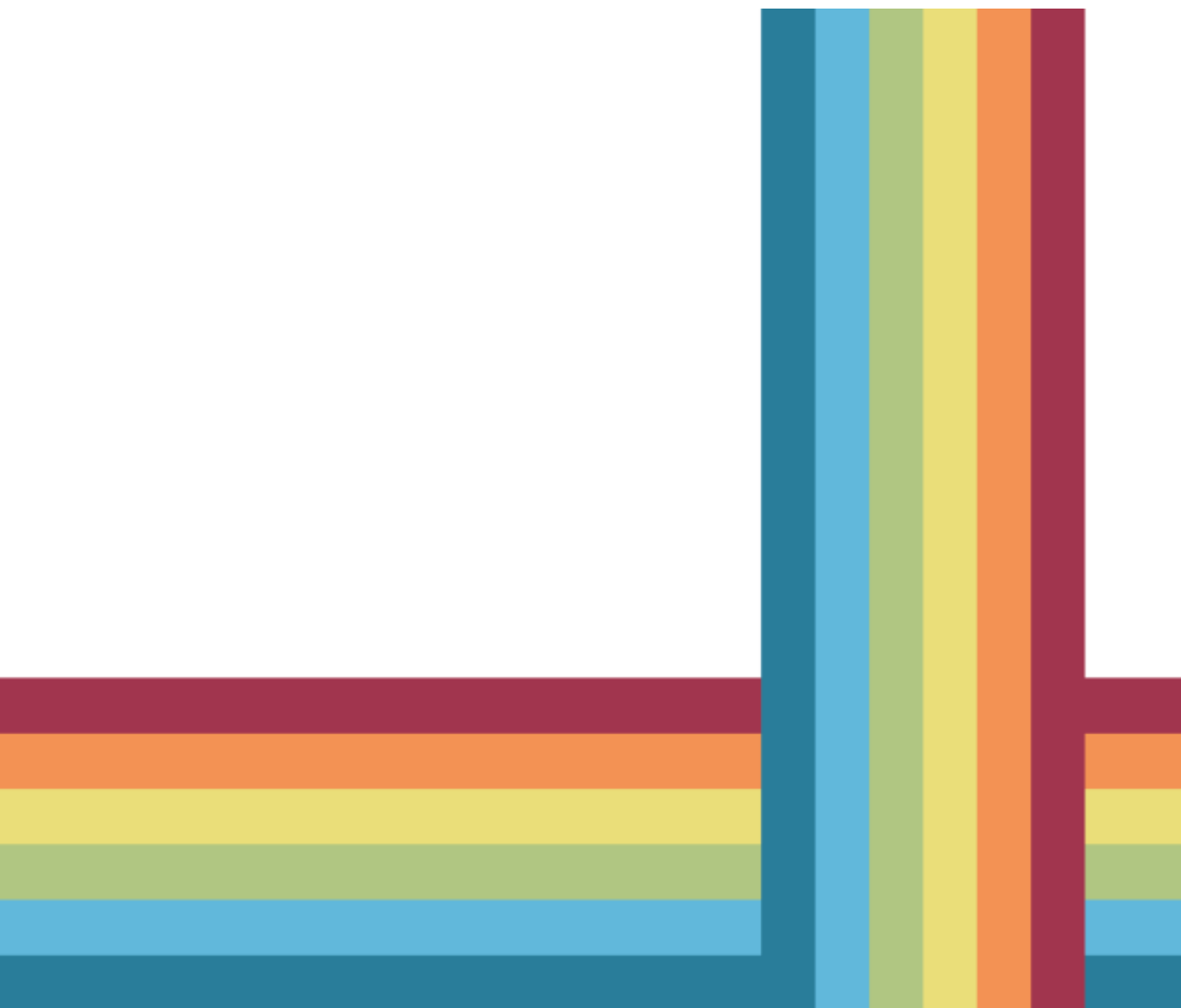




PROPUESTAS PROFESIONALES DE NUEVAS
METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN EN
ADICCIONES:
ADAPTACIÓN AL CAMBIO Y AL COVID-19



Estudio realizado por **Fundación Atenea**

Departamento de **Innovación y Conocimiento**

Investigación principal: **Ana Rubio Castillo**

Equipo colaborador: **Yolanda Nieves-Martín, Carlos Molina Sánchez, Jaime Losada y Victoria Rivero**

Septiembre de 2021

Con la financiación de la **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas**



Índice

Contexto marco de la investigación.....	5
Objetivos y metodología.....	8
Objetivos de la investigación.....	9
Metodología	10
Resultados de la investigación.....	14
1. EXPERIENCIAS DE COORDINACIÓN	15
1.1 Protocolos y planes de contingencia	18
1.2 Recursos disponibles.....	24
1.2.1 Recursos higiénico-sanitarios y de protección	24
1.2.2 Recursos económicos.....	28
1.2.3 Recursos tecnológicos.....	31
2. ADAPTACIONES METODOLÓGICAS	35
2.1 Prevención	39
2.2 Atención integral y multidisciplinar	45
2.3 Reducción del daño	53
2.4 Centros penitenciarios	55
2.5 Inserción sociolaboral	59
2.6 Experiencias de nuevos programas.....	61
2.7 Respuestas a las adaptaciones	65
3. RETOS DE FUTURO Y ADAPTACIONES CONSOLIDADAS	72
3.1 Retos de futuro.....	72
3.2 Adaptaciones consolidadas.....	74
4. CONCLUSIONES	78

Contexto marco de la investigación



El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la Covid-19 como una pandemia a nivel mundial, derivada en una crisis sociosanitaria que amenazaría los sistemas de salud y de bienestar social de numerosos países.

En el caso concreto de España, el confinamiento domiciliario aplicado en todo el Estado el 16 de marzo de 2020, así como las posteriores oleadas de Covid-19 y las medidas sanitarias y de distanciamiento físico derivadas de éstas, han transformado una buena parte de nuestra realidad individual y colectiva.

Esta realidad no se ha mantenido ajena al ámbito de las adicciones. Pese a que el confinamiento domiciliario supuso una disminución del consumo de drogas ilegales, debido a la dificultad de acceso a éstas y las mayores complejidades para encontrar espacios en los que se pudiera consumir, el consumo de sustancias legales como el alcohol o los tranquilizantes sufrieron un aumento (Mini-EWSD, 2020)¹.

Aunque todavía no se conocen las consecuencias totales de la pandemia, al tratarse de una situación aún vigente, sin precedentes a nivel global en los Estados contemporáneos, numerosas publicaciones han puesto en evidencia las desigualdades y mayores dificultades vitales que han sufrido las poblaciones que ya se situaban en posiciones de vulnerabilidad social de manera previa a la pandemia, entre las que se encuentran las personas con problemas de adicciones y sus entornos sociales (Gobierno Vasco, 2020)².

¹ Mini-EWSD (European eb Survey on Drugs) (2020): Impacto del COVID-19 en las pautas de consumo de drogas ilegales en España. DGPNSD (OEDA) / EMCDDA.

² Gobierno Vasco (2020) El impacto de la COVID-19 y sus consecuencias en el ámbito de las adicciones en Euskadi.

En este sentido, más allá de los riesgos y las problemáticas que han atravesado a toda la población general, las personas en situación de adicción han visto aún más agravada su realidad vital, debido a problemáticas relacionadas con el elevado nivel de comorbilidad física y psicológica que afecta a algunas personas consumidoras. Esta cuestión, en conjunción con las dificultades para adquirir sustancias o la falta de disponibilidad de lugares donde consumir, ubica a las personas consumidoras dentro de la población de máximo riesgo.

Esta situación ha supuesto un reto para las entidades y equipos profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones. Muchos de los servicios de atención a las adicciones suspendieron su actividad y/o restringieron el acceso. Las nuevas medidas sociosanitarias han forzado a los programas a adaptar sus metodologías de trabajo a la realidad de la pandemia.

La incidencia de la pandemia y las sucesivas medidas no solo afecta a entidades y equipos, también a las administraciones que han de desplegar directrices y organizar los recursos. Es necesario tener en cuenta la pluralidad de la dependencia administrativa de la red de adicciones, así como la variedad geográfica de fases de “desescalada” en las que se ha encontrado España, originado diversas directrices sobre los diferentes programas y recursos de adicciones.

Es desde aquí, desde dónde nace la vocación de la presente investigación. Este estudio se postula como un marco de interpretación de los nuevos desarrollos que han surgido como respuesta a la crisis sociosanitaria, pero no solo: este trabajo también se ha realizado desde la pretensión de visibilizar y poner en valor el esfuerzo y la importancia social de éstos ante un contexto incierto y frágil que requiere, más que nunca, de cuidados colectivos.

Objetivos y metodología

Objetivos de la investigación

La presente investigación tiene por objetivo **recoger, analizar y sistematizar las adaptaciones e innovaciones metodológicas que se han desarrollado en los servicios y programas de atención a las adicciones en el Estado español a raíz de la crisis sociosanitaria motivada por la Covid-19**, así como poner en común las buenas prácticas y los retos producidos a raíz de las circunstancias. Más en concreto se busca:

- Recoger las principales adaptaciones metodológicas según áreas de trabajo dentro del ámbito de las adicciones
- Identificar las nuevas metodologías de trabajo introducidas en 2020 según áreas de trabajo dentro del ámbito de las adicciones
- Sistematizar las innovaciones desplegadas en las respuestas profesionales de actuación en materia de atención a las adicciones
- Detectar los cambios y dificultades más significativos según áreas de trabajo
- Analizar los cambios en la coordinación con otros recursos y administraciones

Metodología

Para responder a los objetivos anteriormente descritos, se planteó el diseño de una investigación cualitativa en la que, a partir de la realización de **entrevistas en profundidad a profesionales de programas de atención a las adicciones**, se abordaran las principales adaptaciones e innovaciones metodológicas desplegadas en las entidades.

En este sentido, los principales criterios que se han tenido en cuenta para la selección de los y las profesionales a entrevistar han sido:

- **Puesto ocupado:** en la medida de lo posible, se ha intentado que los y las profesionales a entrevistar tuvieran algún puesto de responsabilidad dentro de los programas, con la finalidad de poder dotar al estudio de una perspectiva lo más amplia posible.
- **Área de trabajo:** se ha buscado que estuvieran representadas dentro de la investigación las áreas de prevención, reducción del daño, atención e incorporación social en adicciones.
- **Comunidad Autónoma de trabajo:** se ha intentado que el estudio recogiera la mayor representación autonómica posible, con el objetivo de poder otorgar a la investigación un carácter estatal, así como poder indagar sobre la existencia o no de diferencias metodológicas en el marco de las autonomías.

Teniendo en cuenta estos criterios de selección, finalmente se realizaron **24 entrevistas semiestructuradas a profesionales** pertenecientes a las áreas de prevención, tratamiento y acompañamiento a las adicciones, Centros Penitenciarios y Planes Municipales de Adicciones. En lo referido a la distribución de las personas encuestadas según su Comunidad Autónoma de trabajo, se realizaron cinco entrevistas a profesionales que trabajan en entidades a nivel estatal, ocho entrevistas a profesionales de la Comunidad de Madrid, dos a profesionales de Cataluña, cinco a profesionales de Castilla-

La Mancha, así como una entrevista en cada una de las siguientes regiones: Euskadi, Canarias, Andalucía y Aragón.

En la siguiente tabla, se proporciona un resumen del perfil de los y las profesionales entrevistados/as:

Tabla 1. Resumen perfil de profesionales entrevistados/as

Actividad profesional realizada	Área de trabajo	Comunidad Autónoma de trabajo
1. Subdirector de programas	Prevención	Estatat
2. Responsable de área	Plataforma de entidades de adicciones	Estatat
3. Coordinador de programas	Inserción sociolaboral	Comunidad de Madrid
4. Técnica de formación	Inserción sociolaboral	Comunidad de Madrid
5. Dirección de programas	Prevención y tratamiento	Cataluña
6. Coordinadora de programas	Prevención	Comunidad de Madrid
7. Técnica de orientación	Inserción sociolaboral	Comunidad de Madrid
8. Coordinadora de programas	Prevención	Comunidad de Madrid
9. Coordinadora de programas	Tratamiento ambulatorio	Euskadi
10. Dirección y secretaria de plataforma	Plataforma entidades Juego	Estatat

11. Técnica de drogodependencias	Prevención y planificación municipal	Canarias
12. Técnica de prevención	Prevención	Castilla-La Mancha
13. Responsable de Plan Municipal de Adicciones	Plan Municipal de Adicciones	Castilla-La Mancha
14. Directora de programas	Prevención y tratamiento	Cataluña
15. Coordinador de programas	Intervención en centros penitenciarios	Estatat
16. Responsable de Plan Municipal de Adicciones	Plan Municipal de Adicciones	Castilla-La Mancha
17. Responsable de área	Red de entidades de adicciones	Andalucía
18. Directora de área	Prevención selectiva	Castilla-La Mancha
19. Director de área	Prevención y tratamiento	Estatat
20. Coordinadora de programas	Intervención en centros penitenciarios	Comunidad de Madrid
21. Dirección entidad	Adicciones	Aragón
22. Directora de área	Prevención selectiva	Castilla-La Mancha

23. Subdirectora General de Adicciones	Adicciones	Comunidad de Madrid
24. Dirección General del Proceso Integrado de Salud. Responsable de programas	Adicciones	Comunidad de Madrid

Resultados de la investigación

1. EXPERIENCIAS DE COORDINACIÓN

En el análisis de las propuestas profesionales y adaptaciones metodológicas que emergieron a raíz de la crisis sociosanitaria resulta pertinente, en primera instancia, explorar la gestión de la coordinación y de las vías de comunicación³ que fueron empleadas entre entidades, Administraciones Públicas y/o financiadores de los proyectos, ante una situación que requería, en muchos casos, de una reconversión completa de los programas y servicios.

A este respecto, uno de los aspectos más comúnmente señalados por parte de los y las profesionales, ha sido la **intensificación**, en términos de frecuencia, de las **reuniones de coordinación** tanto de manera interna, como con las Administraciones Públicas y financiadores:

“Antes hacíamos reuniones presenciales mensualmente, tanto con la persona de referencia que yo tengo del Instituto, como también participación en el Foro Técnico de Adicciones que también se hacía allí; o sea, yo iba allí como 2-3 veces al mes, y eso todo se trasladó a online, a online y llamadas diarias, con la responsable prácticamente diarias”
(Coordinadora de programas)

“Se han duplicado, triplicado las reuniones, nos hemos adaptado y hemos recogido mucha información de las entidades y hemos estado continuamente feedback de las reuniones, se lo hemos devuelto a las entidades”
(Responsable de área)

³ Las experiencias que se narran en estas páginas hacen especial referencia al periodo del confinamiento domiciliario y meses consecutivos, aunque en ocasiones se contemplan periodos de tiempo más tardíos. A su vez, dada la naturaleza cualitativa del presente estudio, las cuestiones mencionadas a lo largo de la investigación son solo algunos de los escenarios más reseñados por los y las profesionales, no siendo extrapolables a la totalidad de entidades de adicciones del Estado español.

“Por ejemplo, ahora con compañeros y compañeras de Madrid, tenemos una comunicación más directa que es una vez al mes, porque hacemos videoconferencias. Y eso antes lo hacíamos cada seis meses, o sea cada seis meses presencial, no por videoconferencia, sino porque nos reuníamos en Madrid, “tal día quedamos”, y siempre “lo tenemos que hacer más”.

Claro, ahora lo hacemos una vez al mes.”

(Responsable de Plan Municipal de Adicciones)

Para muchos y muchas profesionales la coordinación durante el confinamiento y meses posteriores, **se ha organizado de una manera mucho más ágil y sencilla que de manera previa a la pandemia**, a consecuencia de la virtualización de las reuniones y, en consecuencia, de una mayor facilidad para agendarlas:

“Todo es más ágil, a nivel de reuniones todo es más ágil, a nivel de coordinación es muy fácil, ya no lo haces todo por teléfono, ya te estás viendo la cara porque ya todo el mundo más o menos ya tenemos aquí cámaras, tenemos cosas.”

(Responsable de Plan Municipal de Adicciones)

“Pues al final eso se ha consolidado, la impresión es que este sistema más que presencial, sino de reuniones a distancia, incluso cuando son reuniones de incidencia y demás, es bastante más frecuente, por eso que digo de la facilidad para cuadrar agendas y que dos personas, pues una de Administración y otra del Tercer Sector se encuentren o no se encuentren geográficamente, pues bueno, puedan tener esa reunión y puedan ajustarse a unos tiempos y a unas formas.”

(Responsable de área)

Esta situación de mayor agilidad en la comunicación y de, incluso, la posibilidad de elevación de demandas por parte de las entidades, parece haberse acentuado especialmente en la coordinación con los y las responsables de las Administraciones Públicas. No obstante, también se argumenta que fue un **proceso paulatino, ya que al inicio de la pandemia, especialmente durante el primer mes, las administraciones se vieron saturadas ante la emergencia sanitaria**, teniendo una capacidad de respuesta muy limitada a cuestiones que excedían la atención sanitaria:

“Es verdad que más o menos desde el primer momento se dificultaron un poco las conexiones con la Administración y demás, porque también la Administración, dependiendo también del ámbito sanitario, pues estaba más volcada con otro tema, que no era puramente el de las adicciones ni del Tercer Sector, sino la emergencia sanitaria. Pero luego el sistema de tener que hacerlo todo de manera online sí facilitó poco a poco que fueran aumentando los contactos y el diálogo, el acercamiento, por llamarlo de alguna manera, y sobre todo la elevación de nuestras demandas, era más fácil una reunión con algún alto cargo por ejemplo del Plan Nacional, que a lo mejor en otras ocasiones en que tenía que ser presencial y había que cuadrar mucho más las agendas.”

