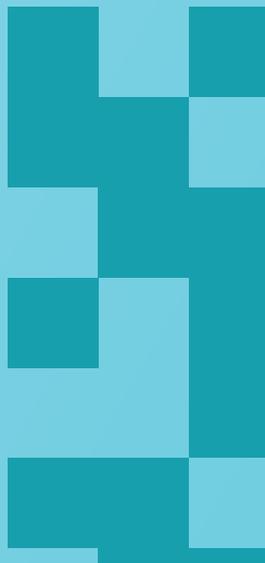




# **PROTOCOLO DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA REDUCCIÓN DEL DAÑO Y LA EXIGENCIA ADAPTADA**



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS  
CONSEJERÍA DE SALUD







# **PROTOCOLO DE BUENAS PRÁCTICAS**

## PARA LA REDUCCIÓN DEL DAÑO Y LA EXIGENCIA ADAPTADA



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SALUD

---

**Coordinación:**

Mónica Regueira Álvarez – Consejería de Salud

**Autoría:**

Mónica Regueira Álvarez, coordinación y redacción final – Consejería de Salud

Cristina Avella Camarero – Fundación Albergue Covadonga

Iván Álvarez Sánchez – Comité Ciudadano Antisida

Cristina Díez Benavides – Asociación colectivo Nacai

María Luisa Espina Alonso – Cáritas CEA

Montserrat de Miguel Fernández – Fundación CESPAN – Proyecto Hombre

Pablo Puente Baldomar – Fundación Siloé

Andrea Vega García – Fundación por la Acción Social Mar de Niebla

**Colaboradores:**

Julia M<sup>a</sup> Castro Aller, Covadonga Alonso Mallada, Sandra Canteli Díaz, Cruz Fernández Héres,

M<sup>a</sup> Dolores Fernández Horcajo y Horacio Maciel Barreiro

**Apoyo Administrativo:** Cristina Cuesta Seijo, M<sup>a</sup> Isabel Fernández Ribao

**Revisión lenguaje inclusivo:** Mónica Regueira Álvarez

**Revisión bibliográfica:** María Camino Gontán Menéndez

**Agradecimientos:**

Luisa María González Gutierrez, María Rosario Hernández Alba, José Ramón Hevia Fernández,

Diego López, Pedro A. Marina González, Alejandra Menéndez Robledo, Asunción Modino

Turienzo y Pablo Ruiz Errea

---

**Depósito legal:** AS 02055–2019

**Edita y promueve:**

Gobierno del Principado de Asturias.

Consejería de Salud.

Dirección General de Salud Pública.



La propiedad del presente material pertenece al Gobierno del Principado de Asturias reconociendo en todo momento los derechos de los autores del documento.

Los derechos de explotación de la obra quedan reservados al Gobierno del Principado de Asturias.

Forma de citar el presente documento: Asturias. Gobierno del Principado, Consejería de Salud (2019).

*Protocolo de buenas prácticas para la reducción del daño y la exigencia adaptada. Oviedo.*

1. Introducción. . . . .	5
2. Marcos legislativos . . . . .	6
2.1. Legislaciones europeas . . . . .	6
2.2. Legislación estatal . . . . .	7
2.3. Legislaciones autonómicas . . . . .	7
2.4. Legislación local . . . . .	8
3. Objetivos y método de elaboración del protocolo y grupo de trabajo. . . . .	9
4. Marco Conceptual y de Intervención . . . . .	10
4.1. Introducción: conceptos y principios teóricos . . . . .	10
4.2. Perfil de las personas atendidas. . . . .	13
4.3. Características de la intervención: . . . . .	14
4.3.1. Conceptos claves . . . . .	14
4.3.2. Características significativas de la intervención. . . . .	16
4.3.3. Metodología y herramientas de intervención . . . . .	18
4.3.4. Perfiles profesionales . . . . .	23
4.3.5. Perspectiva bioética de la intervención . . . . .	26
4.4. El trabajo de calle: la intervención paradigmática en RRD. . . . .	27
4.4.1. Concepto y características . . . . .	27
4.4.2. Metodología y herramientas de intervención . . . . .	30
4.4.3. Actividades desarrolladas en el contexto de trabajo de calle . . . . .	34
4.5. Derechos y deberes en los centros de atención . . . . .	38
4.6. Transversalidad de género en la atención. . . . .	39
4.7. La salud mental en la perspectiva de RRD . . . . .	41
5. Clasificación y tipología de los dispositivos en Asturias . . . . .	44
6. Conclusiones y recomendaciones del grupo de trabajo . . . . .	56
7. Glosario de términos . . . . .	58
8. Referencias bibliográficas . . . . .	63
9. Anexos. . . . .	70



