para tener una entrevista individual y hacer un punto sobre sus consumos. De esta primera evaluación se **desencadenará una serie de decisiones** tal como orientar a la persona según la emergencia de la situación o **acompañarla** según sus necesidades (vía visitas o citas hacia un centro diurno de acogida por ejemplo o hacia Tejido Social).

La EMA puede también intervenir al domicilio de las personas identificadas como potencialmente en riesgo y señaladas en situación preocupante por las estructuras tales como Comisaria de Familia, la Personería o Tejido Social.



En resumen:



→ El equipo de la EMA es:

- **Versátil**

La EMA está constituida de un:

- 1 Chofer acogedor social
- 1 psicólogo/a especializado/a en las adicciones
- 1 auxiliar de enfermería
- 1 trabajador/a social

Las rondas pueden hacerse en compañía de un/a trabajador/a par, con el fin de facilitar el vínculo con los usuarios de drogas. El/la trabajador/a par recibirá una formación en la intervención hacia los usuarios de drogas con la misma supervisión que las otras personas del equipo.

- **Profesional**

Las EMA están constituidas de profesionales, considerados como tal por parte de su formación inicial (cuidadores, auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, educadores especializados) o de las competencias adquiridas durante su experiencia profesional (educadores sociales, choferes acogedores sociales).

Todos los miembros de las EMA benefician de una formación continua en la intervención hacia los usuarios de drogas. El vehículo de ronda y el vestido de trabajo del equipo están claramente identificables con el logo de la organización con el fin de marcar visualmente la intervención como profesional e institucional, es primordial para asegurar la intervención del equipo tanto para el público

enfocado, que para los residentes y las fuerzas de mantenimiento del orden que pueden intervenir en estas zonas de riesgo.

→ Las modalidades

LA RONDA		
<p><b>Intervención fuera del marco</b></p> <p>Recorrido cotidiano de día y de noche con prioridad a las intervenciones « fuera del marco » es decir cuando las estructuras sociales clásicas están cerradas o inaccesibles.</p>	<p><b>Marco de la intervención</b></p> <p><b>Ronda de intervención colectiva :</b> el equipo recorre los barrios con el fin de hablar con las personas de la comunidad, encontrarse con los grupos y detectar los nuevos sitios de consumo</p> <p><b>Ronda de intervención individual :</b> el itinerario del equipo está predefinido según los grupos o las personas señaladas, acompañadas y seguidas</p>	<p><b>Cartografía de la ciudad</b></p> <p>Hacer una cartografía impone anotar en el mapa de la ciudad las zonas que deseamos enfocar, las zonas de riesgos, las vías de salida de los barrios...Una cartografía no es definitiva y debe evolucionar.</p>

LA RONDA (CONTINUACIÓN)		
<p><b>Prevención/ sensibilización colectiva</b></p> <p><b>Actividades colectivas</b> estan realizadas como charlas educativas, de sensibilización o de información.</p>	<p><b>Atención individual socio-médica-psicológica</b></p> <p>El vehiculo que sirve a hacer las rondas esta arreglado en mini dispensario movil con un espacio interior que permite realizar <b>cuidados medicales y entrevistas individuales socio-psicológicas.</b></p>	<p><b>Orientación y/o acompañamiento hacia :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tejido Social</li> <li>- Comisaria de familia</li> <li>- Centros de acogida diurna</li> <li>- Estructuras sanitarias</li> </ul>

## B. Un Centro Diurno de Acogida (CDA)

→ Los objetivos del CDA

<b>LOS OBJETIVOS</b>	<b>Punto Info Salud Drogas</b>	Permite informar, formar y enfocar a la desestigmatización de los consumidores
	<b>Reducción de los Riesgos</b>	Permite entregar informaciones y consejos a los consumidores, de hacer un punto sobre su consumo con un/a psicólogo/a especializado/a en las adicciones y de recibir material en caso de conductas de riesgo.
	<b>Línea Info Drogas</b>	Línea telefónica permitiendo de tener una escucha, orientaciones y consejos de manera anónima
	<b>Conexión</b>	Permite proponer actividades cotidianas a los jóvenes tanto ocupacionales como enfocadas a la inserción
	<b>Asesoría Legal</b>	Permite ser acompañado e informado sobre los tramites a hacer para curarse así que sobre los aspectos penales del consumo

A Mosquera, la puesta en marcha de servicios puede ser/ debe ser asociada a las actividades de Tejido Social, entidad esencial en la atención de los usuarios de drogas.