(Responsable de programas)

“Sí, con servicios sociales y responsables hemos tenido relación continua, a nivel telemático, correo electrónico sobre todo y también si ha sido necesario telefónicamente. Pero al principio, fue muy difícil, porque estaban a lo estrictamente médico, en términos de hospitales y residencias. Pero luego mejoró bastante la comunicación y podíamos tener reuniones con responsables de manera mucho más fácil que antes del coronavirus.”

(Responsable de programas)

Gran parte de los y las profesionales también han expuesto que **las redes y plataformas de entidades de adicciones, han visto incrementada su unión desde el inicio de la pandemia**. Este aspecto tornó en elemental para muchas entidades, dada la mayor capacidad que esta unión supuso para la elevación de demandas a la Administración, así como para la toma de decisiones de forma conjunta, sobre cuestiones que requerían de una respuesta rápida ante la emergencia sociosanitaria:

“Creo que nos hemos unido mucho más todas las entidades, hemos hecho mucha más piña, y nosotras nos reuníamos una vez al mes y en los inicios instalamos e instauramos como una reunión semanal de apoyo, de cómo estáis, qué necesitáis cada entidad, en qué punto estáis, en qué punto no estáis, es decir que nos ha ayudado mucho a unificar criterios, a ir a la una, a que donde no llegaba la Administración llegábamos nosotras como coordinadoras o como juntas directivas, es decir que ha habido como mucho apoyo entre todas las entidades, sobre todo en Drogas ¿eh? Eso ha pasado mucho en Drogas, que hemos como desde muy al principio instalado reuniones de autocuidado creo yo también.”

(Dirección adjunta de programas)

“Además que creo que ha servido muchísimo, o por lo menos nos ha servido a nosotros muchísimo, es el tema de las entidades, la unión de las entidades, para que las entidades formemos piña y vayamos todos a uno, porque creo que nos hacen mucho más caso yendo todas juntas que de forma individual, el que yo como fundación, por muy grande que pueda ser, esté hablando con la Administración de forma particular, creo que el hecho de ir todas de la mano ha hecho más, para todos, para las medidas que dijimos que había que tomar, cosas que desde el principio comentamos con la Administración y al final se han tenido en cuenta.”
(Coordinador de programas)

Esta misma cuestión, la unión entre las entidades, también parece haber sido un aspecto relevante para algunas Administraciones Públicas, al haber desarrollado prácticas que tenían por objetivo la **puesta en común de las actuaciones y el feedback entre las entidades**:

“Nos inventamos unos modelos de nota informativa semanales donde contábamos todo lo que hacían todos los demás para que todo el mundo tuviera en ese momento lo que se estaba haciendo, a mí me pareció eso una idea muy interesante para que todo el mundo tuviera sobre la mesa actualizada la información de lo que estaba haciendo cada servicio.”
(Subdirectora General de Adicciones)

Resumen 1. Principales percepciones de los y las profesionales sobre la gestión de la coordinación

- Intensificación y mayor frecuencia de reuniones de coordinación internas y externas; más agilidad y sencillez para agendar reuniones de manera online.
- Saturación y escasa capacidad de respuesta por parte de las Administraciones Públicas al inicio de la crisis sociosanitaria.
- Mayor coordinación y unión entre redes y entidades de adicciones a consecuencia de la necesidad de elevar demandas a la Administración Pública.

1.1 Protocolos y planes de contingencia

Dentro de las vías de comunicación y de la gestión de la coordinación, ha resultado elemental el establecimiento de protocolos y planes de contingencia que ayudaran a hacer seguros y viables los distintos programas y servicios. En este sentido, la mayoría de profesionales entrevistados/as puso de relieve **la ausencia de protocolos propios para el ámbito de las adicciones:**

“Sí es cierto que como somos un centro del ámbito sociosanitario, pues algunas veces esos protocolos se asemejaron a los protocolos de las residencias de ancianos y a veces eso ha sido un poco complicado.”

(Coordinadora de programas)

“En Salud está la Dirección General de Drogodependencias y ahí sí que tuvimos más respuesta. Paradójicamente el departamento que no nos financia mostró más sensibilidad, conocimiento de la especificidad y acabó haciendo protocolos específicos de adicciones, que nos incluía ahí, más en Salud que en Bienestar Social. A ver, por ejemplo, cuando hacían consignas de comunidades terapéuticas creo que conocen un poco más, pero los pisos de reinserción no tenían ni idea, nos requerían por ejemplo plazas de aislamiento y solo teníamos un lavabo.”

(Directora de programas)

“Nos obligaron a cerrar, al principio yo creo que estaba bien, pero luego ya, es que en julio no nos dejaban abrir, cuando ya se manejaba todo, era evidente que teníamos que abrir, pues por normativa, nos metían en normativa de gente mayor.”

(Directora de programas)

Sobre esta cuestión, los y las profesionales han manifestado con frecuencia **una percepción del ámbito de las adicciones como en área secundaria dentro del ámbito sociosanitario** del que, a veces, se desconoce el funcionamiento y la finalidad de sus recursos. Este hecho ha motivado que, en ocasiones, se haya solicitado el cierre de servicios “vitales”:

“Un poco yo creo que lo que se ha puesto de manifiesto y esto es lo que hemos reflejado en informes y a posteriori un poco hemos pedido cuentas, es que el colectivo de drogodependencias se ha quedado totalmente al margen (...) se ha evidenciado que el sector de las adicciones es un sector ahí pequeñito, que ni lo conocen, ni conoces las especificidades, porque nos hacían aplicar, hicieron cerrar todas las comunidades terapéuticas.”
(Directora de programas).

“Drogas no sabían si es salud mental, nosotros no somos salud mental, no estamos dentro de salud, nosotros no trabajamos con salud mental ni discapacidad, pero nos entraban con discapacidad. No, no, ni somos tercera edad ni somos discapacidad, somos drogas y es un servicio específico, residencia 24 horas, con profesionales todo el día, pero no había manera. Al final después de mucho luchar entramos en unos planes específicos de contingencia para Drogas y Salud mental, Drogas y Salud mental, pero bueno, ya era importante, ya estábamos en algún lugar.”
(Dirección adjunta de programas)

“Nosotros tenemos nuestros interlocutores a nivel técnico y ya les preguntamos más detalles, porque son nivel político y esos detalles no lo saben, esas dos vías ya existían antes, así que las utilizamos a mansalva para que nos den información, no sabría decirte cuántas reuniones hemos tenido a nivel político, pero bastantes, primero, para que se tenga en cuenta el trabajo que hacen en adicciones y de las que hacen las entidades sociales de adicciones, porque en ningún momento se nos ha considerado como entidades ¿vitales?.”
(Responsable de área)

Así, la ausencia de protocolos propios, en conjunción con las diferentes necesidades de cada servicio y programa, **llevaron a la mayoría de entidades a elaborar sus propios planes de contingencia**, en base a los protocolos y medidas de distanciamiento físico establecidos a nivel local, regional o estatal:

“Sí, las propuestas han sido todas nuestras. Sí que es cierto que dentro del marco, pues el camino que te van marcando de “esto tiene que ser así”, pues por ejemplo en el confinamiento “hay que trabajar desde casa, proponernos qué vais a hacer, a la vuelta hay que hacer una desescalada, “cómo se va a hacer la desescalada.”
(Coordinadora de programas)

“Nosotros lo hemos ido adaptando un poco también según nuestro criterio y lo que íbamos viendo que funcionaba mejor, ha sido más bien iniciativa desde el equipo el cómo hacerlo.”

(Coordinador de programas)

“Dependemos de la Junta y de los ayuntamientos, han confiado 100% en nosotros, es decir, nos han dicho el protocolo que había a nivel local y en base al protocolo que había a nivel local, a nivel regional y a nivel estatal, pues es como nosotros hemos hecho el propio protocolo interno.”

(Directora de área)

Sobre la elaboración de protocolos propios, se han detectado fundamentalmente dos problemáticas: por un lado, las **normativas y medidas sociosanitarias altamente cambiantes** y, por otro, las **indicaciones, en ocasiones contradictorias**, entre las diferentes Administraciones Públicas:

“Este año, pues ha sido una locura, porque entraba un grupo del nivel 3, teníamos que, los grupos en vez de tener 14, teníamos dos grupos de 7. Salían de ese nivel, dos grupos. Entonces ha sido un constante cambio y dónde hemos tenido que estar continuamente justificando protocolos.”

(Directora de área)

“Recibíamos mensajes distintos en función de la Administración con la que trabajábamos. Por una parte había Salud, que por ejemplo una de las indicaciones muy claras es que tenemos que tener elaborados unos planes de contingencia y que tendríamos que tener habitaciones y aislamiento por posibles causas de COVID o por sintomatología de COVID, pero claro, eso implicaba de alguna manera que estas plazas, si tú las tenías vacías no podías hacer ingresos tampoco. Desde Bienestar nos pagan por plazas, con lo cual si en Salud nos decían que esa plaza la teníamos que tener sin cubrir, Bienestar no nos la pagaba.”

(Dirección adjunta de programas)

Asimismo, la recepción de protocolos de actuación y el contenido de éstos, han sido cuestiones muy delimitadas por la **Comunidad Autónoma de adscripción de los programas y servicios**, habiendo existido en este sentido, grandes desigualdades y disparidades territoriales:

“Había mucha disparidad, había territorios en los que la Administración no tenía para nada en cuenta a las entidades, estaban totalmente desinformadas las entidades, no les llegaban protocolos de actuación, no les llegaba. Y había en otros territorios en los que sí ha habido más

comunicación (...) pero ha sido muy, muy dispar, como cada comunidad autónoma ha tenido su propia situación, algunas han tenido mejor suerte, algunas entidades según el territorio y otras menos.”

(Responsable de área)

“Nos ha puesto también de manifiesto otra cosa en el ámbito nuestro en el que vivimos, que es las dificultades que hay en determinados municipios de poder pedir ayuda las Administraciones para muchas cosas. Y eso nos ha pasado con los protocolos y con que no entendieran la peculiaridad de nuestro recurso y que no se entiende la necesidad de este servicio en el municipio, porque solo hay este. Todo el tema de la despoblación, lo que quieras, pero que todavía se ha puesto mucho más en evidencia ahora.”

(Responsable de Plan municipal de Adicciones)

En esta línea, las disparidades entre Comunidades Autónomas han influido en la delimitación de los servicios como esenciales o no; cuestión que ha provocado que recursos de la misma naturaleza, e incluso de una misma entidad, hayan tenido recorridos muy diferentes:

“Cuando se iban reconociendo como servicios esenciales este tipo de centros sociosanitarios, que también dependía de cada comunidad autónoma, que alguna comunidad sí lo reconocía como esencial, en otras no, y bueno, daba un poco de disparidad que en unos territorios sí podían abrir, en otros tenían que seguir cerrados, incluso dentro de las mismas entidades. Y eso ha creado mucha confusión dentro de las organizaciones.”

(Responsable de área)

No obstante, es necesario recalcar que la relevancia e importancia que se ha dado a cada servicio o programa ha tenido, en la mayoría de los casos, una relación directa con el **área de trabajo** al que se adscribe éste dentro del ámbito de las adicciones. En este sentido, los servicios relacionados más estrechamente con el **tratamiento y la atención directa** a personas con problemas de adicciones han sido los que **con mayor frecuencia han podido ejercer su actividad** durante el confinamiento domiciliario al haber sido percibidos, a menudo, como recursos sanitarios esenciales:

“En algún momento también hemos actuado como centro un poco de referencia en algún brote, bien porque la persona que era positiva era persona usuaria nuestra, o bien haciendo el seguimiento de personas que hubiesen podido coincidir con ella, de poder avisarles para que fuesen a hacerse una PCR o en cribajes que ha habido a nivel general.”

(Coordinadora de programas)

En el sentido inverso, han sido los **programas de prevención y sensibilización los que con mayor asiduidad han visto cerrada su actividad**, incluso más allá del confinamiento, aunque con ciertos matices, como se señalará más adelante:

“Entonces ha sido un sector, es lo que te digo, no tanto de servicios sociales, sino de este limbo de lo que son actividades de ocio educativo y tal, abandonado totalmente. Las actividades deportivas han estado cerradas. Entonces era como un poco curioso, o sea pueden estar en un instituto, pueden hacer educación física en un instituto, pero no pueden hacer deporte diez.”

(Directora de área)

“Creo que la prevención es la María que no se la toman en serio las Administraciones, por ninguna parte y hay recortes presupuestarios. La prevención ha sido un elemento difícil porque además todo lo que es el ámbito municipal que tiene responsabilidades directas con la prevención han decidido no hacer nada.”

(Director de programas)

Resumen 2. Principales percepciones de los y las profesionales sobre el establecimiento de protocolos y planes de contingencia

- Ausencia de protocolos propios para el ámbito de las adicciones; percepción del trabajo en adicciones como una cuestión secundaria dentro del ámbito sociosanitario.
- Dificultades para elaborar protocolos propios de actuación, dada la alta variabilidad de las normativas existentes, así como las indicaciones en ocasiones contradictorias entre las Administraciones Públicas.
- Existencia de una gran desigualdad territorial en términos administrativos, sobre los servicios y programas dentro del ámbito de las adicciones que se han considerado esenciales.
- Presencia de diferencias importantes entre las diversas áreas de trabajo, siendo el área de la prevención y la sensibilización el que, a nivel general, ha tenido mayores dificultades para continuar la actividad.

1.2 Recursos disponibles

Los recursos económicos, tecnológicos e higiénico-sanitarios de los que estuvieron provistas las entidades durante el confinamiento y meses posteriores también se perciben por parte de los y las profesionales, como elementos centrales en lo relativo a las capacidades de adaptación de los programas y servicios:

1.2.1 Recursos higiénico-sanitarios y de protección

En primer lugar, la tenencia o no de **recursos higiénico-sanitarios y de protección** durante los primeros meses de la pandemia, supuso una cuestión central en la toma de decisiones sobre la viabilidad de seguir con la actividad de los diferentes programas, especialmente los relacionados con la atención directa a las adicciones:

“Como responsable, tenía que alcanzar un equilibrio entre los materiales de protección que teníamos, el equipo que tenía que exponer, y el equipo que tenía que dejar en casa porque esto era a largo plazo; o sea, yo supe desde el primer momento que no era una cosa de una semana o dos, y que además había que guardar bastante al equipo; entonces, hicimos un sistema de rotaciones y guardamos las actividades presenciales sólo para lo imprescindible y urgente, teniendo siempre en mente, los materiales de los que disponíamos.”

(Subdirectora General de Adicciones)

“Gracias a que el Ayuntamiento fueron de los primeros en poder hacer pruebas PCR a nosotros nos supuso eso algo muy interesante, por una parte, empezábamos a tener material de protección de una forma importante, que teníamos que redistribuir, pero también empezamos a hacer pruebas PCR no solamente al personal sino también a los profesionales de todos los recursos, y eso nos posibilitaba poder llevar a cabo el trabajo con muchas garantías.”

(Subdirectora General de Adicciones)

Sobre ello, las Administraciones Públicas tuvieron –fundamentalmente al inicio de la pandemia- una importancia central en el suministro y aprovisionamiento de material de protección a las entidades de adicciones:

“Desde el convenio que tenemos con departamento de Salud, que sería la sala de consumo, el programa de metadona y la comunidad terapéutica, pues nos convocaron como un centro más de los que están convenidos con el departamento, pues que incluye por ejemplo, pues las clínicas privadas, o algunas clínicas privadas (...) y expresamos un poco esas dificultades y ellos también fueron conscientes de que realmente lo que nosotros necesitábamos tampoco era mucho, o sea que al final para mantener nuestros recursos con un bote de gel, dos cajas de guantes y tres de mascarillas, pues cubríamos una semana. Entonces realmente nos proporcionaron el material.”

(Coordinadora de programas)

“De hecho con Salud nos hemos sentido muy acompañadas también, o sea que desde los inicios e incluso con todo el tema del material EPI, nos hemos encontrado al principio sin material, ha sido también Salud quien ha apretado y a raíz de ello Bienestar también se puso con ello y recibimos, aún a día de hoy.”

(Dirección adjunta de programas).

“Desde el departamento de Salud Mental hicieron el esfuerzo de que consiguieron, pues tú imagínate, las típicas mascarillas de tela, etc., que nos llamaron para poder ir a recoger 30 mascarillas, 40 mascarillas, e hicieron el esfuerzo por parte del departamento de Salud Mental. Y luego ya cuando hubo suministro suficiente, sí que a través del fórum de Salud Mental hemos sido suministrado en todo momento, tanto de mascarillas higiénicas, FP2, EPIs completos para comunidad terapéutica, guantes, o sea todo tipo de material que hemos necesitado.”

(Dirección entidad)

No obstante, esta no ha sido la realidad de todas las entidades. Algunas manifiestan haberse sentido desamparadas en la consecución de material de protección, especialmente durante los primeros meses de la pandemia. Fundamentalmente es una cuestión que aconteció en los programas que no estaban orientados al tratamiento o la reducción del daño, al no haber sido considerados servicios esenciales:

“El problema está en que era complicadísimo encontrar mascarillas, pantallas de protección, geles, nada. El financiador no nos envió material hasta pasados casi 6 meses y desde la Fundación pues se hizo lo que se pudo, pero apenas encontrábamos material suficiente. Claro, esto mientras estábamos confinados pues daba igual, porque nuestro servicio no estaba siendo presencia, pero una vez que tuvimos que volver físicamente, como en el mes de mayo por exigencia del financiador, sí que fue un problema porque hasta que no se abasteció un poco el

mercado estábamos la verdad es que muy desprotegidos.”