## 1. INTRODUCCIÓN:

Los programas, servicios y recursos de reducción del daño, baja exigencia o exigencia adaptada (como decidimos denominarlos) llevan años dando respuesta en Asturias a las necesidades de las personas en situaciones de vulnerabilidad, pobreza y exclusión social. El concepto de exigencia adaptada nace de la necesidad de buscar una terminología que sea capaz de agrupar un modo de hacer y una tipología de intervención característica de las distintas entidades que trabajan en este tipo de recursos. Las características principales que deben reunir los programas, recursos y servicios de exigencia adaptada son:

- Ser espacios que satisfagan las necesidades básicas de carácter personal, psicológico y social.
- Ser espacios o servicios generadores de vínculos, pertenencia, así como de relaciones de buen trato, entre hombres y mujeres en situación de vulnerabilidad.
- Ser espacios flexibles, empáticos y que ayuden a sentar las bases para integrar, normalizar y avanzar en cada proceso vital.

La manera de intervenir en exigencia adaptada debe ajustarse a la modalidad de cada centro y a las necesidades de cada persona y servirá de guía a la hora de elaborar los planes de tratamiento o intervención socioeducativa.

En sus años de trayectoria, los programas y recursos de exigencia adaptada, han prestado y prestan atención a la población usuaria en contextos y situaciones complejas (crisis de heroína, aparición del VIH, cierre del hospital psiquiátrico, crisis económicas y otras situaciones multiproblemáticas). Estos recursos se han ido adaptando, aprendiendo y evolucionando, en muchas ocasiones, de forma autodidacta, debido a la escasa bibliografía en la que apoyar sus intervenciones.

Dada la dificultad de unificar una tipología de atención que es muy amplia, compleja y con situaciones vitales muy distintas (personas drogodependientes, con enfermedad mental, con limitaciones funcionales, con enfermedad crónica, personas víctimas de violencia, etc...), y dada también la tipología de los recursos o servicios en los que los/las profesionales trabajan, éstos van convirtiéndose en “expertos” en proyectos vitales sacudidos por la adversidad y el sufrimiento.

Se han ido creando y modificando estructuras, recursos y equipos. Se han elaborado y modificado normativas y horarios; se han puesto y quitado tabiques, literas, sofás, tumbonas. Se han cerrado puertas y se han abierto otras. A base del contacto entre los distintos recursos se ha tejido una red sin saber que tras cada llamada o cada intercambio de correos ésta se iba extendiendo.

En el año 2017, tras varias reuniones en las que las y los profesionales de los recursos de exigencia adaptada manifestaban sus dificultades en el trabajo diario y su necesidad de reflexión y formación, surgió la idea de elaborar un documento que sirva de guía para el trabajo diario.

## 2. MARCOS LEGISLATIVOS

La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) se manifiesta en su Art. 25.1 “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad.

El pacto Internacional de Derechos Económicos, sociales y culturales, de 16 de diciembre de 1966 es el instrumento internacional que ha desarrollado los derechos sociales y a cuyo cumplimiento se han comprometido los estados firmantes que “reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados y a una mejora continua de las condiciones de la existencia. Los Estados parte tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento.

### 2.1. Legislaciones europeas

La construcción europea, desde sus inicios, lleva parejo un compromiso y un esfuerzo de los Estados miembros en la lucha contra la pobreza y la exclusión social. Acuerdos significativos han sido la Carta Social Europea (1961), la Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores (1989), el Tratado de Maastricht (1993) o el Tratado de Ámsterdam (1999), entre otros.

Así mismo, la recomendación 92/441/CEE del Consejo, de 24 de junio de 1992, establece la necesidad de que los países miembros dispongan de recursos y prestaciones garantizadas, suficientes, estables y regulares para combatir la exclusión social, y, en este mismo sentido, tomen medidas en materia de salud, vivienda, formación y acceso al empleo. Que reconozcan, dentro de un dispositivo global y coherente de lucha contra la exclusión social, el derecho fundamental de la persona a recursos y prestaciones suficientes para vivir conforme a la dignidad humana y que adapten en consecuencia, en la medida de lo necesario, con arreglo a los principios y orientaciones expuestos a continuación, sus sistemas de protección social.

## 2.2. Legislación estatal

La Constitución Española establece y desarrolla una serie de artículos que retoman aspectos de seguridad, protección y asistencia social. Serán las Comunidades Autónomas, a través de su desarrollo normativo y competencial establecido en la propia Constitución, quienes empezarán a legislar estas cuestiones y a diseñar las políticas de inclusión social propias (complementando con las prestaciones de la Seguridad Social e implementando un conjunto cada vez mayor de dispositivos, servicios y prestaciones para combatir la pobreza y la exclusión social en sus territorios).