→ El equipo del CDA

- 1 facilitador/a de formación
- 1 trabajador/a social
- 3 psicólogos/as especializados/as en las adicciones
- 1 asesor/a legal
- 1 agente de mantenimiento/limpieza

Como para el equipo de la EMA, el equipo del CDA es versátil y profesional. Beneficia también de una formación inicial y continua sobre la intervención hacia los usuarios de drogas.

→ Las modalidades

## PUNTO INFO SALUD DROGAS

Capacitar los profesional-es sobre el tema de drogas (intervinientes sociales y sanitarias, profesores, psico-orientadores...)

Proponer tiempos de debates, de intercambios y de información sobre el tema de la droga a la comunidad, a las familias, a los jóvenes...

Poner documentación a disposición de las personas interesadas y comunicar sobre los servicios existentes

## REDUCCIÓN DE LOS RIESGOS

Acogimiento individual o en grupo

Información, prevención y asesoría

Entrevistas motivacionales individuales sobre el consumo y proposición de orientación según las necesidades

Distribución de material en caso de conducta de riesgo (preservativos, ...)

## LINEA INFO DROGAS (3pm-10pm)

Escucha anónima por teléfono

Informaciones, consejos

Orientaciones

## CONEXIÓN

### Actividades remobilizadoras

- Teatro fórum
- Taller de escritura, slam
- Taller creativo
- Arte-Terapia

### Actividades de inserción

- Actividades de interés general
- Pasantías
- Formación profesional

## ASESORIA LEGAL

### Entrevistas individuales

- Ayuda a los tramites
- Acompañamientos

### Acción colectiva

Sesión de información colectiva sobre los derechos y los riesgos legales relacionados al consumo de tóxicos

En caso de indisponibilidad local, el CDA puede ser móvil y el equipo puede desplazarse para entregar sus prestaciones en las oficinas/consultorios de otras estructuras.

### C. Una red de atención

El dispositivo de intervención y de atención constituido por las EMA y el CDA debe integrarse en la ruta de atención a los usuarios de drogas. Así, funciona en red con otras entidades y estructuras interesadas.

#### → Los objetivos de la red de atención

<b>LOS OBJETIVOS</b>	<b>El sistema de salud</b>	Permite asegurar una atención sanitaria y un destete para los usuarios
	<b>El sistema administrativo</b>	Permite entregar documentos esenciales a la estabilización (cédula, registro de nacimiento, SISBEN...)
	<b>El sistema educativo</b>	Permite mantener el joven en su escolaridad y evitar la ruptura con la enseñanza
	<b>El sistema de inserción social, profesional y económica</b>	Permite proponer las actividades de interés general a los usuarios de drogas con el fin de reinsertarlos en la comunidad, de encontrar una actividad profesional o una formación
	<b>Las asociaciones</b>	Permite coordinar la atención y las acciones llevadas a favor de los usuarios de las SPA

#### → Las modalidades

<b>LOS SOCIOS</b>				
<b>Sistema de Salud</b> - EPS - IPS/Fundación La Luz - ESE M.Auxiliadora - Secretaria de Salud/Red de Salud Mental - Centros ICBF	<b>Sistema administrativo</b> - Comisaria de Familia - Personería - Secretaria del Gobierno	<b>Sistema educativo</b> - Instituciones educativas - Secretaria de Educación	<b>Sistema de inserción social, profesional y económica</b> - SENA - Empresas - Servicios generales Alcaldía	<b>Asociaciones</b> - Tejido Social - Asociación comunitaria de jóvenes

# LA COOPERACIÓN

## Convenios

- Contratos bilaterales o multilaterales
- Indica los compromisos de las 2 partes
- Indica los valores y los principios de base de la cooperación
- Los diferentes convenios pueden estar formalizados en el marco de la red de actores