(Coordinador de programas)

“Pero nunca se nos ha considerado esenciales, ni a la hora de mandarnos materiales de mascarillas, geles y hemos tenido que ser nosotros los que digamos: estamos aquí, estamos en primera línea, estamos atendiendo nosotros y al menos considerarnos y facilitarnos todo tipo de materiales y eso se ha hecho, a nivel político, para que nos tengan en cuenta en las regulaciones que se han hecho y que nos hemos visto muy desamparados.”

(Responsable de área)

La consideración de los programas como esenciales o no, también influyó notablemente sobre los protocolos de vacunación, elemento vital para la continuación de los programas con relativa “normalidad”. De esta forma, se manifiesta que exclusivamente se incluyó en la vacunación prioritaria a los y las profesionales que ejercían su actividad en el marco del tratamiento y/o la reducción del daño:

“A nivel de vacunaciones, al principio nos hicieron hacer todos los listados de sí, sí, os vamos a vacunar porque sois profesionales esenciales. La realidad es que solo vacunaron a las compañeras que estaban en reducción del daño y en servicios ambulatorios, porque era necesario sí o sí (...) pero el resto de las áreas se consideraron no prioritarias y no se vacunó, aunque hubiera contacto estrecho con las usuarias.

(Dirección adjunta de programas)

“En nuestros recursos muchas veces las personas están sin mascarilla, y a veces durante bastante tiempo, que es una de las razones por las cuales nosotros fuimos vacunados relativamente pronto, porque estábamos atendiendo a personas sin mascarilla, intentando mantener la distancia, pero en algunos tiempos no era posible, entonces como se consideró que era centro sanitario y nos vacunaron pronto. Otros programas de la entidad sé que no se han vacunado todavía, van con la población general.”

(Coordinadora de programas)

En el sentido inverso, a nivel general, todas aquellas áreas que excedían a lo estrictamente vinculado con el tratamiento directo (prevención, inserción socio laboral, formación, etc.) **no han sido vacunadas de manera prioritaria**, aunque estuvieran prestando atención de manera presencial:

“Yo estoy trabajando en un instituto como educadora social a través de una subvención, no como funcionaria, y a nosotros nadie nos ha planteado que nos vacunen, y yo estoy trabajando con adolescentes en un aula exactamente igual que un profesor. Y nosotros como entidad del Tercer Sector dijimos “vamos a ver, es que yo estoy trabajando con grupos, estoy teniendo un contacto directo, lo estoy haciendo exactamente igual.”

(Técnica de prevención)

“Han vacunado a las compañeras que están en prisión, en prisión sí que las han vacunado, y ya está, a nosotras no, nos vacunarán cuando nos toque por edad, pero no por la Fundación o por el trabajo que desempeñamos ni nada, aunque hagamos trabajo presencial con personas que muchas veces vienen sin mascarilla porque no tienen recursos.”

(Técnica de prevención)

“Absolutamente, no hemos estado considerados como profesionales esenciales, que fueron los que se vacunaron rápido. Nuestra entidad también tiene centros de salud mental y allí enseguida, cuando empezaron a vacunar también vinieron a vacunar a los servicios de salud mental, a los residenciales.

Las adicciones, ahora, vamos con la población general.”

(Directora de programas)

Resumen 3. Principales percepciones de los y las profesionales sobre la distribución de los recursos higiénicos sanitarios y de protección

- Determinaron la viabilidad de continuar con la actividad de los diferentes programas y servicios al inicio de la pandemia; importancia central de las Administraciones Públicas en el suministro y aprovisionamiento de materiales de protección durante los primeros meses.
- Percepción de desamparo por parte de los programas considerados servicios no esenciales a la hora de conseguir material de protección y en los protocolos de vacunación.

1.2.2 Recursos económicos

La crisis sociosanitaria tampoco se ha mantenido ajena a los **recursos económicos** de las entidades, cuestión elemental para el mantenimiento de los proyectos. En este sentido, la mayoría de profesionales entrevistados/as han manifestado que las entidades para las que trabajan, han visto limitada de una manera u otra su capacidad económica tras la pandemia. Las causas del deterioro económico que han sufrido, son diversas: grandes inversiones en materiales higiénicos e infraestructuras de protección, cierre de proyectos, reducción del número de plazas de personas usuarias, etc. Ante esta situación, muchos/as profesionales argumentan que no ha existido un criterio único entre las Administraciones Públicas sobre el mantenimiento económico de los proyectos, existiendo una desigualdad administrativa en la que algunos organismos han flexibilizado las partidas económicas o proporcionado subvenciones ante la situación, mientras que otras han sido más rígidas en las justificaciones económicas llevando a cabo, incluso, una rescisión de contratos:

“La verdad es que en nuestro caso se ha conseguido que se flexibilicen las partidas presupuestarias, porque a lo mejor no he tenido apenas gastos de mantenimiento, pero he tenido muchos gastos de materiales de aislamiento, dispositivos electrónicos y etc., que no estaban previstos. Entonces en nuestra autonomía, por lo que conozco, sí sé que se han podido flexibilizar. Pero conozco organizaciones de otras comunidades, en las que tenías que justificar tu partida tal y como se había planteado inicialmente y, eso, es que en esta situación es imposible porque todo ha cambiado.”
(Responsable de área)

“Hubo ayuntamientos que se plantearon rescindir los contratos, teniendo contratos firmados, además como con una causa hiper justificada (...) sin embargo otros nos dijeron que adaptarlos los programas y siguiéramos trabajando. Y te estoy hablando de municipios que pueden estar a distancias de 20 kilómetros unos de otros. Entonces lo que ha habido ha sido mucho desbarajuste de criterios y ha quedado todo un poco a la voluntad de cada uno.”
(Directora de área)

En esta línea, cabe señalar que **la situación ha impactado especialmente en las entidades y los recursos más pequeños**, que no tenían la capacidad de cubrir todos los gastos extraordinarios que la pandemia trajo consigo, ni la capacidad de espera a recibir ayudas externas:

“El problema ha sido sobre todo en las organizaciones más pequeñas, porque en las grandes siempre tienes margen para cubrir gastos inesperados. Pero en las pequeñas, una situación como esta que te desequilibra todos los presupuestos. Ha supuesto que muchas hayan tenido que cerrar porque ya no tenían más presupuesto con el que tirar e invertir en todo lo que necesitaban. Y, claro, no han podido permitirse esperar 6,12 o 18 meses a recibir algún tipo de subvención o ayuda que las pudiera rescatar.”
(Responsable de área)

“Hemos pasado por unas tenido unas dificultades económicas muy importantes que evidentemente una organización como la nuestra puede enfrentar, pero a una organización pequeña la puede mandar a números rojos peligrosos.”
(Director de área)

En conjunción con las entidades de menor tamaño, los recursos que más se han visto **perjudicados económicamente**, han sido **aquellos que dependen de subvenciones variables según el número de plazas ocupadas** (especialmente las comunidades terapéuticas), en tanto que la pandemia ha requerido de una reducción de éstas:

“Bueno, aún estamos con ello, porque aún seguimos luchando para que desde la Administración nos paguen estas plazas COVID que les llamamos que son plazas que hemos tenido vacías pero porque nos hemos visto obligadas a tenerlas vacías, y estamos en ello, intentando que entiendan de que estas plazas se tendrían que pagar porque no las hemos podido llenar pero no por nuestro gusto sino por un tema de pandemia, y lógicamente para seguir las instrucciones desde el Departamento de Salud.”
(Dirección adjunta de programas)

“Después cuando nos dejaban empezar a hacer ingresos, claro, había unas condiciones tan restrictivas que ha costado un montón, o sea ahora lo que tenemos son serios problemas con la sostenibilidad económica, porque la manera de financiarnos es por un tipo de subvenciones, las comunidades terapéuticas, los pisos, etc., no son contratos públicos, son subvenciones que

depende de la ocupación del centro. Claro, hemos llegado a tener las comunidades, si había 30, con 12 personas. Y estamos ahí, negociándolo, demostrando que lo que tienen que hacer es pagarnos al menos el 90%, porque no es algo atribuible a nuestra gestión ni a nada.”

(Directora de programas)

No obstante, esta problemática, como se ha mencionado más arriba, no ha sido extensible a todos los financiadores de este tipo de recursos, existiendo administraciones que continuaron financiando el número de plazas ocupadas de manera anterior a la pandemia, de manera

“Nosotros tenemos que facturar por cada residente que está en comunidad terapéutica, con lo cual le dijimos al departamento “oye mira va a haber 20 personas que van a salir a sus domicilios, pero nosotros consideramos que los tenemos que seguir facturando igual”. Y nos dijeron “ningún problema, no os vamos a poner ningún problema a ese nivel, sabemos que vais a hacer un control de ellos a nivel telemático, etc.”. Con lo cual nosotros hemos seguido facturando durante todo el periodo de confinamiento domiciliario a esas personas como si estuvieran residiendo en comunidad, no nos han puesto ningún problema.”

(Dirección entidad)

Finalmente, los y las profesionales también señalan las áreas de la educación de calle y la prevención, como aquellas que más han sufrido **recortes presupuestarios**, suponiendo en muchas ocasiones, el **cierre de proyectos**:

“En otros proyectos, aunque hemos tenido que justificar mucho los programas, al final nos han dejado con la subvención inicial. Pero en el caso de la prevención, entendieron que no los podíamos desarrollar de ninguna manera y directamente nos retiraron esas subvenciones. Con lo cual tuvimos que cerrarlos y todavía estamos pendientes de si podremos reanudarlos o no. “

(Director de área)

“El otro programa de prevención en colegios es donde se han notado más el desbarajuste económico, ha sido desde septiembre del 2020 a junio del 2021, porque los protocolos de duración ya no nos dejaban ir a las clases. Bueno, dependiendo también del profesorado, había profesores que sí solicitaban que se pudiera hacer en la clase, pero muchos decían que no. Entonces este programa se ha ido desarrollando, pero la entidad al no recibir otro tipo de subvenciones con las que se autofinanciaba, pues se ha tenido que disolver, entonces este

programa en el mes de enero ya no pudo continuar, en este año.”

(Responsable de Plan municipal de Adicciones)

Resumen 4. Percepciones de los y las profesionales sobre la disponibilidad y administración de los recursos económicos

- Limitación de la capacidad económica de muchas entidades tras el estallido de la pandemia, especialmente las más pequeñas sin posibilidad de asumir gastos extraordinarios ni capacidad de espera a recibir ayudas externas.
- Desigualdad de criterios entre las diferentes Administraciones Públicas a la hora de flexibilizar las partidas presupuestarias a las entidades ante la crisis sociosanitaria.
- Programas con mayor impacto económico negativo: los que dependen de subvenciones variables según el número de personas usuarias/plazas ocupadas y los que han sufrido el cierre total del programa (especialmente prevención y sensibilización).

1.2.3 Recursos tecnológicos

Finalmente, en lo relativo a los recursos disponibles de las entidades y organizaciones, cabe abordar los **recursos tecnológicos** de los que dispusieron para poder adaptar sus modelos de trabajo a la realidad telemática que exigía la pandemia.

En este sentido, cabe señalar en primer lugar que, buena parte de los y las profesionales entrevistados/as, señalaron que sus entidades no tuvieron la capacidad de proveer a sus trabajadores/as medios tecnológicos que posibilitaran el trabajo desde casa, de manera que, el teletrabajo, ha sido posible en muchos casos gracias a los recursos propios de los y las trabajadoras:

“Por ejemplo las webcams que tenemos aquí, desde el portátil que te estoy llamando es un portátil personal, no es un portátil de la propia entidad. Las cam (cámaras) que tenemos aquí son las que hemos traído nosotros para poder poner. Hay todavía orientadoras que como

tienen parte de trabajo en casa, tienen ordenadores del aula en su propia casa, ¿vale?

Entonces esa parte es que ni siquiera un año y pico después está superada, estamos superando los medios materiales por nosotros, por decirlo de alguna forma, porque el equipo está tirando para adelante, pero no porque se tengan, o sea, todos los ordenadores son de sobremesa, no hay ninguno con webcam, por ejemplo.”

(Coordinador de programas)

“Si literalmente hemos podido continuar trabajando, ha sido por nuestros propios medios. O sea, casualmente le habíamos regalado a mi hijo un portátil porque empezaba el instituto y entonces por eso teníamos el portátil, si no, no hubiéramos tenido nada. Con tus propios medios, tu teléfono, tus recursos, lo que tú tuvieras empezamos a seguir trabajando así.”

(Técnica de prevención)

“Los únicos medios que podíamos utilizar eran los medios personales, quien tenía medios personales, me refiero a un ordenador y un móvil, que es lo mínimo. Y a estas alturas creo que ya no se plantea darnos medios de la organización, aunque visto lo visto y todas las olas, yo creo que es más que necesario.”

(Responsable de Plan Municipal de Adicciones)

Esta cuestión -en ocasiones- generó en algunos recursos **incapacidades o graves dificultades para arrancar los programas de manera virtual:**

“Los medios los poníamos nosotros y de hecho para dar los talleres ahora que los damos online, no podíamos darlo, ahora tenemos una cámara, pero no teníamos ni cámara aquí. Los ordenadores que tenemos aquí no son portátiles, no nos los podíamos llevar a casa, hubo alguna compañera que no tenía bien el ordenador de su casa y no tenía medios para trabajar, éramos nosotras quienes teníamos que poner nuestros medios y al volver aquí, hemos tenido que redactar un poco esto, porque no teníamos ni cámara para dar los talleres y no podíamos darlos desde aquí.”

(Técnica de formación)

“Al cabo de las tres semanas fue cuando nos dieron permiso de poder empezar a hacer orientación por el teléfono. ¿Qué ocurrió? Que el equipo no tenía teléfono móvil, tenía sus teléfonos móviles personales, y tuvieron que empezar a llamar desde los teléfonos suyos personales y eso en ocasiones no era posible por protocolos, entonces esto paralizó mucho que pudiéramos trabajar desde casa.”

(Coordinador de programas)

Sin embargo, al igual que para otras cuestiones, esto no ha ocurrido igual en todas las entidades, de manera que en algunas se proveyeron medios tecnológicos para poder desempeñar la actividad laboral de manera no presencial desde el inicio de la crisis socio sanitaria:

“Yo creo que se ha reaccionado rápido, o sea que estábamos suficientemente preparadas como para poder proveer de lo que faltaba. Nadie se ha quedado descolgado, hemos proporcionado teléfonos móviles a lo mejor a profesionales que no lo tenían, para que pudieran hacer la intervención desde casa, psicólogas.”
(Directora de programas)

“Son de la entidad, o sea no hemos necesitado nada más porque ya lo teníamos, nosotros tenemos todo por la entidad, tenemos un ordenador portátil porque como nos vamos moviendo de lugar, tenemos nuestro portátil, tenemos nuestro teléfono de trabajo y demás. Lo único por ejemplo que en este caso hemos tenido que proporcionar, pues era nuestra propia línea, nuestra propia línea de internet, que ya previamente también la teníamos en casa todos. Entonces nosotros sí que en eso hemos trabajado tal cual, hemos traído todos nuestros instrumentos a nuestras casas y hemos seguido trabajando, teníamos todo.”
(Directora de área)

Esta polarización en la capacidad de cada entidad de proveer a sus empleados/as de recursos técnicos, ha puesto en evidencia **la precariedad de medios que sufren algunas entidades** y que ha predisposto en gran medida la capacidad de adaptación metodológica de los diferentes servicios y programas:

“No estábamos nada preparados para adaptarnos a esta situación, desde que contamos con que los aparatos electrónicos de los que disponemos pues son muy precarios, por decirlo de alguna manera, o están medio obsoletos, la financiación para estos proyectos es muy escasa y de hecho apenas permite nada de equipamiento, entonces al final pues andas con un ordenador que bueno, y vale, funciona pues porque tiene que funcionar, con programas informáticos que bueno, pues como puedes, y con móviles que al final es lo mismo, pues son móviles de una gama baja que te permite pues lo muy concreto. Pero claro, todo ello muy ineficiente para lo que la situación requería.”
(Coordinadora de programas)

No obstante, en algunos casos, esta precarización de medios parece haber tornado en una **posibilidad de cambio** dentro de algunas organizaciones, apostando por la **inversión en medios tecnológicos y por la agilización de los procesos de digitalización**:

“Ahora existe como opción, ¿sabes? pero que antes no, porque no habían los medios, no se trabajaba en ese modo, el tema online, en Administración, esa ley ya está caducada. Entonces los procesos de digitalización también, todo ha sido un impulso en ese sentido, yo lo veo como algo positivo, en ese sentido lo veo bastante positivo.”

(Técnica de prevención)

“Esta situación supuso equipar todos los ordenadores con cámaras para poder hacer comunicación online y hacer un refuerzo de toda la parte de telefonía, con lo que son los modelos de contrato de telefonía móvil y con la conectamos con la centralita de servicio, eso sucedió de manera bastante rápida, fluida.”

(Director de área)

“Ya estábamos inmersos en procesos de digitalización, lo que pasa es que es mucha inversión para nuestra entidad y estos años de atrás hemos ido renovando y adaptando los medios poco a poco. Pero esta situación nos ha obligado a digitalizar toda la organización en unos meses y seguramente, en condiciones normales, habiéramos tardado años. Yo creo que ha sido beneficioso en ese sentido al menos.”