Dentro del Contexto Nacional, la principal herramienta de lucha contra la exclusión social en España durante la década de los 90 fueron los programas de rentas mínimas de inserción (IMI en Asturias) que fueron ejecutados por todas las comunidades autónomas.

El camino hacia los actuales sistemas públicos autonómicos de servicios sociales ha sido largo, intenso y dispar. Pero, no cabe ninguna duda que una de las mejores vías y mecanismos para la conformación de las políticas de inclusión social en nuestro país han sido los programas de reformas y los planes de inclusión social (nacionales, autonómicos y locales).

Desde que se adoptó la Estrategia de Lisboa (2000), España ha cumplido las directrices europeas y ha presentado siete Planes Nacionales de Acción Social: 1. PNAin 2001-2003, 2. 2003-2005, 3. PNAin 2005-2006, 4. PNAin 2006-2008, 5. PNAin 2008-2010, 6. PNAin 2010-2012 y 7. PNAin 2013-2016.

El Plan Nacional de Inclusión Social 2013-2016, recoge una serie de medidas para la atención de los grupos más vulnerables y establece una serie de actuaciones específicas para personas sin hogar y personas con problemas de adicciones entre otras.

## 2.3. Legislaciones autonómicas

El Principado de Asturias, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 10.1.24 de su Estatuto de Autonomía, ostenta competencias exclusivas en materia de asistencia y bienestar social recogidas en la Ley de Servicios Sociales del Principado de Asturias 1/2003 de 24 de febrero y sus modificaciones. Dicha Ley, ordena, organiza y desarrolla un sistema público de servicios sociales, y regula la iniciativa privada en esta materia, para la consecución de una mejor calidad de vida y bienestar social. Además, la ley, establece entre sus prestaciones, medidas dirigidas a prevenir la exclusión social y a promover la autonomía de las personas, medidas dirigidas a garantizar ingresos mínimos y fomentar la inclusión social.

La Ley de Salario Social Básico 4/2005 de 28 de octubre, establece una garantía de ingresos mínimos selectivo, dirigido expresamente a superar las situaciones de pobreza grave y severa. Se complementa con apoyos personalizados tendentes a promover la incorporación e inserción social y laboral de las personas beneficiarias. La Ley reconoce además en sus artículos 28 y 32 la necesidad de que la Administración del Principado de Asturias elabore de manera periódica un plan autonómico de inclusión social. Por ello, el Principado de Asturias elabora su primer Plan de Inclusión Social 2009-2011. Actualmente, se encuentra vigente el Segundo Plan de Inclusión Social 2013-2017.

El plan de Inclusión Social para Asturias 2013-2017 se rige, se instrumenta y se desarrolla con una doble motivación central:

- *Luchar contra los factores, dimensiones y procesos de vulnerabilidad, pobreza y exclusión social que están vigentes en el Principado de Asturias a través de la elaboración e implementación de un conjunto integral y coordinado de medidas y actuaciones que promuevan la inclusión social (activa) de todos sus ciudadanos, especialmente de las personas y grupos más vulnerables.*
- *Avanzar y consolidar un sistema público de servicios sociales que permita construir una sociedad asturiana cada vez más inclusiva y cohesionada socialmente. Ello significa que deberá ser capaz de garantizar niveles óptimos de bienestar social y calidad de vida de todos los ciudadanos, respondiendo de manera efectiva y eficaz a las nuevas necesidades, así como a los retos y desafíos en materia de inclusión social para los próximos años.*

En el Plan Autonómico se establecen medidas destinadas a diversos colectivos en riesgo, entre ellos, personas sin hogar o personas drogodependientes. Para dar respuesta específica a las necesidades de las personas con problemas de drogodependencia se aprueba la Ley 4/2015 de 6 de marzo de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas.

## **2.4 Legislación local**

En el ámbito local, algunos Ayuntamientos cuentan con normativa propia para gestionar los programas o recursos de atención de las personas sin hogar.

### 3. OBJETIVOS Y MÉTODO DE LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO Y GRUPO DE TRABAJO

La Dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias a través del Plan de Drogas, crea en Junio de 2017 un grupo de trabajo compuesto por nueve profesionales (tanto de la Consejería de Sanidad como de una selección de programas y dispositivos de reducción de riesgos y daños). Para la selección de las personas del grupo de trabajo, se ha tenido en cuenta la tipología de los recursos, a quiénes van dirigidos, o la ubicación de los mismos, entre otras características destacables para la clasificación. Esta distribución busca que el grupo de trabajo sea lo más heterogéneo posible, y que en él se encuentren reflejados la mayor parte de tipologías de recursos y programas vinculadas a la metodología de reducción de riesgos y daños (RRD) baja exigencia existentes en el principado de Asturias. Este grupo motor de nueve profesionales, realiza una serie de reuniones de trabajo con carácter operativo y participativo en las que reflexionan, comparten experiencias, confrontan opiniones, debaten y realizan propuestas con el fin de elaborar un documento base que sirva de guía y facilite el trabajo desde la metodología de RRD. Para el asesoramiento al grupo de trabajo, se ha contado con profesionales de referencia en el campo de la psiquiatría, programas y recursos de baja exigencia de otras Comunidades Autónomas, etc.