## Coordinación y seguimiento de las cooperaciones

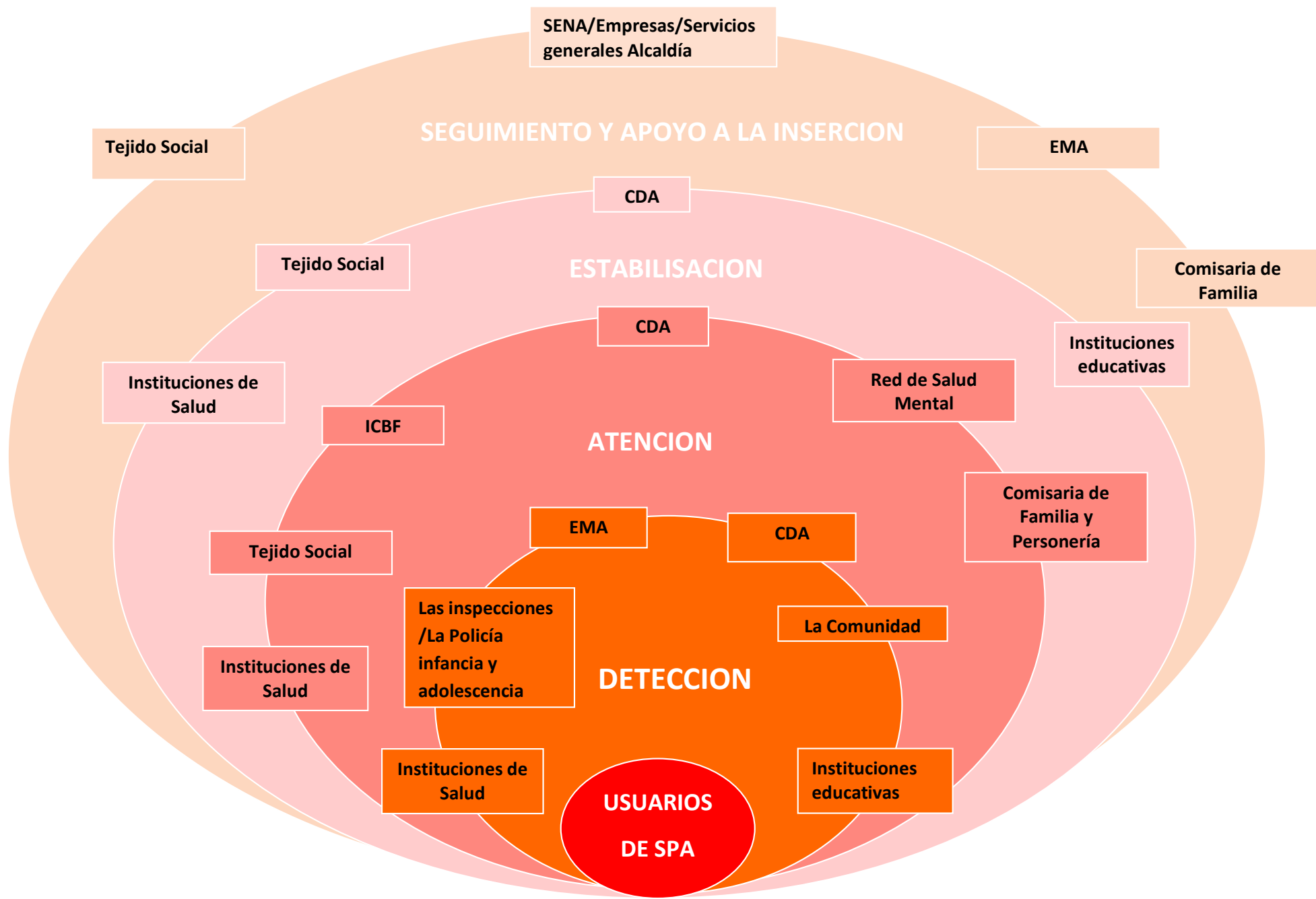
- Procedimientos de transmisión de la información
- Directorio de los socios
- Reunión de seguimiento de las situaciones comunes
- Reunión de seguimiento de las actividades/ evaluación
- Sesiones comunes de análisis de prácticas
- Capitalización de las experiencias comunes (estudios de casos)

## CONCLUSIONES

Con el fin de mejorar la atención de los usuarios de drogas, el Samusocial Internacional a través de su experiencia, propone el sistema de intervención que sigue, integrando a la ruta de atención existente, los dispositivos desarrollados por el Samusocial Internacional y adaptados al contexto colombiano. En el sistema propuesto, el beneficiario está en el centro de la intervención, de la detección de los problemas de consumo a la reinserción.

En paralelo de este sistema de intervención, es esencial que las distintas instituciones funcionen en complementariedad y conocen el papel de cada una. Un grupo de trabajo o sesiones de concertación pueden ser organizados, agrupando las instituciones sanitarias, sociales, las entidades jurídicas y de protección así como los programas municipales afectados por la problemática. Estas sesiones de concertación pueden ser promovidas y animadas por el municipio, con el fin de reforzar los vínculos institucionales y mejorar la atención de las personas consumiendo las SPA.





SENA/Empresas/Servicios generales Alcaldía

Tejido Social

EMA

SEGUIMIENTO Y APOYO A LA INSERCIÓN

CDA

Tejido Social

ESTABILISACION

Comisaria de Familia

CDA

Instituciones de Salud

Red de Salud Mental

Instituciones educativas

ICBF

ATENCION

Comisaria de Familia y Personería

Tejido Social

EMA

CDA

Instituciones de Salud

Las inspecciones /La Policía infancia y adolescencia

La Comunidad

DETECCION

Instituciones de Salud

Instituciones educativas

USUARIOS DE SPA