(Coordinadora de programas)

Resumen 5. Principales percepciones sobre la distribución y disponibilidad de medios tecnológicos

- Muchas entidades no tuvieron la capacidad de proveer a sus trabajadores/as de medios tecnológicos que posibilitaran el teletrabajo; la continuación de la actividad pudo realizarse, en muchos casos, gracias a los medios de los/as trabajadores/as
- Incapacidades o graves dificultades en muchas entidades para arrancar los programas de manera telemática ante la falta y la precariedad de medios tecnológicos disponibles
- Ante la situación: algunas entidades han visto necesario realizar grandes inversiones en medios tecnológicos y en agilizar los procesos de digitalización

2. ADAPTACIONES METODOLÓGICAS

En este apartado se describen y sistematizan las **principales adaptaciones metodológicas y de trabajo** que han desarrollado las entidades que intervienen en el ámbito de las adicciones, haciendo especial hincapié en los primeros meses de la pandemia y el confinamiento domiciliario, con el objetivo de analizar cómo surgieron y cómo se desarrollaron los nuevos procesos de trabajo.

En este sentido, cabe señalar el **teletrabajo como la primera adaptación** llevada a cabo por las entidades, dadas las circunstancias de confinamiento domiciliario. Sobre esta casuística, a nivel general, se han detectado **tres puntos de partida diferentes entre las entidades, que supusieron ritmos de adaptación muy desiguales entre éstas:**

1. Las entidades que ya poseían recursos tecnológicos y las normativas que posibilitaban el teletrabajo:

“La verdad es que el cambio no fue demasiado grande, porque desde septiembre del 2019 ya podíamos teletrabajar en base a un sistema de escritorio remoto, o escritorio virtual, mejor dicho, que permite trabajar en remoto desde cualquier dispositivo, simplemente instalando una herramienta y, eso, nos facilitó enormemente todo el trabajo. También en temas de normativas, porque si no hay muchos aspectos, como la protección de datos que hubieran ralentizado mucho este proceso.”

(Responsable de área)

2. Las entidades que tenían recursos disponibles para que sus trabajadores/as tuvieran la capacidad de teletrabajar, pero no normativas aplicables:

“El teletrabajo nació a raíz de todo esto, no teníamos ninguna normativa de teletrabajo (...) entonces se negoció con el comité de empresa una normativa para aquellos trabajadores y trabajadoras que quisieran teletrabajar, cómo lo podían hacer, cómo se podía pedir. Entonces, pues bueno, en esa parte había compañeros que ellos preferían trabajar desde casa. Aprovechamos toda esta situación porque ya que teníamos los medios, pues era una buena oportunidad para negociar el teletrabajo, porque tener esta normativa ya nos va a facilitar la adaptación más sencilla a situaciones como ésta.”
(Responsable de Plan Municipal de Adicciones)

3. Las entidades que no tenían ni recursos ni normativas disponibles:

“Todo esto nos pilló en una situación totalmente nefasta. Porque no teníamos ningún tipo de medio que nos permitiera teletrabajar y había compis pues que tenían muy difícil trabajar con los suyos propios, entonces hubo gente que hasta la tercera o cuarta semana del confinamiento no podía casi trabajar porque es que no tenían con qué hacerlo, hasta que se compraron su propio ordenador en muchos casos, claro. Pero eso no era una solución económicamente viable para todo el mundo (...) y luego está lo del tema de las normativas del teletrabajo, que al no tenerla y no tener equipados los ordenadores de la oficina con remotos, pues había a muchísimos documentos que no teníamos acceso o que, por protección de datos, directamente no podíamos acceder con nuestros ordenadores personales. Un caos.”
(Coordinadora de programas)

Estos diferentes escenarios, han repercutido enormemente en la capacidad de adaptación que tuvo cada entidad a la realidad de la pandemia, existiendo casuísticas en los que los programas pudieron arrancar su actividad de forma casi inmediata, y otros que tuvieron que ver postergada su actividad durante varias semanas ante la precariedad de recursos tecnológicos.

En cualquier caso, independientemente de los equipamientos tecnológicos de los que estuvieran provistas las entidades, han existido ciertas barreras que, en mayor o menor grado, han dificultado a todas las organizaciones la adaptación de los procesos de trabajo:

- La **necesidad de digitalización** de la mayoría de los servicios y programas llevados a cabo, con independencia de los medios tecnológicos de los que se dispusieran:

“Nosotras es verdad que sí que teníamos portátiles y teléfono y pudimos acoplarnos al teletrabajo fácilmente, pero claro, luego había toda una serie de retos que tenían que ver con virtualizar todos los programas que, en su mayoría estaban planteados exclusivamente para ser presenciales. Entonces tuvimos que ponernos al día con todas las plataformas, que no conocíamos, no habíamos usado zoom, eran cosas que eran muy, muy, muy, muy puntuales, pero que no conocíamos para un trabajo diario. Entonces tuvimos que cambiar todo el plan de intervención a lo virtual.”

(Directora de área)

- La cuestión de la **protección de datos**, especialmente en aquellos programas y recursos que trabajan en intervención directa con personas usuarias:

“Ha habido como mucho trabajo con el tema de introducción de datos y de confidencialidad de datos, ¿no?, porque trabajar desde casa implica de que claro, los programas que tú tenías instalados en los servicios de atención a la mujer no los puedes instalar en tu propio ordenador, con lo cual ahí ha sido un gran reto también, a nivel de introducción de datos, de cómo mantienes la confidencialidad muchas veces en todo esto, porque no deja de ser algo de que no sabes dónde va, ¿no? En teoría todo es confidencial, pero no es lo mismo, no lo sabes, todo queda en una nube de alguna manera.”

(Dirección de programas)

- Las **normativas cambiantes**, que han requerido de una readaptación continua de los programas y servicios desde el inicio de la pandemia:

“Para mí lo más complicado ha sido tener que readaptar continuamente los procedimientos según iban cambiando los protocolos. Esto fue un poco el irse adaptando, cada, cada semana y cada día había una indicación nueva (...) y eso no nos permitía quedarnos tranquilos con un...” vale, ahora hemos conseguido adaptar los programas y ya podemos trabajar bien.” Si no

que esto implicaba una readaptación constante.”

(Coordinador de programas)

- Las dimensiones de las **infraestructuras disponibles** de las entidades, sobre todo en aquellos casos en los que se tuvo que continuar con la actividad presencial o volver a la presencialidad de manera temprana y no se podían garantizar las medidas de distanciamiento físico:

“Otra gran dificultad que tuvimos fue la vuelta presencial que, además, la tuvimos que hacer muy pronto por requisitos del financiador, como a principios de mayo. Entonces el espacio del que disponemos es muy limitado y no podíamos cumplir con las medidas de distanciamiento, entonces tuvimos que bajar en mucho el número de usuarios a los que podíamos atender de manera presencial.”

(Coordinador de programas)

A partir de estos elementos, se observa que han existido dificultades comunes a la mayoría de los servicios y programas que, en conjunción con cuestiones reseñadas anteriormente como la disparidad territorial o la Administración Pública de referencia, han influido fuertemente en las posibilidades de adaptación de los recursos.

No obstante, y tal y como se ha venido mencionado, las posibilidades de ajustes metodológicos han sido bien diferentes entre las diversas áreas de trabajo en el ámbito de las adicciones, debido fundamentalmente a dos cuestiones: **la naturaleza misma del área y el público objetivo con el que se trabaja:**

“El elemento definitorio y central, para mí, ha sido el área de trabajo. En nuestra entidad se visibilizan muy bien estas diferencias: no es lo mismo hablar de un servicio residencial, que de un programa de educación de calle, por ejemplo.”

(Coordinadora de programas)

“Cada área de la organización se ha tenido que adaptar de una forma. Unas de una manera mucho más compleja que otras. Para empezar porque el tipo de usuarios no es el mismo y para seguir, por la esencia misma del programa: si es presencial 100% o si hay posibilidades de hacer un seguimiento online, etc.”

(Directora de área)

Desde esta óptica, a partir de aquí, se reseñan las principales adaptaciones metodológicas que se han llevado a cabo durante el confinamiento domiciliario y posteriores meses en cada ámbito analizado, pero siempre teniendo en cuenta que la pretensión del presente estudio no es hacer extensible estas cuestiones a todos los programas y recursos, sino sintetizar los aspectos mencionados más reseñables de cada área de trabajo.

2.1 Prevención

En primer lugar, en lo referido al ámbito de la prevención, los discursos analizados muestran que, de manera general, han tenido lugar dos escenarios muy polarizados dentro de esta área: programas en los que la pandemia afectó gravemente su nivel de actividad suponiendo, incluso, su cierre; y programas que vieron reforzada su participación y amplitud.

En lo que concierne a la primera casuística, **programas gravemente afectados**, se reseña que, una de las principales barreras por las que tuvieron que atravesar al inicio de la pandemia fue su justificación ante la administración para poder continuar con su actividad, especialmente en el caso del trabajo con grupos:

“Por ejemplo, en prevención indicada trabajan a través de actuaciones principalmente individualizadas, entonces, entonces era como mucho más sencillo, está el teléfono, tal. Pero cómo trabajo yo, con grupos, y mucho más, cómo le justifico yo a los ayuntamientos y a la Administración que este trabajo es posible, teniendo en cuenta que nosotros no lo habíamos hecho nunca y que nadie estaba preparado para una situación así. Entonces hubo reacciones

diversas, principalmente de muchas dudas, los técnicos, técnicas.”

(Directora de área)

Asimismo, desde el discurso de los y las profesionales **se asume que el área de la prevención no resulta un ámbito prioritario de trabajo dentro de las adicciones**, habiendo motivado esta cuestión el cierre de muchos de los programas:

“Entonces se ha relegado mucho y es que la prevención realmente nunca ha tenido un lugar digamos preferente ni prioritario, pero sí, como todos sabemos, entonces esto ya suma, suma a eso, a lo que no es prioritario antes mucho menos va a serlo en estas circunstancias.”

(Técnica de adicciones)

En concreto, han sido los programas de prevención en centros escolares los que más se han visto afectados, debido al cierre de los centros educativos e imposibilitando su ejecución y/o no habiendo dado las Administraciones Públicas la posibilidad de trasladarlos al ámbito online:

“Hay comunidades en que las escuelas ni cogían el teléfono, hay comunidades que abrieron la posibilidad cuando abrieron las escuelas de que fuera y se hiciera el trabajo externo, hay alguna como es la nuestra donde la educadora ha podido ir sosteniendo actividad en talleres en ámbito educativo y también desde lo online en el confinamiento, pero en muchas otras todo lo que tuviera ver con centros educativos, no la han podido desarrollar.”

(Director de área)

“Hay proyectos que han sido muy modificados, han sido los que hemos dicho no podemos llevarlo a cabo para nada, están absolutamente suspendidos porque son totalmente presenciales, no podemos reformularlos, o sea no podemos adaptar las actividades.”

(Subdirector de programas)

“Cuándo empezó el curso hablamos con todos los directores y directoras de centros escolares y nos dijeron que el tema de los talleres que nos olvidáramos. En nuestro municipio ha sido imposible realizar nada que tuviera ver con colegios o institutos.”

(Responsable de Plan Municipal de Adicciones)

En el caso de los programas escolares que consiguieron mantenerse, según los discursos de los y las profesionales, las vías de adaptación de éstos fueron fundamentalmente dos: **la reformulación de los programas para que puedan ser llevados a cabo por el**

profesorado de los centros educativos de manera online o **la traslación de los programas a talleres online y realizados por los/as propios/as profesionales de la prevención:**

“Lo que hemos hecho ha sido depositar en el profesorado la carga del trabajo, es decir, en vez de ir nosotros o nosotras a hacer los talleres o hacer la actividad de la mano del profe o de la profe en el aula (...) hazlo tú con nuestra ayuda y nuestro apoyo telefónico y online (...) Entonces hemos tenido que elaborar toda la documentación, todas las actividades, recursos audiovisuales incluidos, para facilitarle paso a paso que lo que antes era un taller de cuatro sesiones sea ahora una guía didáctica para hacer un programa en cuatro sesiones.”

(Subdirector de programas)

“Bueno la principal solución que encontramos para poder continuar con la actividad en los centros, fue proponerles trasladar los talleres a una plataforma digital a través de videollamadas interactivas y la verdad es que al final lo aceptaron, pero tras muchas dudas.”

(Coordinadora de programas)

Por su parte, existe otro escenario dentro de los programas de prevención en el que **se asume que éstos se han visto incluso reforzados desde el estallido de la pandemia.** A este respecto conviene señalar que, para algunas entidades, el área de prevención ha sido el más sencillo de adaptar metodológicamente, debido a la posibilidad de virtualizar los programas y a la alta inmersión digital que se asume sobre su población diana, siendo ésta, principalmente, los y las jóvenes:

“Es verdad que los programas de prevención se han adaptado mejor porque ha sido mucho más fácil contactar con la gente joven a través de la tecnología, porque la tienen más integrada al día a día y esa parte fue más fácil, pero hubo que hacer un esfuerzo grande, porque prevención no es cualquier cosa, los programas tienen que estar muy bien pensadas, cuál es mi objetivo, qué quiero hacer y después desarrollar una serie de metodologías para captar todo ese tipo de cosas y lo que es la adaptación metodológica por parte de ellos y por parte de los profesionales que estamos aquí, ha sido todo un trabajo, pero sí que es verdad que ha sido fácil dado que el enganche con las personas más jóvenes es más fácil.”

(Responsable de área)

Así, las principales adaptaciones emergidas en esta área tienen que ver con las **llamadas telefónicas** y las **videollamadas** para el seguimiento individualizado y la intervención con familias, así como para la realización de actividades grupales:

“Teníamos que cambiar de metodología, cambiar de espacio, porque todo se trabaja a pie de calle (...) claro, pasamos del terreno, de la calle, del medio abierto a nuestras casas, con lo cual todo, todo, todo, pasa a ser telefónico, eso sería lo primero. Entonces al ser todo telefónico, pues tenemos que habilitar todo, el acompañamiento integral lo pasamos vía telefónica, para trabajar con los chicos y sus familias (...) y todo lo que tenía que ver con videollamadas lo dejamos más para trabajar con los grupos completos, para hacer las actividades grupales y para dinamizarlas.”
(Responsable de área)

“A nivel general, desde que veíamos la que se nos venía encima, planificamos sobre todo dos vías de trabajo: las llamadas telefónicas, que esto lo hemos venido usando para hablar con las familias sobre todo y con los chavales cuándo fuera necesario y luego las videollamadas como nuestra herramienta de trabajo principal que nos permitió trasladar todo lo que hacíamos en el centro, de manera física, a las pantallas y las casas de los chicos.”
(Coordinadora de programas)

En este sentido, **la crisis sociosanitaria y el confinamiento en particular supusieron una alta digitalización de los programas por parte de los equipos de prevención**, de manera que éstos pudieran trabajarse de manera grupal de forma interactiva y ágil, a través de plataformas de videollamadas y de ocio y tiempo libre:

“Luego había proyectos que eran muy presenciales y que eran muy de aula, entonces lo que hemos tenido que hacer ha sido virtualizarlos, crear contenidos o adaptar esos contenidos para ser llevados a cabo de manera telemática durante el confinamiento.”
(Subdirector de programas)

“Hemos hecho de todo pero a través de Internet. Hemos hecho scape room online, participando grupos de los siete pueblos, o sea con cursos a nivel provincial. Hemos hecho freestyle, o sea batallas de rap online, con concursos, con premios y con todo. O sea, todo lo hemos hecho online.”
(Directora de área)

“Todo se siguió realizando, y luego hicimos también, elaboramos una guía de recursos, se elaboró una guía de recursos que se pasó a las principales entidades que trabajan con jóvenes, pues eso, pues como salió un montón de propuestas de: museos online para ver, qué series y qué pelis podemos ver, qué libros podemos leer, juegos de mesa, juegos a través de scape room que se podían hacer online. Elaboramos una guía bastante grande que dimos tanto a los usuarios como a las entidades que trabajan con jóvenes.”
(Técnica de prevención)

Desde varias entidades también se ha reseñado el uso de aplicaciones de mensajería instantánea para la comunicación individual y con los grupos de trabajo, mencionándose incluso la creación de una “consulta joven” a través de este canal:

“Pues estas intervenciones en calle se adaptan a través de redes sociales y se estableció por ejemplo una consulta joven online a través de WhatsApp, una consulta joven en que los jóvenes podían preguntar alguna duda que surgiese tanto en tema de consumo como en participación a través de online con unos horarios concretos en el que conectaban con la educadora.”

(Coordinadora de programas)

En esta línea, cabe reseñar la importancia que ha tenido el uso de RRSS dentro del ámbito de la prevención. Así, a menudo, desde los programas se han creado perfiles de RRSS y/o se ha intensificado su uso, trasladando muchas de las actividades que se realizaban de manera presencial a estos canales:

“En toda esta adaptación han sido vitales las redes sociales, porque era nuestro principal canal de comunicación con los chicos y dónde los manteníamos informados sobre qué íbamos a hacer esta semana, a qué hora...y también por dónde nos escribían para cualquier cosa que surgiera (...) pero además las RRSS, yo creo que lo nuevo, es que también se han utilizado para hacer prevención a través de contenidos que hemos creado en concreto para las redes.”

(Responsable de área)

“El uso de las redes pensábamos que no iba a tener mucho tirón porque ya teníamos perfiles y la verdad es que no nos funcionaban muy bien, pero la verdad es que nos pusimos las pilas y no pudo haber funcionado mejor (...) y no han servido solo para notificar lo que se iba a hacer. Han servido como vía para la sensibilización y para hacer llegar mensajes a una población a la que antes no conseguíamos localizar.”