Una vez elaborado el borrador del protocolo de buenas prácticas, se distribuye entre los dispositivos de RRD del Principado de Asturias, distintos profesionales de la Consejería de Bienestar Social, Servicios Sociales Municipales y SESPA para incorporar las aportaciones de los distintos profesionales que conforman la gestión y/o la atención a la población usuaria de estos recursos y programas.

#### **OBJETIVOS:**

Con la elaboración del presente documento de Protocolo de Buenas Prácticas de intervención en los programas y dispositivos de Reducción de Riesgos y Daños, se persiguen los siguientes objetivos:

#### ***Objetivo general***

Mejorar la atención a las personas usuarias de los programas y recursos de bajo umbral de intervención dotando a las/los profesionales de una herramienta que les sirva de guía en su trabajo diario.

#### ***Objetivos específicos***

- Conocer la situación actual de las personas que están utilizando esta tipología de recursos.

- Contribuir a la mejora del estado de salud y las condiciones de vida de las personas con conductas adictivas activas.
- Facilitar el acceso y la permanencia de todas las personas susceptibles de beneficiarse de este tipo de programas.
- Realizar una coordinación eficaz entre distintos recursos competentes para optimizar la atención a las personas usuarias.

## 4. MARCO CONCEPTUAL Y DE INTERVENCIÓN

### 4.1. Introducción: conceptos y principios teóricos

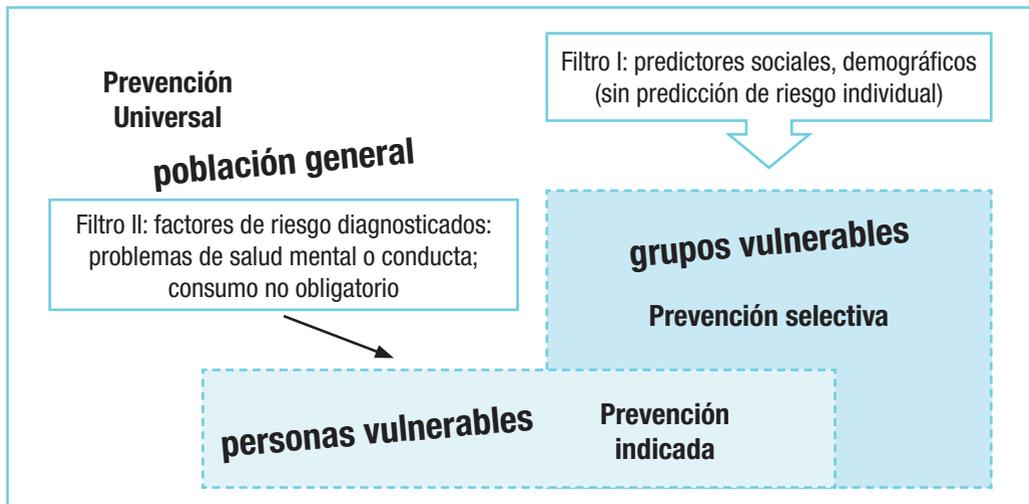
La Organización Mundial de la Salud (OMS), autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas, considera que la prevención de la enfermedad es aquel conjunto de medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. En todos los casos se reconoce que la mayoría de las drogas producen dependencia fisiológica y/o psicológica y que su consumo perjudica la salud.

En el ámbito de las drogodependencias, prevenir es adelantarse poniendo en marcha las actuaciones necesarias dirigidas a evitar que se produzcan consumos y a fomentar entornos de protección, pero si estos ya se han producido, es necesario poner en marcha medidas destinadas a que los consumos no vayan a más y, en caso de que ya exista una situación de dependencia, medidas destinadas a abandonar el consumo o, en el caso de que no sea posible, a disminuir los riesgos y reducir los daños que el consumo de sustancias pueda producir en las personas usuarias de las mismas. Hablaríamos por tanto de varios niveles de prevención, Gordon (1983) las clasifica en Prevención Universal, Selectiva e Indicada en función del grupo de población al que se dirige, aceptada por el National Institute on Drug Abuse o NIDA (Sloboda y David, 1997). En el caso de la población atendida en los programas, servicios y recursos de baja exigencia, la prevención indicada se traduce en intervenciones destinadas a contener y paliar los daños que los consumos de drogas u otras conductas pueden tener sobre la salud; intervenciones por tanto destinadas a la disminución de riesgos y a la reducción de daños o RRD.

La Ley 4/2015, de 6 de marzo de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas del Principado de Asturias en su artículo 4, recoge entre sus definiciones la de disminución de riesgos y la reducción de daños. Siendo las intervenciones de disminución de riesgos aquellas orientadas

a modificar las conductas asociadas a efectos perjudiciales del uso de drogas y las de reducción de daños las dirigidas a disminuir los efectos especialmente negativos del uso de drogas o de las patologías asociadas.

Los conceptos de disminución de riesgos y de reducción de daños surgen cuando el objetivo de las problemáticas de drogodependencias da un giro: si el planteamiento a inicios de los años 80 –con un enfoque médico-sanitario– se basaba en el objetivo del cese del consumo y la rehabilitación, se observa hacia finales de esa década, que no se cumplen los resultados, por lo que la abstinencia total deja de ser un requisito ineludible (ya no es una condición de intervención, sino una opción). El motor del cambio de paradigma ha venido de lo sanitario y desde la perspectiva de la reducción de daños. Los ejes de esta nueva filosofía parten de dos vías, la obtención de la compensación toxicológica y la contención conductual del paciente drogodependiente, con el objetivo a corto plazo en la mejora de la calidad de vida de la persona consumidora y de su entorno, y con eficacia social por razones de orden público en la reducción de delitos y del gasto sanitario.



Cuadro presentación de Marina Bosque Prous 4/10/2017 en XIX JORNADAS MUNICIPIO Y DROGODEPENDENCIAS

Si bien este tipo de programas estaba asociado prácticamente en exclusiva a la drogodependencia, ya que surge en ese contexto, en la actualidad es necesario un replanteamiento sobre su ámbito. ¿Siguen siendo las problemáticas de drogodependencia el núcleo del concepto de los programas de disminución de riesgos y reducción de daños? ¿Hay otros ámbitos de la intervención socio-sanitaria donde son aplicables este tipo de programas?

En principio, parece razonable afirmar que los contextos de vulnerabilidad y/o de exclusión constituyen un factor de riesgo para cualquier persona y puede convertirse en un daño constatable. Considerando el aumento durante la última década de personas que se encuentran en dichas circunstancias, este tipo de programas deben reconceptualizarse ya que el problema de la drogodependencia suele ser, en estos casos, una consecuencia directa de dichas situaciones. Cuando el riesgo y el daño son los contextos de vulnerabilidad y la exclusión, las actuaciones deben dirigirse a paliar las consecuencias que dichas situaciones producen en las personas. Por tanto a la hora de realizar intervenciones desde la óptica de la disminución de riesgos y la reducción de daños, las intervenciones deben poner el foco en dos líneas de actuación, las personas drogodependientes en activo (enfoque clásico) y las consecuencias derivadas de las situaciones de vulnerabilidad y exclusión.

Finalmente, el concepto de RRD puede definirse como una política socio-sanitaria, basada en un conjunto de medidas individuales y colectivas, que tienen por objeto disminuir los efectos negativos –físicos, psíquicos y sociales– del consumo de drogas y alcohol en personas consumidoras en activo (Márquez y Póo, 2000).

Los principios tradicionales que sustentan esta metodología (O' Hare *et. al.*, 1992) se pueden generalizar en los siguientes:

- Aceptación del consumo de sustancias psicoactivas como un hecho universal
- Respeto a una posición ética de derechos y responsabilidades individuales
- Focalización sobre los efectos y consecuencias de determinados consumos, sin pretensiones –a priori– de la abstinencia de los mismos
- Consideración del consumo como un fenómeno complejo y multidimensional
- Impulso de modelos comunitarios y participación activa en los planes de intervención

Las consecuencias de los consumos (De Andrés & Delás, 2005) poseen dos grandes dimensiones:

- Sanitaria: asociada a la alta incidencia de enfermedades infecto-contagiosas y las pluripatologías asociadas
- Social: asociada a la vulnerabilidad y exclusión, la estigmatización y criminalización y las carencias económicas y materiales

Por lo tanto, según el Documento de Consenso sobre Reducción de Daños (2002), los objetivos macros, se centrarían en:

- Disminución de mortalidad/morbilidad
- Prevención de enfermedades transmisibles

- Favorecer el contacto y accesibilidad a los servicios asistenciales
- Mejora en la calidad de vida de usuarios de drogas

## 4.2. Perfil de las personas atendidas

Las personas que acuden a los recursos, servicios o programas de baja exigencia, acumulan una sucesión de vivencias traumáticas que les hacen perder la estabilidad emocional, las redes de apoyo familiar y social, la estabilidad económica y la posibilidad de participar de manera activa en la sociedad. La soledad, la imposibilidad de cuidarse adecuadamente y de cubrir las necesidades básicas, las agresiones y la violencia forman parte de su día a día.