(Coordinadora de programas)

Toda esta virtualización de contenidos y actividades, en conjunción con el uso intensivo de RRSS ha dado paso, incluso, a la asunción de estas adaptaciones metodológicas como un **nuevo modelo de intervención** que requiere, al igual que en la presencialidad, *de una planificación y programación acorde a los objetivos que se pretenden conseguir:*

“Se nos ocurre el concepto de tele-ocio, que al principio era como un poco, pues, un poco en una nube ¿no? Decir, vale, sabemos lo que queremos hacer pero ¿cómo lo vamos a hacer? O sea, tenemos nociones de redes sociales porque las utilizamos antes del confinamiento, sabemos usar, pues algunas herramientas de video, canales de comunicación como YouTube,

pero cómo vamos a hacer esto para que quede bien y no sea una cosa como cutre ¿no? Entonces, el primer día lo que hacemos es programar una semana, durante los primeros meses vamos programando semanalmente para no adelantarnos (...) Y hacemos una combinación del uso de las redes sociales con directos, con cursos, con retos y videos, videos editados pues de ocio concreto (...) esto ha sido algo circunstancial, pero de algo circunstancial ha nacido un nuevo modelo de intervención, una nueva metodología ¿no? Que es, el uso de las redes sociales para hacer prevención y además una prevención que llega a mucha más gente de la que podemos atender presencialmente.”
(Coordinadora de programas)

Resumen 6. Principales adaptaciones metodológicas en el ámbito de la prevención

Existencia de escenarios muy polarizados dentro de esta área:

- Programas gravemente afectados; especialmente los desarrollados en espacios escolares, al haber quedado suspendidos en muchos casos.
- Programas que se perciben como reforzados desde el estallido de la pandemia, debido a la implantación de metodologías de trabajo online que se asumen como nuevos modelos de intervención.

Principales adaptaciones metodológicas llevadas a cabo:

- Llamadas telefónicas para el seguimiento individualizado y familiar
- Videollamadas y uso de plataformas online para el trabajo con grupos
- Uso de apps de mensajería instantánea; creación de consultas jóvenes por esta vía
- Intensificación o iniciación del uso de RRSS como herramienta de trabajo

3.2 Atención integral y multidisciplinar

En lo relativo a los recursos de atención integral a personas con problemas de adicciones, cabe mencionar en primer lugar, el caso de las **comunidades terapéuticas**. En este sentido, la primera gestión que se hizo en muchas de ellas fue plantear a sus usuarios/as la opción de que quién pudiera y tuviera la oportunidad, podría hacer el **confinamiento domiciliario fuera de las instalaciones**, con sus familiares u otras redes sociales:

“Lo que hicimos es darles la posibilidad de confinarse en el centro o en casa, es decir hubo personas que decidieron ingresarse en casa, seguir el tratamiento desde casa (...) como no sabíamos cuánto tiempo era de confinamiento, pero sabíamos que eso no era cuestión de una semana, pues si alguien prefería y pensábamos que la familia era un lugar seguro, pues poder seguir haciendo tratamiento desde ahí.”
(Dirección de programas)

“Nosotros propusimos lo siguiente ante el estado de alarma, el que aquellas personas que tuvieran familia y un marco más o menos normalizado en el que poder residir y que voluntariamente quisieran salieran de la comunidad terapéutica para pasar el confinamiento domiciliario en sus respectivos domicilios. Y aquellas personas que aunque tuvieran familia consideraran que iban a estar más protegidos en la comunidad terapéutica residencial, pues que se podían quedar perfectamente.”
(Dirección de entidad)

Partiendo de aquí, las dos vías de trabajo en las comunidades fueron las siguientes: **videollamadas y llamadas telefónicas** con las personas usuarias que decidieron realizar el confinamiento en otros lugares, y **seguimiento normalizado** con quienes se quedaron dentro de las comunidades, con excepción de la creación de grupos burbuja entre las personas trabajadoras para protegerse ellos/as mismos/as y a los y las usuarias:

“Comunidades terapéuticas han hecho turnos de mogollón de horas para no hacer rotaciones, para no entrar y salir y no mezclarse (...) por proteger a la población que estaba allí dentro y por proteger a sus propias familias. Pero el trabajo allí, por lo demás, fue como siempre.”

(Responsable de área)

“Con los 20 que salieron a sus domicilios se mantenían entrevistas telefónicas o telemáticas, si se podían conectar, semanalmente, y además ellos tenían la opción de poder en cualquier momento del día también el poderse conectar con nosotros para cualquier tipo de dificultad que pudieran tener. Y con los que se quedaron confinados en comunidad terapéutica, pues continuamos con un trabajo, pues bueno, de muchísimo apoyo, mucha cercanía, de estar ahí con ellos.”

(Dirección de entidad)

En lo relativo a los nuevos ingresos, cabe señalarse que algunas comunidades terapéuticas paralizaron los trámites de este tipo, mientras que otras sí que los posibilitaron en cuanto se vieron provistas de material de protección, prácticamente al inicio de la pandemia, garantizando las medidas higiénico-sanitarias a través de la realización de PCR y del establecimiento de espacios de aislamiento para la realización de cuarentenas:

“En las comunidades terapéuticas, en cuanto tuvimos recursos, conseguimos que se hicieran PCR para ingresos y se configuraran áreas de cuarentena o aislamiento para esos primeros ingresos... siempre todo con una coordinación intensa.”

(Responsable de programas)

Pese a que la percepción general de los y las profesionales es que ha habido una escasa innovación en esta área -más allá de haber llevado lo telemático al seguimiento de usuarios/as-, cabe señalar la **flexibilización de las normativas** en algunas Comunidades Autónomas, que posibilitaron que los nuevos ingresos puedan tener contacto con sus familiares a través de videollamadas; una cuestión que no estaba contemplada de manera previa a la pandemia y que se percibe como un gran valor añadido para los y las profesionales:

“El tema de las normativas en las comunidades es como bastante rígido y ha habido yo creo un efecto interesante como de, por ejemplo, si una persona habitualmente en primera fase, que es el primer mes o dos meses, normalmente no ve a la familia, o no habla con la familia, o con sus

hijos e hijas, pues ahora se ha permitido, se han introducido las videollamadas a las familias, que no se utilizaban, y eso ha sido una adaptación que ha funcionado.”

(Dirección de programas)

“Una cosa que también hemos que creo que también ha ayudado mucho es sobre todo con las mujeres, cuando ingresan en un servicio residencial hasta ahora los primeros 15 días no podían comunicarse con la familia, y esto lo hemos cambiado y hemos introducido que las mujeres que tienen hijos desde el primer día puedan comunicarse ya con los niños a través de videoconferencias y eso lo hemos mantenido y ya se va a quedar independientemente de la pandemia.”

(Directora de programas)

En lo concerniente a los **centros de día**, según las experiencias recogidas, éstos cerraron las primeras semanas del confinamiento para evitar que las personas usuarias se tuvieran que desplazar entre municipios, en tanto que la movilidad se percibía como un alto riesgo para ellos/as mismos/as y para las personas trabajadoras. Durante ese tiempo, los y las profesionales relatan haber realizado un seguimiento telefónico individualizado en primera instancia y, más tarde, también videollamadas individualizadas y grupales:

“El centro de día lo que hicimos fue atención telemática, y desde ahí también atención individual, porque sí entendíamos que había personas en una situación, o sea el centro de día con la actividad normal no estaba abierto, lo que estaba abierto era la atención porque precisamente son personas con menos recursos sociales, red social y el tema del confinamiento era especialmente duro. Yo recuerdo que quizá un par de semanas no vinieron físicamente, se mantuvo la atención sobre todo telefónica, y después telemática porque también hubo que acompañar en eso, en ir dando las herramientas para poder mantener el contacto, pero al menos una vez a la semana y a veces dos (...) también en grupos, porque se pudo hacer ese trabajo con las personas de ayudarles con lo telemático, se hicieron grupos telemáticos.”

(Coordinadora de programas)

Al mismo tiempo, también se transmite la idea de que los centros de día se abrieron lo antes posible por necesidad de las personas usuarias. En este sentido, la apertura de los centros, supusieron **creaciones de grupos burbuja** y **acompañamiento virtual** a quienes no podían asistir presencialmente:

“Una vez que se volvió a la actividad presencial, que creo que el centro estuvo cerrado solo dos semanas, se hicieron más turnos, más teletrabajo, más posibilidades desde casa y después se empezó a atender en individual y eso se mantuvo hasta la desescalada, cuando ya en mayo se empezaron a relajar las medidas, ya la atención grupal ha sido por la mitad del colectivo, se dividió en dos partes, que era lo que nos daba un poco por aforo y a partir de ahí se trabajó con dos grupos burbuja (...) así que en resumen lo que se hizo fue la limitación de aforos, la atención individual y la atención un poco más de sostén, telemática, telefónica y los grupos telemáticos.”

(Coordinadora de programas)

Por otro lado, profundizando en las adaptaciones que se realizaron en los **servicios ambulatorios**, se destaca por parte de los y las profesionales que ha sido una de las áreas en las que menos se virtualizó la actividad debido, entre otros motivos, a la consideración del perfil de las personas usuarias de este tipo de recursos como más “tolerables” a la situación que en otros servicios de atención directa. En esta línea, la eliminación del trabajo con grupos parece haberse suspendido, en algunos casos, hasta la vuelta a la actividad presencial:

“En la parte de ambulatorio, que también es cierto que algunas de las personas tienen más recursos, como para poder soportar o tolerar la situación, hubo muchas más resistencias a lo telemático y de hecho grupos telemáticos no se hicieron.”

(Coordinadora de programas)

“En los servicios ambulatorios, yo creo que es la parte en la que menos esfuerzos se hizo por telematizar la actividad, también un poco por el perfil de usuarios y por la propia esencia del servicio. Y, por ejemplo, hasta que no se volvió a lo presencial, los grupos tampoco se hicieron.”

(Directora de área)

Asimismo, han existido casuísticas en las que se ha procedido al cierre completo de las instalaciones, trasladándose toda la atención que excedía el tratamiento sustitutivo con opioides, a la vía online y telefónica:

“Al principio intenté protocolizar un poco el tema de la asistencia con la UCA, para que estas personas pudieran ser atendidas pronto por su situación. Sin embargo, qué pasó, pues que el mismo centro nuestro, pues por las medidas que se hicieron no podía, la gente no podía salir, tuvieron que quedarse. Y entonces pues en la UCA, se empezó a hacer atención online y atención telefónica.”

(Responsable de Plan Municipal de Adicciones)

El suministro de metadona ha sido la única práctica que se ha mantenido en todos los servicios de este tipo, al ser una cuestión sanitaria esencial e imposible de digitalizar. Para que estos servicios pudieran seguir activos, desde las entrevistas se describe la realización de grupos burbuja de trabajadores/as, así como el traslado de los seguimientos y de la citación a la vía telefónica, buscando en todo momento reducir el tiempo de “ventanilla”:

“La dispensación de metadona no pudo parar. Se redujo el personal y se reajustaron los turnos. Toda la actividad grupal fue suspendida y los seguimientos se hacían telefónicamente. Lo que se ha buscado en todo momento es reducir la presencia en los dispositivos y por ello se da cita telefónica y se reduce el tiempo ventana.”

(Responsable de programas)

Al mismo tiempo, desde estos recursos también se ha intentado proveer de tratamientos sustitutivos a los y las usuarias con dificultades para asistir de manera presencial a los servicios ambulatorios, de manera que, en algunos casos, se procedió a distribuirlos a domicilio:

“Yo sí que hice también un poco de poder llegar la metadona a personas que no podían salir, entonces sí que pude hacerle un poco que pudieran continuar este tipo de tratamiento.”

(Responsable Municipal de Plan de Adicciones)

No obstante, se menciona que toda esta situación supuso –sobre todo al inicio de la pandemia- una **mayor atención a los casos de urgencias** y, no tanto, a los casos de seguimiento y continuidad:

“Si entramos luego en servicios ambulatorios lo que nos ha pasado es que al tener que hacer turnos, es decir lo que hemos intentado desde el principio es que los equipos se dividieran en dos y que presencialmente solo estuviera la mitad del equipo un día y la mitad del equipo otro, porque, por posibles contagios, no se contagiara todo el equipo y tuviéramos que dejar el servicio sin, ¿no?, con lo cual esto de alguna manera también implicaba que hubo un momento sobre todo al inicio que se atendían más las urgencias en ambulatorio, y no tanto las de continuidad.”

(Dirección de programas)

Además, cabe reseñar la experiencia del cierre completo de un recurso de estas características en un municipio tras el estallido de la pandemia y que, en junio de 2021, todavía no había reabierto sus puertas. Sobre esta cuestión, se apela a la desigualdad territorial que existe en materia de recursos sociosanitarios, entre los municipios de mayor y menor tamaño:

“La UCA todavía sigue sin venir al municipio, estamos peleando porque otra vez vuelva a dar el servicio. Entonces ¿qué ha hecho esto? Que el vínculo con el servicio de la UCA desaparezca en muchos enfermos y enfermas, con el trabajo que cuesta que reconozcan que tienen problemas, que asistan al médico de cabecera, que el médico los derive a un servicio especializado. Todo se ha perdido, porque el que quiere ir ahora se tiene que ir a una ciudad a más de 80 kilómetros. Entonces a esto añadimos otro problema más, el problema económico, que muchas veces es una población que el dinero que tiene, no es que no tenga dinero, sino que el dinero que tiene pues va a municipios más grandes o con más población a atender (...) Entonces ha hecho que mucha población no vaya, “porque hasta allí no voy. Aquí sí, que me pillan en un momento, pido a la empresa que tengo visita al médico, el médico de cabecera me lo pone como consulta. Pero irme hasta allí ya supone que tengo que ir con alguien, mi padre, mi madre, mi pareja, que no siempre puede”. Y hasta hoy mismo estamos así, o sea desde marzo de 2020 hasta junio de 2021 estamos sin la UCA.”

(Responsable de Plan Municipal de Adicciones)

Finalmente, en el ámbito de la atención integral, se aborda el caso de las entidades que desempeñan su actividad a la atención de las **adicciones sin sustancia**, área sobre la que se menciona el cierre presencial de una gran cantidad de entidades, desde el decreto del estado de alarma:

“El 14 de marzo fue la declaración de alarma (...) y lo que hacemos es instaurar desde el 16 de marzo el teletrabajo a todos sus empleados y hacer la primera ronda de consulta de todas las Asociaciones, estoy hablando del lunes 16 de marzo del 2020: una ronda a las Asociaciones, una ronda urgente telefónica a las asociaciones para ver qué es lo que había; la mayoría de las asociaciones se asusta y cierra.”

(Dirección y secretaría de plataforma de entidades)

Sin embargo, muchas de ellas ya venían trabajando desde hace algunos años en terapias online, por lo que pudieron poner en marcha servicios de atención y terapia por esta vía, así como llamadas telefónicas:

“A partir del día 17 de marzo la plataforma con la disposición de todas las asociaciones, el servicio de terapia online, que ya está consolidado, que ya venía hace cuatro o cinco años trabajando y por lo tanto lo que se manda es un correo electrónico a todas las entidades diciendo que el principio de terapia online está disponible ya en ese momento y a partir de ahí requiere por correo electrónico a las asociaciones que nos comenten sus necesidades. La mayoría de las asociaciones al permanecer cerradas la primera necesidad que tienen es una vía telemática que les pueda servir, porque lo que están haciendo es manteniendo el contacto vía telefónica.”

(Dirección y secretaría de plataforma de entidades)

No obstante, muchas de las entidades y asociaciones de este tipo, en cuanto se pudo retomar la presencialidad, optaron por establecer las terapias individuales por la vía física, siempre asegurando las citas previas y las medidas higiénico-sociosanitarias, dejando la vía online para –fundamentalmente- las actividades grupales:

“Después de ese mes un poco estricto, lo que hicieron fue una presencialidad con cita previas y guardando las medidas de seguridad y la mayoría de las terapias y de las psicoterapias sí que se realizaron presencialmente (...) las actividades grupales sí que se hicieron sobre todo por vía telemática.”

(Dirección y secretaría de plataforma de entidades)

Finalmente, en lo referido a las nuevas acogidas e intervenciones al tratamiento en estos recursos, se manifiesta que, pese a que se intentó realizar acogidas de urgencia por la vía telemática, en la mayoría de los casos se retrasaron hasta que las entidades pudieron abrir sus puertas de manera presencial, dada la alta carga emocional que este proceso supone para los/as usuarios/as:

“La intervención al tratamiento, se intentó durante ese mes realizar por urgencia alguna acogida telemática, pero enseguida nos dimos cuenta de que era difícil que una persona por vía telemática se pudiera abrir y pudiéramos realizarle una entrevista clínica y pudiéramos realizar la anamnesis, entonces se fueron retardando un poco las acogidas para a partir del mes realizar lo mismo que todas las psicoterapias, realizarlas individualmente con un persona técnica en el centro y guardar las medidas de seguridad y eso facilitó que toda la anamnesis y la historia clínica que se realiza en esa primera sesión se pudiera llevar a cabo exactamente igual que en períodos normales.”

(Dirección y secretaría de plataforma de entidades)

Resumen 7. Principales adaptaciones llevadas a cabo en el ámbito de la atención integral y multidisciplinar

- Videollamadas y llamadas telefónicas para el seguimiento y la terapia individualizada.
- Eliminación, en primera instancia, del trabajo con grupos.
- Aplicación de estrictas medidas higiénico-sanitarias y creación de grupos burbuja para los servicios de tratamiento imposibles de virtualizar; reducción del tiempo de ventanilla.
- Aprobación del contacto entre usuarios/as y familiares a través de videollamadas en algunas Comunidades Autónomas, en el caso de los recursos que requieren del aislamiento de las personas usuarias.
- Distribución a domicilio del tratamiento con metadona en el caso de usuarios/as de alto riesgo.
- Cierre presencial en la atención de las adicciones sin sustancia

3.3 Reducción del daño

En lo concerniente a los programas de reducción del daño, se resalta la actividad llevada a cabo desde las **salas de consumo supervisado** dado su carácter esencial y presencial y su imposibilidad de trasladar este tipo de servicios al ámbito online. Así, para que los servicios de este tipo pudieran seguir funcionando cumpliendo con las directrices higiénico-sanitarias, la primera medida llevada a cabo en este sentido fue la **reducción del aforo del número usuarios/as**:

“El otro elemento es que como servicio de reducción de daños tuvimos que introducir también aspectos de aforo y los espacios de consumo supervisado eran pequeños para tanta población y en el caso de consumo inyectado, tuvimos que habilitar una zona, que es la zona de sala, donde hacíamos los trabajos grupales, calo café que se llama y ahí tuvimos que poner mesas para poder dar seguridad en lo que es el consumo supervisado inyector, porque si no muchos consumos se nos desplazaban en la calle, es un servicio que recibe más demanda de la que puede atender por espacio, porque claro, el tema COVID nos lo puso muy difícil.”