Pueden destacarse una serie de problemáticas que suelen estar presentes en las personas atendidas:

- Problemas de desarraigo social y personal
- Problemas de vivienda y/o alojamiento
- Problemas de disposición de ingresos económicos
- Problemas de salud:
  - Abuso de alcohol y drogas
  - Pluripatologías asociadas al consumo y hábitos
  - Trastornos mentales y enfermedades crónicas
  - Carencia de autocuidados
- Problemas legales asociados a hábitos marginales y/o delictivos
- Historial de institucionalizaciones y procesos terapéuticos fallidos

En el supuesto genérico de perfilar un retrato de mayor incidencia estadística en función de las personas atendidas en los recursos de exigencia adaptada del Principado de Asturias (los recursos participantes en la elaboración del presente documento), se podrían mencionar las siguientes características:

- Predominan los hombres (75%) sobre las mujeres (25%).
- La edad media se encuentra en la franja etaria de 41/49 años en el caso de los hombres y de 39/47 en el de las mujeres
- Priman las personas con estudios primarios

- Son personas que carecen (por escasos, nulos o inadecuados) de apoyos sólidos y estables, tanto a nivel familiar como de grupo social
- Utilizan, con carácter fluctuante, alojamientos precarios o recursos sociales temporales, o viven en la calle (sin techo o sin vivienda, en su mayoría) según la categoría Ethos FEANTSA (Anexo 1).
- A nivel económico se trata de personas con escasos (en su mayoría) o nulos ingresos económicos, parados de muy larga duración o sin hábito anterior de empleo, perceptores de pensiones o prestaciones sociales
- Se caracterizan por un consumo de alcohol y drogas de larga evolución
- A nivel sanitario presentan déficits marcados:
  - Deficiente o irregular adherencia a los tratamientos clínicos
  - Deterioro físico y pluripatológico asociado al consumo y a la falta de cuidados
  - Problemáticas vinculadas al ámbito de la salud mental
- Historial de antecedentes penales y problemas judiciales pendientes

### **4.3. Características de la intervención**

#### ***4.3.1. Conceptos claves***

Desde una perspectiva teórica aplicada, los programas, recursos y servicios de exigencia adaptada, siguen una hoja de ruta común para dar cumplimiento a una serie de objetivos que pueden resumirse en:

- Contacto –y seguimiento– con personas que no acuden a la red asistencial
- Atender necesidades elementales y secundarias
- Facilitar el acceso a recursos sociales y sanitarios
- Prevenir la transmisión de enfermedades infecto-contagiosas
- Frenar el deterioro físico, psíquico y social y contribuir a la mejora del estado de salud de las personas consumidoras de drogas
- Abordar los daños del consumo y las enfermedades relacionadas

- Motivar para el inicio de tratamientos de desintoxicación en los momentos adecuados
- Coordinación eficaz y eficiente con los dispositivos socio-sanitarios

Las prestaciones de los diferentes servicios de atención son similares a los de otras comunidades autónomas del resto del Estado, y pueden unificarse (Maroto, 2005) en algunos ítems fundamentales:

- Contactar con las personas: el método “*outreach*” implica una intervención activa en el contexto (calle) acercándose al colectivo diana.
- Frenar el deterioro sanitario y social de las personas participantes paliando las situaciones de marginalidad y estigmatización.
- Atender a las necesidades más elementales (descanso, alimentación, autocuidado, higiene, etc.), proporcionar ropa, custodia de enseres, medicación, cuidados sanitarios básicos, etc.
- Generar espacios seguros y funcionales para estancias temporales.
- Educar en materia de salud, a los efectos de prevención de enfermedades infectocontagiosas y otras prácticas de riesgo, abordando los daños físicos, y promocionando el intercambio de material estéril de venopunción, la distribución de preservativos y otras acciones sanitarias de reducción de daños.
- Apoyar y acompañar en gestiones vinculadas a derechos y/u obligaciones sanitarias, sociales, jurídicas y económicas.
- Ofertar espacios de soporte emocional e intervención psicosocial.
- Motivar para la reducción de consumos o inicios de otros programas específicos.

Otra cuestión clave es la concepción metodológica de la intervención. Como se mencionó anteriormente, la reducción de daños está relacionada con un concepto denominado tradicionalmente “baja exigencia”, que hace referencia a una intervención de acceso libre e inmediato, atendiendo a las especiales circunstancias de las personas, sin condicionantes de deshabitación de los patrones de consumo, ni normativas rígidas. También es posible una matización del concepto para clasificar a la tipología de la intervención, utilizando otra denominación: “*exigencia adaptada*” (Puente y Espina, 2018); este matiz conceptual respeta la idea original, donde cada persona –en cada momento– decide su nivel de implicación y compromiso, pero tiene mayor potencia para contrarrestar los efectos performativos del lenguaje, y así evitar que se instaure (en profesionales y en personas atendidas por los servicios) una concepción estanca de la intervención, ya que si ésta se debe adecuar al compromiso, es arbitrario suponer que éste siempre será bajo. Las circunstancias de cada persona

fluctúan, por lo que basar la intervención en un compromiso adaptado a cada momento, reivindica la asunción de responsabilidades necesarias para crear autonomía y evitar la cronicación.

Por último, con relación a este apartado, deben tenerse en consideración una serie de cuestiones que dificultan la intervención, por las propias características de los centros y del perfil de personas atendidas, descrito en el apartado 4.2. Entre los obstáculos añadidos pueden destacarse tres:

1. *Marcado rechazo o resistencia a la utilización de los servicios*, en parte por la desconfianza justificada en base a la indefensión aprendida de muchos participantes y, en otra parte, debido a las dificultades para cumplir normativas de funcionamiento de los centros, cuando éstas tienden a ser rígidas y carecen de flexibilidad para adaptarse al contexto de la persona.
2. *Itinerancia geográfica*, debido a las características temporales de pernoctación (tanto en calle como en centros), lo que obliga a una movilidad que en la mayoría de los casos no es intencional, y que, por consecuencia refuerza patrones marginales.
3. *Desmotivación*, característica fundamental en esta población que dificulta una intervención estable, y que está justificada por múltiples razones: reiterados intentos fallidos en centros, incluidos de desintoxicación y deshabituación; falta de proyección de futuro por la situación personal, que en la mayoría de los casos es de extrema crudeza; falta (o inestabilidad) de apoyos familiares o sociales que refuercen el vínculo comunitario; insuficiencia económica y limitación de acceso a servicios y recursos.

### **4.3.2. Características significativas de la intervención**

Todos los manuales o textos específicos sobre intervención en RRD con el colectivo de exclusión social grave coinciden en las acciones generalizadas que constituyen buenas prácticas en este tipo de recursos:

- La persona participante del servicio es el centro del proyecto
- La persona tiene necesidades complejas, más allá de las básicas prioritarias
- La RRD debe favorecer la inmediatez y la adaptabilidad en la atención
- La autonomía personal en el máximo logro posible sigue siendo un objetivo
- La intervención es en función de las capacidades individuales
- La implicación de la comunidad es esencial para la integración

Algunas de las características básicas de la intervención en RRD podrían resumirse en las siguientes actuaciones:

1. **INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN:** es la prestación básica –primera– de cualquier tipo de centro (no sólo los orientados a RRD) y de ella derivan todas las demás. Tiene relación directa con la facilitación de la información a la persona en función de su demanda y con las orientaciones profesionales posibles que de ella emanen.
2. **VALORACIÓN DE NECESIDADES Y DEMANDAS:** proceso posterior a la información y orientación, que corresponde al equipo de profesionales de los centros o servicios para valorar la demanda y proponer una intervención acorde a ellas.
3. **NO CONTRAPRESTACIÓN:** a priori, dado el contexto de las personas que se atienden en los centros de RRD, los servicios prestados no estarán condicionados cuando se trate de cubrir necesidades elementales básicas y de subsistencia, considerando que la situación de partida es altamente vulnerable y la peculiaridad de la metodología, no incluye la consecución de metas a cambio de esa atención. No obstante, como ya ha quedado recogido anteriormente, una vez que estas necesidades están cubiertas, la intervención deberá planificarse en base a las potencialidades de cada persona en cada momento particular, para afianzar una metodología autónoma que facilite la asunción de responsabilidades en el individuo.
4. **FLEXIBILIDAD DE LA NORMATIVA:** el perfil de atención exige una alta flexibilidad (más que en otros centros) para adecuarse a las peculiaridades del perfil (problemas de desarraigo social y personal, problemas de vivienda y/o alojamiento, problemas de salud, etc.) tanto en los programas como en los perfiles profesionales. La reducción de daños exige una alta exigencia de las y los profesionales para adaptarse y para no condicionar la atención.
5. **ADAPTABILIDAD:** supone una capacidad fina de las y los profesionales para detectar y priorizar las necesidades, adaptándose al contexto de cada persona, lo que implica necesariamente la flexibilidad desde los centros (en cuanto a sus regímenes normativos) y los/las profesionales (en cuanto a la intensidad de la acción) para adaptar la exigencia de la intervención al compromiso que la persona en ese momento esté en condiciones de asumir (referencia al concepto arriba mencionado sobre “exigencia adaptada”). En este sentido, el matiz del concepto implica una “alta exigencia” profesional, para eludir itinerarios e intensidades de intervención que generen hipo/hiperestimulación, y de ese modo evitar planteamientos inadecuados de objetivos que podrían verse abocados al fracaso y a la frustración (tanto de la persona atendida como de la que atiende). La adaptabilidad, supone un ejercicio de tolerancia en consideración a los procesos cíclicos y fluctuantes de la población