(Director de área)

“Limitamos aforo a la mitad, dos puestos en la sala de fumar, que tenemos cuatro, y tres puestos en la sala de venopunción que tenemos seis. Los tres puestos de la sala de venopunción de hecho los seguimos manteniendo porque si no, no nos da la distancia.”

(Coordinadora de programas)

Al mismo tiempo, esta reducción de aforo se vio siempre acompañada del **cumplimiento de las medidas higiénicas** (uso de mascarilla en las zonas comunes, lavado de manos, control de temperatura, etc.):

“Entonces junto a la limitación de aforo: control en la puerta, control de temperatura, lavado de manos, uso de mascarilla en los espacios comunes, no en las salas de consumo propiamente dichas porque necesitamos verles la cara para ver si están bien, o se ponen azules, o blancos, o qué, para ver un poco los efectos.”

(Coordinadora de programas)

En este sentido, para que los servicios pudieran seguir atendiendo de manera presencial, **se proveyó de salvoconductos a las personas usuarias** para que, de esta forma, pudieran acceder con garantías al recurso:

“El programa de mantenimiento con metadona se mantuvo en la atención que tenemos, pues porque eso es absolutamente esencial, la gente no se puede quedar sin tratamiento, solo teníamos el tratamiento farmacológico y el acceso al tratamiento farmacológico teníamos clarísimo que había que mantenerlo y no es algo que podamos hacer desde casa. Les hacíamos salvoconductos para que en algún momento la policía les paraba, pues pudiesen justificar que venían a la recogida de la medicación o que venían al centro.”

(Coordinadora de programas)

Asimismo, es necesario señalar que, en ocasiones, este tipo de recursos se han convertido en **servicios de contingencia** para algunos/as consumidores/as - fundamentalmente de heroína- que, ante la dificultad de tener acceso a sustancias, podían asistir a este tipo de recursos con la posibilidad de ser inducidos/as en tratamientos con metadona:

“Un ejemplo claro y práctico era el acceso prácticamente inmediato a metadona, si alguien estaba consumiendo heroína, no encontraba la heroína, tenía un problema, pues venía y automáticamente, prácticamente en el momento inducíamos un tratamiento con metadona y le administrábamos la metadona desde ahí. Y de hecho en ese periodo entraron 19 personas, de las que a día de hoy se mantienen 6, quiero decir que fue una historia muy sobrevenida, muy de contingencia, porque las personas no habían decidido entrar en un programa de tratamiento con metadona, se habían visto en esta situación, optaban por no tener un síndrome de abstinencia, pero en el momento que la heroína vuelve a estar presente, pues abandonan el programa.”

(Coordinadora de programas)

Finalmente, al igual que en el caso de los servicios ambulatorios, algunos/as profesionales de estos servicios han reseñado que, ante las dificultades de algunas personas usuarias para poder desplazarse (bien fuera por problemas de salud o de transporte, etc.), desde estos dispositivos **se ha llevado el tratamiento a domicilio** en los casos en los que era necesario, con el objetivo de que nadie quedara sin este servicio:

“A los de reducción de daños con metadona los veíamos presencialmente a la mayoría, y aquellos que no podían salir por diferente tipo de patologías le llevábamos la medicación a sus domicilios, o sea que también nos trasladábamos a su domicilio para poderse la llevar y que no

tuvieran el riesgo de contagio, de poder salir o lo que sea.”

(Dirección de entidad)

Resumen 8. Principales adaptaciones llevadas a cabo en el ámbito de la reducción el daño

- Reducción del aforo del número usuarios/as, creación de grupos burbuja de trabajadores/as y cumplimiento de medidas sanitarias y de distanciamiento físico para la continuación con la actividad.
- Provisión de salvoconductos a las personas usuarias para que pudieran acceder a los servicios.
- Tratamiento a domicilio para los/as usuarios/as de riesgo.

3.4 Centros penitenciarios

Dadas las especificidades de los **centros penitenciarios**, también conviene reseñar qué ha ocurrido en ellos y qué adaptaciones metodológicas se han llevado a cabo durante el confinamiento y meses posteriores. En este sentido, es necesario mencionar el **cierre completo que se produjo en las prisiones en un primer momento**, con la consecuente imposibilidad de que los y las profesionales externos/as pudieran acceder al interior y mantener el contacto con las personas presas:

“En el centro penitenciario la restricción es absoluta; o sea, ellos quedan totalmente incomunicados y nosotros nos quedamos en nuestras casas totalmente desvinculados de ellos; entonces, eso es el choque inicial con el que nos encontramos, y ya con eso arrancamos.”

(Coordinadora de programas)

“Nos dieron también la orden de que se suspendía la entrada en todos los centros, pero claro, aquí el inconveniente que nos vimos era el tema de que al principio no dejaban absolutamente nada y no era como lo externo que sí que pudimos mantenernos allí en contacto con todos

prácticamente desde el inicio.”

(Coordinador de programas)

Ante esta situación, se llevaron a cabo algunas experiencias nuevas en lo referido a la contactación entre personas presas y educadores/as. Un ejemplo de ello fue el **establecimiento de mensajería vía carta postal entre las entidades y las personas presas** en algunos centros penitenciarios, en los que eran los/as funcionarios/as de prisiones quienes hacían entrar y salir las cartas y, de esta forma, no perder el contacto con los/os presos/as:

“Lo primero que conseguimos, bueno, que se nos ocurre es por carta, pues como toda la vida, como ellos realmente se comunican con sus familiares, a través de cartas; entonces, empezamos a habilitar en los centros con ayuda de los funcionarios, de los equipos de prisiones que sí que asisten a la cárcel (...) como un punto en el cual ellos pueden escribirnos a nosotros y nosotros les escribíamos, les dábamos las cartas a los compañeros y digamos que nuestros compañeros eran las palomas mensajeras, entraban nuestras cartas dentro y las cartas que se nos escriban las sacaban y nos las hacían llegar a los profesionales; entonces, en un primer momento así es como empezamos a comunicarnos.”

(Coordinadora de programas)

Una vez pasados los primeros quince días del confinamiento domiciliario, en algunas prisiones se pudo comenzar a realizar **intervenciones telefónicas**. En este sentido, en los centros penitenciarios de trabajo de los y las profesionales entrevistados/as, se permitió que las personas presas añadieran a los listados de contacto telefónico a sus educadores/as de referencia:

“Empezamos a comentar todas las entidades que lo mejor era obviamente no parar y empezar a hacer una intervención individualizada a través del teléfono, que era lo primero que se nos ocurría a todas las entidades, ya que teníamos todos los teléfonos de todas las personas que forman parte de los grupos, pues el mantener el contacto con ellas.”

(Coordinador de programas)

“Se consiguió además que se autorizara a los presos de nuestros programas se les autorizara un número de teléfono; o sea, ellos tienen la posibilidad de tener 10 números habilitados para poder llamar a sus familiares y amigos; entonces, en la prisión se permitió que se habilitara un onceavo teléfono que era el de nuestras compañeras, que con una línea que puso nuestra

entidad, y ellos podían llamar a nuestras compañeras.”

(Coordinadora de programas)

Asimismo, tiempo después de que se pudieran realizar intervenciones telefónicas, se posibilitó, por primera vez dentro de las prisiones, la **realización de videollamadas a familiares y profesionales**, a través de la implantación de teléfonos móviles en los locutorios de las prisiones:

“De ahí pasamos, el segundo paso fue las video, el realizar también videoconferencias con esta persona, pero todo de forma individual.”

(Coordinador de programas)

“Luego, como el confinamiento se iba alargando se permitió que se hiciesen videollamadas de los familiares con los internos, como no había vis a vis ni comunicaciones, ni nada, pues se permitió que una vez, no sé cada cuánto tiempo era, pero una vez cada equis tiempo se les permitía a los internos hablar por videollamada con sus familiares; entonces ahí conseguimos meter nosotros nuestro espacio, y un día a la semana en cada centro, había un día que sacaban a los chicos nuestros, nosotros les pasábamos un listado de 10 internos, y un día a la semana esos 10 chicos los sacaban a comunicaciones y se hacían videollamadas con nosotras, el equipo psicosocial de cada centro penitenciario podíamos hablar con 10 chicos un día a la semana.”

(Coordinadora de programas)

No obstante, a pesar de la posibilidad de realizar llamadas y videollamadas con las personas presas, surgieron importantes dificultades, debido al **alto coste de las llamadas** que tienen que asumir los/as propios/as presos/as, así como las **limitaciones de llamadas semanales**; cuestiones por las que –a menudo- las personas presas priorizaban las llamadas con sus familiares:

“No todos podían llamar, por qué, porque es una llamada que pagan ellos, una llamada a un móvil que son los 8 minutos que pueden llamar, el precio de la llamada es 2,80; entonces, claro, que ellos dejen de llamar a su mujer o a sus hijos por llamarte a ti, y además se gasten 2,80.”

(Coordinadora de programas)

“El hacer la llamada era muy poquito tiempo porque imagínate la cantidad de entidades que puede haber dentro, y además la necesidad de ellos ¿cuál es?, la primera, de ellos y de ellas, pues lógicamente con la familia, si estoy dos meses sin hablar con nadie, pues sí, me puedes

caer muy bien tú, pero mi familia o mi pareja creo que va un poco antes, ¿no?”

(Coordinador de programas)

No obstante, es necesario remarcar que todos los procesos no han sido los mismos en todas las prisiones, existiendo una **alta variabilidad de normativas entre unos centros y otros**. De esta forma, mientras que en algunos centros se pudo comenzar con la actividad presencial relativamente pronto, en otros, las entidades seguían sin poder entrar un año después del estallido de la pandemia:

“Una vez bajaron los niveles, pues cada centro penitenciario fue poniendo sus normas, por ejemplo, en esta directamente nos dejaron que empezásemos a entrar a los módulos, porque como te digo, al sólo trabajar en un módulo no tenías que mover a los chicos de un sitio para otro, sino que ellos vivían allí, tú vas al espacio donde ellos viven (...) y sin ir más lejos, hoy me ha llegado un correo electrónico del otro centro penitenciario, a partir del lunes otra vez las ONGs tienen prohibida la entrada; entonces, otra vez las ONGs quedan fuera. Entonces todo el trabajo no ha sido lineal y no se puede hacer una generalización de cómo ha sido en todas las prisiones, porque cada una ha sido un mundo.”

(Coordinadora de programas)

Finalmente, en lo referido al suministro de opioides y fármacos se reseña que, la distribución ha discurrido con normalidad a lo largo de este tiempo.

“La medicación y la metadona eso se ha seguido dispensando claro, eso desde los equipos médicos de los centros penitenciarios se ha seguido haciendo la dispensación habitual de metadona todos los días, se va a los módulos y se les echa en su vasito la dosis que toma cada uno, y luego la medicación pues igualmente, porque la medicación no se da a diario, como los equipos de enfermería pues son escasos en prisiones lo que se hace la medicación es que la reparten los viernes para el fin de semana, los lunes hasta el miércoles, y los miércoles hasta el viernes, se da la medicación 3 días en semana; entonces eso sí que los equipos médicos que siguieron trabajando pues lo siguieron dando igual, tanto la metadona como las pastillas.”

(Coordinadora de programas)

Resumen 9. Principales adaptaciones llevadas a cabo en los centros penitenciarios

- Establecimiento, en primera instancia, de mensajería vía carta postal en algunos centros penitenciarios, ante la imposibilidad de las entidades de acceder a las prisiones.
- Intervenciones telefónicas y videollamadas con las personas presas; dificultades de contactación debido al alto coste de las llamadas y el número limitado de personas con las que pueden contactar los/as presos/as.

3.5 Inclusión sociolaboral

Al igual que en el resto de las áreas, en el ámbito de la **inclusión sociolaboral**, también se han producido adaptaciones metodológicas necesarias de abordar. En esta línea, los y las profesionales aseguran que se trata de un área de trabajo sobre el que, con frecuencia, se solicitó el **cierre temporal al considerarse como una actividad “prescindible” dentro el ámbito de las adicciones**:

“La parte de formación y empleo, pues todas las actividades se suspendieron, todo el tema de clases, todo el tema de orientación, se suspendió absolutamente todo. Entonces esto supuso también temas de adaptaciones, pues todo el tema de ERTES, prácticamente todo el departamento de formación y empleo fue a ERTE.”

(Coordinadora de programas)

“Nuestro servicio sí que pudo seguir activo, pero porque así lo consideró el financiador. Pero sé de muchos servicios de la misma naturaleza que el nuestro que se solicitó que cerraran, sobre todo de otras comunidades, sin dar opción al teletrabajo o similar.”

(Coordinador de programas)

En los casos en los que no se solicitó el cierre de los servicios, desde las experiencias narradas, se mencionan las videollamadas (grupales e individuales) y llamadas

telefónicas, como las principales herramientas de seguimiento utilizadas durante los meses de confinamiento y posteriores.

“Básicamente lo que pudimos hacer era atención telefónica o por videollamada. En un primer momento sobre todo individual y con el tiempo también empezamos a hacer grupales. Pero, poco más podíamos hacer también teniendo un poco en cuenta el tipo de público con el que trabajamos con pocos recursos y claro, teníamos poco margen de innovación en ese sentido.”

(Coordinador de programas)

“Pues hicimos un poco lo que en el resto de los programas: llamadas y videollamadas en los casos en los que los usuarios tenían medios.”

(Responsable de área)

Asimismo, los y las profesionales refieren haber existido una paradoja dentro de esta área y es que, a pesar de que en muchos casos se solicitó el cierre de los recursos de este tipo, con frecuencia, también se les solicitó desde las Administraciones volver a la presencialidad lo antes posible, debido a los problemas de empleabilidad que estaba trayendo la pandemia y la necesidad de los/as usuarios/as de activarse en la búsqueda de empleo:

“Nuestro servicio de empleo tuvimos que justificarlo mucho para que no lo cerraran y tener que mandar a la gente al ERTE (...) después de eso, se nos exigió que abrieran y, además, presencialmente, mucho antes que a cualquiera de los otros programas, porque entendían que empezaba a ser un servicio no esencial pero casi, con la situación de crisis económica que estaban empezando a vivir muchas familias.”

(Responsable de área)

“Creo recordar que nosotros tuvimos que volver muy al principio del desconfinamiento. De hecho, la gente se fue al ERTE y no estuvo ni un mes o casi, porque se solicitó la apertura del centro como a finales de abril o principios de mayo creo recordar (...) claro y es que es un recurso de enorme importancia para muchas de las personas con las que trabajamos y más en un escenario como ese.”

(Coordinadora de programas)

Finalmente se señala que, de manera similar a otras áreas de trabajo, la vuelta a la presencialidad también ha supuesto la creación de grupos burbuja de trabajadores/as y usuarios/as, de manera que, hasta el momento, estos servicios han estado empleando una **metodología mixta** que combina la atención física y lo online:

“Lo que hicimos fue la creación de grupos burbuja, tanto para las trabajadoras como para las personas usuarias y, hasta ahora, hemos venido combinando lo presencial con lo online.”

(Coordinador de programas)

“Hemos hecho desdoble de grupos. Entonces unos compañeros vienen una semana y otros la siguiente semana así. Cuando se está en casa se hace teletrabajo, a través de videollamadas, especialmente grupales. La atención individual es lo que estamos intentando priorizar que sea siempre, o en la mayor medida posible, presencial.”

(Coordinadora de programas)

Resumen 10. Principales adaptaciones emergidas en el ámbito de la inclusión sociolaboral

- Llamadas telefónicas para el seguimiento individualizado
- Videollamadas para el trabajo en grupo
- Creación de grupos burbuja de usuarios/as y profesionales para la continuación de la actividad presencial

3.6 Experiencias de nuevos programas

En este epígrafe se reseñan dos **nuevos programas de atención a las adicciones**, surgidos a raíz de la crisis sociosanitaria y que resultan de especial mención, dadas sus características y el contexto de pandemia en el que se iniciaron.

A este respecto, el **primer programa** tiene por objetivo ofrecer intervenciones y acciones adaptadas a las problemáticas de la población con problemas de adicciones ante la situación emergencia sanitaria, visibilizando cuestiones que, hasta ahora, habían quedado relegadas a un segundo plano. Entre ellas:

- Problemáticas vinculadas al ámbito de las adicciones dentro de los recursos sociales de emergencia o aquellos no específicamente pensados para esta población.
- Escenarios de convivencia y hogares en los que el confinamiento agravó las problemáticas derivadas de las adicciones, por la dificultad de acceder a determinadas sustancias o por el aumento de consumos alternativos.

Con estos objetivos, el programa -pensado para poder desarrollarse en situación de emergencia sanitaria- se desarrolla a través de tres tipos de actuaciones: **campañas de sensibilización, atención telemática en adicciones,**

“El programa tiene una parte de concienciar a la sociedad mediante información, la web, materiales sobre la problemática de las adicciones, una parte de desarrollo telemático, que es algo que nos ha forzado el COVID, pero que vemos que tiene posibilidades y ventajas. Y el hacer una reflexión y un trabajo sobre cuál es el marco adecuado de acción, qué cosas hay que tener en cuenta, qué funciona, qué no funciona, cómo priorizarlo, una especie de determinar buenas prácticas y formas de hacer en lo telemático. Esto también ocurre con la vía de atención telemática, que fue pensada para poder hacer intervenciones de este tipo en contextos como el que estamos viviendo.”

(Coordinadora de programas)

y unidades móviles:

“Y después las famosas unidades móviles, que esto que nosotros nos desplazábamos, pues el seguir, no sé si tanto con una unidad móvil como coche que se desplaza, pero sí como el concepto de servir de puente hacia lo sanitario, lo sociosanitario, mejor dicho, a personas que no están llegando, por diferentes motivos. Uno es el colectivo claro que identificamos, que se visibiliza y que sigue viniendo, o sea en este momento una de las personas que estamos atendiendo son personas en esa situación, con situación administrativa irregular, sin acceso a ayudas económicas, con problemas de documentación, pasaporte, no pasaporte, con dificultades para abrir una cuenta en banco, acceso a fármacos, dificultades para alquilar una habitación, toda esta problemática que al final influye directamente en su salud mental y en el consumo de sustancias.”

(Coordinadora de programas)

Así, el desarrollo del programa ha posibilitado dos cuestiones que tornan en fundamentales en el marco de la pandemia: la **atención e intervención telemática en adicciones y el acceso al servicio a personas en situación administrativa irregular.**

Esta última cuestión cobra especial importancia ante las dificultades de otros recursos para admitir a población en situación administrativa irregular, más aún en un contexto de emergencia sociosanitaria que ha conllevado a que muchas personas en esta tesitura hayan visto agravada en gran medida su situación vital:

“El origen de esto era realmente la necesidad de elaborar un modelo de intervención que estuviera especialmente pensado para situaciones en las que es físicamente imposible atender a la población (...) y por otro lado que el grueso de lo atendido en la pandemia eran personas en situación administrativa irregular, porque el grueso de las personas en los alojamientos de emergencia eran personas extranjeras (...) en situación administrativa irregular. Algunos no, fundamentalmente porque eran genas, que habían sido menas y entonces venían de otros circuitos, pero muchas de las personas estaban en los márgenes, nunca mejor dicho.”

(Coordinadora de programas)

En lo relativo al otro programa detectado, se trata de **un recurso residencial de reducción del daño para personas en situación de sinhogarismo consumidoras de alcohol y otras drogas**, que abrió sus puertas durante el confinamiento domiciliario. Se posiciona como un servicio pionero en el Estado español, puesto que es el primer recurso residencial que posibilita el consumo de drogas desde la óptica de la reducción del daño.

“La gente de consumo siempre se queda en la calle y entonces tenemos que apuntar que nosotros abrimos un albergue pensado solo para personas de consumo de drogas. En pleno confinamiento, en tres días tuvimos que decidir: vamos para un albergue, lo abrimos, lo habilitamos y trabajamos todo lo que son procedimientos y modelo funcional de atención para esta población.”

(Director de área)

A este respecto, desde la entidad promotora, se justifica que un 20% de la población sin hogar realiza consumos de drogas y, por esta cuestión, se ven desprotegidos de recursos residenciales. Asimismo, cabe reseñar que el albergue tiene una planificación de género, con plazas para hombres y mujeres:

“El albergue fue el gran aporte del COVID, no hay mal que por bien no venga, es un tipo de servicio por el cual estuvimos luchando por mucho, mucho tiempo, porque la población de consumo de drogas se queda desprotegida de los servicios y los recursos de los sinhogarismo, de los albergues. El veinte por ciento de la población que hay en la calle ya referenciados cuando se hacían los procesos de estudios y de diagnósticos, se queda siempre en la calle por su consumo y además el cien por cien de la población femenina que puede tener algún suceso

de violencia, nunca tiene los recursos de protección por causa de ser consumidora de drogas; el albergue por fin nos da esa posibilidad de atender esa realidad y pusimos en marcha el servicio con un treinta y cinco de mujeres y el resto hombres y actualmente funcionamos con un cincuenta por ciento de mujeres y un cincuenta por ciento hombres.”

(Director de área)

Asimismo, se señala que el recurso posee espacios de consumo supervisado en los que, como novedad, se ha incorporado la dispensación de alcohol:

“El albergue tiene todos sus elementos de reducción de daños con los espacios de consumo supervisado, no solo consumidor inyector sino que incorporamos población alcohólica, la Administración nos preguntó qué hacía con toda la población de alcohol que tampoco es atendida desde los servicios de albergue y dijimos sí, pero nosotros vamos a aplicar un acercamiento de reducción de daños con esta población y vamos a poner en marcha una dispensación de alcohol, eso es pionero, pero estamos muy contentos porque nos lo permitieron hacer.”

(Director de área)

No obstante, dadas las características del recurso y la situación de emergencia sanitaria, fue un proyecto difícil de acordar con la Administración ya que, tal y como se menciona desde la entidad promotora, durante el confinamiento domiciliario la población usuaria tenía la necesidad de salir a proveerse de sustancias:

“Evidentemente, veinticuatro horas, porque duermen y comen ahí y hacen las actividades que se desarrollan también, la condición que pusimos es que la gente iba a salir, nosotros no íbamos a hacer un confinamiento cien por cien, que convenciendo a la gente, que ni nosotros estábamos obligados como personas corrientes que teníamos necesidades para salir, fuera a comprar, fuera farmacia, fuera lo que sea y que nuestra población iba a tener la necesidad de irse a proveer de sustancias y de drogas, otra cosa es si hubiera una gestión de quién iba a salir, con quien salía, llegando a unos acuerdos, evidentemente esto lo conocemos suficientemente, pero podemos convencerlos que es mejor tener la gente confinada un noventa por ciento y no desconfinada un cien por cien.”

(Director de área)

Sin embargo, las evaluaciones realizadas del programa han puesto de manifiesto que, durante el confinamiento, los y las usuarias se quedaron la mayor parte del tiempo en el

albergue y, además, debido a todas las medidas de protección e higiénico-sanitarias desplegadas, se evitó el contagio dentro del recurso:

“Lo que hicimos fue estudios de seguimiento y se mostró que la gente después al final tuvo un confinamiento altísimo, aún salir a comprar, no tuvimos ningún caso de COVID en el albergue, cosa que quedaron sorprendidos, porque pensaban: esto va a ser terrible, consumidores de drogas. Nosotros también estábamos un poco asustados porque al fin de cuentas nuestra población encuentra una colilla en el suelo y la recogen, pero la suerte fue que el COVID no entró en el albergue, pusimos todos los mecanismos de protección que fueran posible y nada salió mal, así que podemos estar contentos de que con eso nos ganamos mucha credibilidad con la Administración.
(Director de área)

3.7 Respuestas a las adaptaciones

Dentro de las adaptaciones metodológicas realizadas desde los diferentes servicios y recursos de atención e intervención en adicciones, cobra especial importancia la valoración percibida por los y las profesionales sobre las **respuestas derivadas de las mismas**.

En términos de alcance, uno de los aspectos que más se ha señalado desde las entidades, ha sido la **pobreza tecnológica** a la que se enfrentan con frecuencia los y las usuarias de los servicios y programas, así como la **escasa alfabetización digital**. En este sentido, se asume que, a menudo, la mayor o menor capacidad de adaptación de las metodologías de trabajo, ha estado enormemente influida por la brecha digital de la población beneficiaria:

“En muchos casos no es cuestión de capacidad de adaptación o de querer hacerlo, sino de poder hacerlo, hay muchas entidades nuestras que trabajan con personas sin hogar o con muy bajos recursos y ¿qué tipo de recursos le podemos ofrecer?”
(Responsable de área)

“Muchas veces lo único que podíamos hacer era seguimiento individual por llamada, es que teníamos familias que no tenían wifi, que no tenían un ordenador, que los ordenadores no le llegaban, y es que no había manera de solucionarlo.”

(Directora de área)

Sobre esta cuestión, con frecuencia se concibe que han sido los programas y servicios dirigidos a personas adultas los que más dificultades han encontrado en este sentido. En esta línea, a nivel general, se asume que la **participación ha bajado precisamente en los programas que trabajan con población adulta**, dadas las mencionadas dificultades tecnológicas:

“Todo lo que ha tenido que ver con la población más adulta, ha sido lo que peor ha salido parado en términos de participación y de acceso a las personas, porque o bien no tenían los medios necesarios, no tenían ni siquiera wifi o, muchas veces en el caso de tener un smartphone o algo que le permitiera conectarse, pues muchas veces no lo sabían usar.”

(Responsable de área)

“Hemos tenido un grave problema de adaptación en muchas áreas, sobre todo porque las personas con las que trabajamos pues tienen muchas dificultades económicas por un lado y de conocimientos informáticos por otro, entonces, la participación ha bajado en muchos programas, no tanto porque nosotros no hayamos dado la opción de hacerlo todo online, sino porque ellos no podían.”

(Coordinadora de programas)

No obstante, desde diversos recursos también se ha señalado que la digitalización de los servicios ha conllevado a un **escenario paradójico**; mientras que se han “perdido” usuarios/as por la incapacidad de contactar con ellos/as por medios tecnológicos, en ocasiones, también se ha producido una intensificación de la atención, cuestión posibilitada por la telematización de los servicios, al suponer para muchas personas una reducción de costes de desplazamientos, compatibilidad horaria y etc.:

“Muchas personas han encontrado como un beneficio de no gastarse tiempo ni dinero, ¿no? Bueno pues yo tengo que pagarme mi tren o mi metro para venir y esto que me ahorro, y me ahorro un tiempo (...) pero a la vez, pues hemos perdido a personas porque no se podían conectar. Entonces ha sido un escenario que no acabas de definir muy bien las ventajas y las dificultades.”

(Coordinadora de programas)

“No te podría decir muy bien, como ha quedado la balanza. Porque hemos perdido la pista a mucha gente por lo que hemos hablado, por la pobreza digital. Pero, a la vez, muchas otras personas lo han visto como algo bueno y, de hecho, han intensificado su asistencia, por la vía virtual, claro.”

(Responsable de programas)

Asimismo, no se puede obviar la **carencia emocional** con la que, a menudo, se percibe la intervención por la vía online. Así, esta cuestión se concibe como un elemento que también ha influido fuertemente en las respuestas que han recibido las adaptaciones metodológicas, en tanto que, muchos/as profesionales entrevistados/as mencionan que, pese a que la telematización ha posibilitado adaptar buena parte de los programas al contexto de pandemia, existe un cariz emocional en esta vía que dificulta el trabajo más personal y que ha supuesto, en ocasiones, tener que trabajar más en lo urgente que en lo cotidiano:

“Yo creo que al final hemos podido adaptar todo un poco a la situación extraordinaria para que el trabajo y los seguimientos no se perdieran, pero no se nos puede olvidar las dificultades que tienen muchas personas pues para abrirse y contar su trayectoria. Pues mucho menos te lo va a contar en una videollamada. Entonces yo creo que esta situación nos ha hecho que podamos trabajar en lo urgente pero que hayamos perdido bastantes casos de continuidad, también un poco por la desafección que da lo online frente a lo presencial.”

(Directora de área)

En el lado opuesto, los **programas dirigidos a jóvenes** y, especialmente los de prevención, se han percibido como mucho **más adaptables al trabajo virtual**, al considerar a esta población con más competencias digitales y recursos tecnológicos:

“Con los jóvenes ha sido todo mucho más fácil, tienen móviles, saben manejar perfectamente un ordenador...ha sido todo mucho, mucho más fácil que con las personas adultas.”

(Técnica de orientación laboral)

“La gran diferencia que yo percibo ha sido la edad de las personas. Todo ha tenido sus complicaciones, pero con los jóvenes era muy sencillo seguir manteniendo el contacto y el trabajo, porque es que son nativos digitales. Sin embargo, a medida que iba avanzando la

edad, pues todo eso se ha perdido muchas veces, porque no se tienen los conocimientos por ejemplo de, vamos a hacer una videollamada, o mírate este curso por aquí...”

(Técnica de formación)

Así, gran parte de los y las profesionales de la prevención (con excepción de quienes vieron cerrados sus programas), han exteriorizado un **incremento, o al menos mantenimiento, de la participación en sus programas**, especialmente durante el confinamiento domiciliario, en términos de seguimiento en RRSS y en la participación en actividades virtualizadas de ocio y tiempo libre:

“Semanalmente nos vamos dando cuenta que tiene mogollón de visualización en Instagram; o sea, que ya no es sólo la gente que atendíamos normalmente que nos seguían, sino que había videos que tenían 200 visualizaciones, empezaban a crecer los followers en Instagram, y entonces dijimos ¡Ostras, pues vamos a utilizar esto! ¿No? Y empezamos como a especialarnos mucho en el tema de edición de video...seguimos manteniendo un aforo de 15 personas cuando normalmente nosotras podíamos llegar a albergar pues un viernes, por ejemplo, imagínate, un viernes, un sábado que eran los días así grandes, 50-60-80 personas en actividades especiales ¿no? Entonces claro, esto nos da ese equilibrio de decir vale, sí, todo lo que estamos perdiendo por los aforos lo estamos ganando también por la intervención que se

está haciendo online ¿no?”

(Coordinadora de programas)

“Las actividades de ocio y tiempo libre han tenido mucho éxito, sobre todo durante el confinamiento. Te diría que de los tres programas que llevamos, quizás solo hemos perdido la pista a 4 o 5 chicos. Ha tenido un seguimiento muy alto, también porque tenían los medios y la disponibilidad para hacerlo.”

(Directora de área)

Sin embargo, es necesario reseñar que, pese a que los programas dirigidos a jóvenes se hayan readaptado desde esta noción, con frecuencia los y las profesionales también han mencionado la **pobreza tecnológica a la que muchos y muchas jóvenes se enfrentan**, cuestión que ha influido en sus posibilidades de participación:

“Es verdad que el seguimiento con jóvenes ha sido mucho más ágil y sencillo, pero no se nos puede olvidar que muchos y muchas sufren de grandes carencias económicas, en casas dónde no hay wifi o tienen un ordenador para cuatro hermanos. Y claro, trabajar con esos recursos es

muy complicado, por muy jóvenes que sean. Entonces nos ha sido difícil hacer el seguimiento con varios chicos.”

(Responsable de programas)

“Nosotros asumimos en un principio que los programas de prevención iban a ser mucho mejor adaptables por los conocimientos que tienen. Y hay una gran verdad en ello, pero también nos hemos encontrado con muchos que no podían participar porque no tenían con qué hacerlo.

Casos en los que, de hecho, se perdió el contacto incluso con sus centros educativos.”

(Coordinadora de programas)

En último término, también se reseñan las maneras en las que las adaptaciones metodológicas han influido en la actividad laboral de los y las profesionales. A este respecto, la mayor parte de entidades entrevistadas han mencionado el sobreesfuerzo que los y las trabajadoras han tenido que realizar para poder llevar a cabo estas adaptaciones; esta **alta carga de trabajo** ha respondido, fundamentalmente, a cuatro motivos:

1. Las frecuentes modificaciones de protocolos y planes de contingencia han requerido de un constante trabajo por **adaptar los programas a las normativas vigentes**:

“Es que hemos tenido que hacer también un esfuerzo muy grande cada vez que cambiaban las medidas (...) teníamos que volver a repensarlo todo y eso ha requerido una cantidad ingente

de horas de trabajo.”

(Director de área)

2. La realización de grupos burbuja de profesionales en los diferentes servicios y programas, ha supuesto de manera frecuente la **ampliación/condensación de las jornadas laborales**:

“Han intentado atender a todo el mundo y lo han hecho desdoblándose muchas más horas, haciendo terapias online con menos personas, pero en más sesiones, incluso sábados y

domingos, esto ellos sí que han trabajado muchísimo.”

(Responsable de Plan Municipal de Adicciones)

3. El cierre físico de Servicios Sociales y Ayuntamientos ha supuesto en muchas ocasiones el **desvío de demandas o peticiones** por parte de los/as usuarios/as a las entidades con las que tienen relación:

“Como nos pilló tan de repente y estaban tan perdidas las personas y son tan vulnerables, que lo que venían demandando eran cosas muy básicas, que no sabían adónde recurrir, porque

estaban todos los servicios cerrados, eran muchas personas que habían perdido el empleo, personas que se habían quedado sin comedor para ir a comer, era muy de necesidades muy básicas, que casi no eran nuestro cometido, pero no tenían dónde recurrir.”

(Técnica de orientación laboral)

“La red de adicciones al no cerrar acabó haciendo muchas de las funciones de servicios sociales que habían cerrado y no hacían atención, acabamos tramitando ayudas, haciendo cosas que eran mucho más sociales desde los servicios que sí que estaban abiertos.”

(Directora de área).

“En términos de reducción de daños, hemos de decir que tuvimos una situación muy difícil, pues la población que acudía a comedores se quedó sin poder ir a los comedores sociales y dispusimos un abordaje de dar comida desde el propio servicio, lo que después tuvimos que ajustar porque no solo era nuestra población drogodependiente, el cincuenta por ciento se encuentra en situación de calle, sino que también habían muchos vecinos que también tenían dificultades alimenticias y llegamos a tener colas importantes de población en nuestro servicio de reducción de daños que venían a buscarnos comida, que nos la daba una organización.”

(Director de área)

4. Por último, cabe señalar el **tiempo de formación** que muchos profesionales ha necesitado invertir para poder sacar adelante los programas y servicios por vía virtual:

“Nosotras como te decía ya usábamos redes sociales, pero a este nivel ni de broma; o sea, a este nivel ni de broma porque..., bueno, también se puede ver la evolución en el Instagram de los vídeos ha sido, ha sido tremenda ¿no? Del primer video ahí que te grabas como de andar por casa, a los videos que hacemos ahora que bueno, no te digo que son de carácter profesional pero bueno, que el cambio y la evolución ha sido muy notable y para llegar a eso le hemos tenido que invertir muchas horas de trabajo y aprendizaje.”

(Coordinadora de programas)

“La brecha digital no ha sido solo con los usuarios sino con los técnicos hay sido más evidente que nunca, esto de que tienes siempre pendiente de: tengo que mirar esto, tengo que hacer lo otro, como que te ha venido de golpe y has tenido que echar más horas para investigar y hacer cositas y luego todo el material que tienes que adaptar a la formación en este caso y a las reuniones que se hace por vídeo llamada y que no tienen nada que ver con lo presencial, fue muchísimo curro en ese lado y por parte de los técnicos también fue ponerse al día, ver qué plataformas digitales hay, cómo funcionan y adaptación de contenidos y metodología de trabajo.”

(Técnica de formación)

Resumen 11. Resumen sobre las principales respuestas a las adaptaciones detectadas

- Asunción de la pobreza tecnológica y la escasa alfabetización digital que atraviesa a muchos/as usuarios/as, como los elementos externos que más han influido en las capacidades de adaptación de las metodologías de trabajo.
- Las adaptaciones online con población adulta han supuesto un escenario paradójico: a pesar de que algunas personas usuarias han podido intensificar su participación gracias a ellas (en términos de reducción de costes de desplazamientos, mayores posibilidades de compatibilidad horaria, etc.), otras personas, han perdido por completo la conexión con los programas, debido a la brecha digital que les atraviesan.
- Percepción de los programas de prevención y, especialmente los destinados a la población joven, como los más sencillos de adaptar a la vía online, dadas las mayores capacitaciones tecnológicas que se asumen sobre esta población.
- Mayor carga de trabajo entre los y profesionales a raíz del estallido de la pandemia (reformulación de metodologías de trabajo/ ampliación y condensación de las jornadas laborales/ asunción de competencias externas/ inversión de tiempo en formación)

3. Retos de futuro y adaptaciones consolidadas

3.1 Retos de futuro

Como se ha venido señalando hasta ahora, existen diferentes elementos (como el área de trabajo, la CCAA o la dependencia administrativa) que han influido fuertemente en las capacidades de adaptación de las metodologías de trabajo. Sin embargo, existen una serie de elementos que se tornan en comunes a casi todas las entidades entrevistadas, en lo referido a los **retos que todavía quedan pendientes de superar para terminar de adaptar las metodologías de trabajo a la situación de crisis sociosanitaria y a los cambios de escenarios normativos que de ella derivan**. Así, se detectan principalmente tres cuestiones que, desde las organizaciones, se asumen que son las principales brechas metodológicas que quedan pendientes de resolver:

1. **Realizar seguimientos y evaluaciones sobre las adaptaciones telemáticas que se han llevado a cabo**, para detectar las carencias y las brechas de atención percibidas por parte de los/as usuarios/as a través de esta vía:

“Nos queda todavía yo creo que algo muy importante: evaluar lo que hemos hecho, que nos digan los usuarios qué les parece, qué falla, qué hay de bueno. Eso es un esfuerzo que vamos a tener que hacer en todos los recursos, pero es imprescindible para su buen funcionamiento.”

(Directora de área)

“Tenemos pendiente hacer evaluaciones de las adaptaciones (...) es algo que yo lo concibo como básico y que tenemos que hacer, para poder ver si, efectivamente todo lo que hemos hecho, ha tenido resultados positivos.”

(Coordinadora de programas)

2. Rediseñar las metodologías online desde una óptica que parta menos de la urgencia y que, vistas las ventajas que en muchas ocasiones facilita lo online, se consiga **fusionar de una manera compacta y lineal la atención presencial**:

“La vía online te da la posibilidad de mantener un contacto, pero había mucha gente con cuestiones de necesidad importante y que precisaban atención directa y que es un tipo de atención que nunca puede suplir la atención online a la directa (...) toda la intervención que hicimos desde lo online fue de urgencia por la situación. Nos queda pendiente repensarlo todo mejor, para proponer un modelo homogéneo entre lo presencial y lo online, que tenga sentido y continuidad.”

(Director de área)

“Nos queda un esfuerzo considerable para que podamos conjugar perfectamente la vía telemática y la presencial. Porque son modelos que ya están aquí y van a convivir. Entonces tenemos que pensar estrategias coherentes y que se retroalimenten mutuamente.”

(Coordinadora de programas)

3. **La necesidad de proveer de recursos tecnológicos y capacidades digitales a los/as usuarios/as de los programas**, para que éstos/as puedan hacer frente a la participación de pleno derecho en los programas, ante un contexto social y administrativo cada vez más tendente a la digitalización de los servicios:

“Es que yo creo que no podemos hablar de plena adaptación hasta que las personas con las que trabajemos tengan medios dignos para poder trabajar por la vía online. Es que además todos los procesos de digitalización se están acentuando cada vez y la pobreza tecnológica es cada vez más una cuestión de exclusión ciudadana.”

(Directora de área)

“Lo primero son los medios de las personas usuarias, que se les facilitaran medios. Sí, aunque no sepan utilizarlos, para eso estás tú, para ayudarles a utilizarlos, ¿pero si no tienen medios? eso es lo primero que veo, hay un déficit que habría que cubrirlo de alguna manera, los medios para las personas usuarias.”

(Técnica de formación)

3.2 Adaptaciones consolidadas

Aunque a partir de junio de 2020, muchos de los servicios pudieron aliviar gradualmente algunas de sus medidas, las sucesivas oleadas de Covid-19 han puesto en evidencia la necesidad de reconfigurar los programas de atención a las drogodependencias sin una duración definida en el tiempo. En conjunción con esta cuestión, las adaptaciones metodológicas llevadas a cabo tras el estallido de la pandemia, en muchas ocasiones se han percibido como ventajosas, a la hora de integrarlas en los modelos habituales de trabajo, de manera independiente a la crisis socio sanitaria.

En este sentido, a través del análisis de los discursos, se han detectado diversas adaptaciones que los y las profesionales perciben como cuestiones metodológicas que han llegado a las entidades para quedarse; éstas, a nivel general, pueden agruparse a través de cuatro líneas:

1. **Implantación de reuniones virtuales internas y externas de manera habitual**, al percibirse que la telematización de las mismas posibilita una mayor agilidad en la coordinación entre entidades, administraciones y usuarios/as, así como una mayor facilidad a la hora de poder agendar reuniones:

“El tema de las tecnologías y las reuniones virtuales e incluso el uso combinado de cuestiones virtuales o presenciales, ya no solamente nosotros como equipo con las entidades, sino desde las entidades para las personas usuarias (...) eso ha venido para quedarse, claro que tendremos que lograr el equilibrio según vayamos avanzando, lograr equilibrio de la parte que sea presencial, del contacto, de conocer a las personas, de conocer cuál es su realidad, para seguir utilizando estos medios, para evitar desplazamientos innecesarios, esperas.”

(Responsable de área)

“Seguiremos utilizando tanto la reunión online y me parece que es interesante, ahora podemos estar hablando y no tengo que ir a Madrid, con el hartón de Ave que me hacía yo antes y eso es muy bueno, el tema es que hay días que puedes trabajar perfectamente desde casa, si no estás en atención directa lo puedes hacer perfectamente, entre otras cosas porque tienes

*despachos que son compartidos y nos estamos pisando unos a otros continuamente y con
online no.”*

(Director de área)

*“La parte de coordinación con otras instituciones de forma online y de forma telemática también
es algo que a lo largo de la pandemia hemos aprendido todos los profesionales un poco a
normalizar y a hacerlo como algo habitual y realmente creo que también ha venido para
quedarse porque es algo que ahorra mucho tiempo.”*

(Coordinadora de programas)

2. **La integración de metodologías de trabajo online y digitales** (siempre que la actividad lo permita), en combinación con la atención presencial llevada a cabo de forma habitual:

*“Yo siempre lo he dicho: vale, que se vuelva a lo presencial pero lo online se tiene que quedar,
porque hemos visto que es fácil, hemos visto que hay mucha gente que no sabe hacer un
currículum o no sabe rehacer un correo, pero sí que sabe conectarse y entonces sí puede
hacer esto y eso les motiva y es algo que para aquella gente que tiene más dificultad de salir
de casa por ciertas circunstancias, el poder contactar con ellos.”*

(Técnica de formación)

*“Creo que sobre todo servicios ambulatorios, hay muchas personas que el hecho de
desplazarse podría ser un problema para ellas y sobre todo por ejemplo servicios de
psicoterapia (...) a raíz de la pandemia hay muchas personas que prefieren porque a lo mejor
su lugar de trabajo o su lugar de residencia está lejos de donde nosotros tenemos las oficinas
y prefieren seguir haciéndolas online, y seguiremos haciéndolas online, como una opción, es
decir, no se plantea de, es online, sino, si no te va bien venir tienes la opción de hacerlo online,
como una opción que les podemos ofrecer a las mujeres o a las personas en general, y eso yo
creo que también está para quedarse.”*

(Dirección de área)

*“Lo que estamos haciendo es reconvertir nuestra oferta, la visual con videos, etc., pensando en
que los colegios no van a aceptar mucha presencia, por lo menos creemos que en el próximo
curso, pero que tenemos que seguir ofreciendo, bueno, pues no solamente siendo referentes
sino también ofreciendo una respuesta rápida, telemática y demás; entonces, en ese sentido,
tanto en lo comunitario, educativo, y demás, como decía el otro día, estamos mejorando la
calidad de lo que vamos a ofertar telemáticamente, que viene para quedarse y yo creo que está
bien, viene para quedarse sin olvidarnos de lo presencial.”*

(Subdirectora General de Adicciones)

3. Intensificación del uso de RRSS por parte de las entidades, como estrategia de comunicación, sensibilización y difusión:

“Ahora mismo todo lo que podamos hacer por supuesto presencial lo dejaremos, pero toda la parte online va a estar totalmente abierta a todo, por supuesto el tema de redes sociales es una nueva parte de la intervención y es muy importante en el proyecto.”

(Coordinadora de programas)

“El uso de redes sociales, es decir, de siempre hemos utilizamos Instagram, pero ahora utilizamos mucho más, entonces todo eso yo tengo muy claro que ya lo vamos a usar de manera habitual como parte de nuestro trabajo.”

(Técnica de prevención)

“Ha venido para quedarse en la prevención todo el trabajo de plan comunicativo, lo que sí es que evidentemente no podemos renunciar a nuestro trabajo comunitario y de encuentro con la población, que es la que tiene sentido para la prevención y el modelo preventivo que nosotros creemos en él, así que nos obliga a pensar cómo conseguir recursos para Community Manager.”

(Director de área)

4. El mantenimiento del contacto con las familias a través de videollamadas, en todos aquellos recursos que requieren del aislamiento de los/as usuarios/as (comunidades terapéuticas, prisiones, etc.):

“Se va a quedar la introducción de video llamadas con los niños desde el inicio, y la introducción en vez de llamar por teléfono que fueran video llamadas que esto no lo teníamos nosotras, nosotras era todo siempre por teléfono, y ahora creemos que es mucho más rico que sea así por videoconferencia, que se vean, que puedan ver cómo están también físicamente, no solo por voz, y eso creo que ha sido un cambio en positivo también, que ha ayudado.”

(Dirección de programas)

“Lo de las videollamadas que era algo que en prisiones era algo como imposible, cierto es que se vio los beneficios de las videollamadas, el que ellos pudiesen ver las caras de sus familiares y tal también evitaba muchos conflictos, evitaba muchas situaciones de estrés, de malestar en los internos; entonces, todo eso sí que se ha dado cuenta Instituciones Penitenciarias, de los beneficios. Entonces eso es algo que sí que se va a quedar, porque es objetivamente mejor.”

(Coordinadora de programas)

“La posibilidad de más contacto con las familias y de incorporar lo telemático y las intervenciones telemáticas se va a quedar. El tema de relajar algunas normativas yo creo que también se va a quedar, o sea todo lo que tiene que ver con más contacto con la familia se va a quedar.”

(Directora de programas)

5. Y, finalmente, **la programación permanente de formaciones/seminarios en formato virtual**, como herramienta que posibilita la participación y el alcance de un mayor número de personas:

“Antes convocabas algo y muchas veces venían 60, 70 personas, no caben más de 80 personas, se puede retransmitir, pero la gente veía lo que veía, ¿no? Ahora haces una convocatoria y en el webinar a lo mejor si el tema es de interés hay 200 y 300 personas ahí detrás viéndolo. Y eso se va a quedar.”

(Subdirector de programas)

“El tema de sobre todo la formación online, que estaba entrando como poco a poco, la experiencia nuestra era que la mayor demanda era prácticamente un 80% presencial y un 20 online, todo eso está cambiando. Es verdad que ahora mismo que salimos de una situación de estar confinados, casi de que no puedes hacer lo que quieres, hay más tendencia a lo presencial que a lo online, pero lo online ha venido; bueno, estaba ya, pero para coger un tramo importante, sobre todo en el aspecto de la formación.”

(Responsable de plan Municipal de Adicciones)

4. CONCLUSIONES

El análisis de las adaptaciones metodológicas llevadas a cabo por las entidades del Tercer Sector en materia de adicciones sugiere **una pluralidad de escenarios, complejos de sistematizar, dada la diversidad de casuísticas que los interpelan**. Así, cuestiones como la Administración de referencia de los proyectos, la CCAA de pertenencia -en materia de normativas y restricciones-, las desigualdades territoriales, la consideración del ámbito de las adicciones como un área de trabajo secundaria o el área de trabajo al que se adscriben los diferentes programas, han determinado en buena medida las capacidades de adaptación de cada recurso, al haber tenido una gran capacidad de definición de las actividades que se han asumido como esenciales o no y, en consecuencia, los recursos (tecnológicos, económicos y de protección) disponibles para cada uno de ellos. Por tanto, resulta complejo aplicar una lógica única a las maneras en los que los distintos programas han podido actuar y amoldarse a la crisis sociosanitaria, pero existen elementos que se detectan comunes o muy extrapolables a la mayor parte de los servicios analizados.

A este respecto, de manera general, los **programas relativos a la atención directa y la reducción del daño**, han sido los que menos problemas de justificación administrativa han tenido para poder seguir funcionando, al considerarse, con frecuencia, servicios esenciales. Sin embargo, la naturaleza física de su trabajo, la necesidad de trabajar en la urgencia, **el perfil socioeconómico de las personas a las que atienden y la brecha digital que atraviesan, ha complejizado en mucho sus capacidades de adaptación en términos virtuales**. Así, la continuación de los programas de manera segura se ha basado fundamentalmente en el despliegue de recursos higiénicos y de protección, así como en la creación de grupos burbuja de trabajadores/as y usuarios/as. No obstante, han surgido interesantes innovaciones en este sentido, como la dispensación a domicilio de tratamientos sustitutivos, el seguimiento de usuarios/as por vía virtual o la implantación de videollamadas con familiares en servicios residenciales. Asimismo, han emergido algunos programas diseñados especialmente para la actuación durante la pandemia, que

han puesto en evidencia algunas necesidades “pre-COVID” en materia de atención a las personas con problemas de adicciones y que se han posicionado como referentes de actuación en este sentido.

Por su parte, los **programas de prevención, sensibilización y formación** han sido los que más trabas administrativas han tenido para poder continuar con su actividad, al considerarse como actividades no esenciales, sufriendose, incluso, el cierre de programas, fundamentalmente de carácter escolar. Sin embargo, las experiencias narradas, han puesto de relieve sus grandes capacidades de adaptación al contexto del confinamiento domiciliario y posteriores fases de desescalada, al haber desplegado una gran batería de recursos virtuales que les ha permitido continuar con su actividad sin demasiada dificultad. De la misma forma, el perfil de población usuaria (a menudo joven), ha facilitado la comunicación y el trabajo vía online, al asumirse como una población inmersa en el universo digital, con grandes predisposiciones a trabajar a partir de esta vía.

Asimismo, cabe reseñar que la continuación de los programas en situación de crisis sociosanitaria y las adaptaciones que han emergido de esta situación, han requerido de una **gran carga laboral para muchos/as de los y las profesionales de la red de adicciones** en términos de horarios de trabajo y de necesidades de formación derivadas de la pandemia. A su vez, con mucha frecuencia, las entidades que forman parte de la red se han visto en la necesidad de asumir trámites y gestiones que no eran de su competencia directa, al recurrir los usuarios/as a ellas tras el cierre presencial de Servicios Sociales y ayuntamientos, conllevando, nuevamente, a una sobrecarga de trabajo por parte de los y las profesionales.

Finalmente se señala que, a pesar de que las **adaptaciones metodológicas** llevadas a cabo se han basado en un motivo de fuerza mayor, muchas de ellas **han llegado para quedarse en materia de intervención**. En este sentido, ha cobrado especial relevancia la instauración de metodologías de trabajo mixtas -en términos de presencialidad y virtualidad-, al contemplarse como una realidad que se ha consolidado en muchas entidades. Desde esta óptica, la vía online se percibe como una herramienta que posibilita el trabajo con muchos/as usuarios/as a los y las que, por costes de desplazamiento o conciliación horaria (entre otros), les es complejo asistir a los programas de manera habitual. Sin embargo, esta posibilidad de trabajo online siempre se ve necesaria de

compaginar con las metodologías habituales de trabajo presencial, debido a la mayor apertura emocional que posibilita el encuentro físico, así como la brecha digital que atraviesa a muchos/as usuarios/as y que les impide participar en los programas de manera online.