que recibe atención, ya que en un contexto tan desfavorable son altamente probables las fluctuaciones y las recaídas, por lo que debe tenerse cuidado de no añadir más presión a una situación ya extrema, que tiene menos que ver con un fracaso individual que con el de una sociedad incapaz de generar políticas más integradoras.

6. ESTABLECIMIENTO DEL VÍNCULO: la relación que se establece entre la persona atendida y la persona que atiende, es una de las claves para la optimización de cualquier posterior intervención, y esto adquiere un matiz fundamental en el contexto de RRD (Puente y Espina, 2018), por dos especiales dificultades:
  - a. Una, intrínseca a la población atendida, que suele manifestar desconfianza y resistencia hacia los servicios (justificada como mecanismo de defensa ante la hostilidad del ambiente y la indefensión aprendida),
  - b. Otra, intrínseca al sesgo jerárquico que suele presentarse en los centros socio-sanitarios, que por un lado simplifica un trabajo orientado en la normativa de lo permisible y sancionable, y que por este mecanismo establece diferencias de poder que suelen ser un obstáculo para la creación genuina de un vínculo

En base a las anteriores dificultades, puede ser de utilidad señalar dos características positivas para la optimización de la intervención, relacionadas íntimamente con el establecimiento del vínculo. La **confianza** es un elemento clave para un vínculo genuino, considerando que es un atributo que la mayoría de las personas atendidas en centros de RRD han perdido o tienen dañado, y en la medida en que puedan generarse espacios de seguridad emocional, se abrirá la posibilidad a que las personas no disfracen la demanda de algo que creen que los profesionales quieren escuchar, puesto que la ayuda no sería válida en esos casos. La otra característica importante es la **empatía**, entendida como un incómodo y complejo ejercicio por parte de los profesionales para atender, analizar e intentar resolver una situación determinada desde la lógica del contexto de la persona atendida, y no desde la óptica profesional, distinguiendo –y evitando– el aspecto condescendiente que a menudo suele confundirse con el planteamiento empático.

7. DIVERSIFICACIÓN: la variedad de necesidades exige diversidad de espacios de atención (y coordinación)

### ***4.3.3. Metodología y herramientas de intervención***

Tal y como queda recogido en los apartados anteriores, la intervención que se realiza en los recursos de exigencia adaptada debe incorporar una serie de características procedentes de la RRD que

deben de estar presentes en este tipo de intervención. Estas características son transversales y deben ser incorporadas a una metodología de trabajo propia de las ciencias sociales.

En este apartado además de recoger la metodología general de trabajo, individual y grupal, pone el foco en tres aspectos clave: *El trabajo comunitario*, por la importancia de la ubicación de los recursos y por el rechazo que producen este tipo de instalaciones en los vecindarios en los que se ubican. La importancia de la labor del *voluntariado* como aquellas personas distintas de profesionales de recursos que aportan su tiempo y su visión más fresca de la realidad (las y los profesionales debido al trabajo diario pueden tener una visión más parcelada y limitada al recurso en el que trabajan) y por último *la coordinación y el trabajo en red* por la importancia de establecer redes de colaboración mutua, debido a la movilidad de la población participante de este tipo de recursos.

### **Metodología general:**

- **Documentar la visión evolucionista de la situación (cualitativa y cuantitativa).**

Es necesaria para conocer el área de intervención, instituciones y sectores, así como de los recursos existentes y necesarios. La investigación trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones.

- **Detección de necesidades, interpretación del problema y decisión de intervenir.**

La detección de las necesidades es el punto de partida para identificar situaciones deficitarias o insatisfactorias que reclaman de priorización o asignación de recursos. La detección de necesidades es prioritaria para que los profesionales puedan tomar decisiones apropiadas a la hora de realizar la intervención. No siempre las necesidades detectadas por profesionales son coincidentes con los problemas planteados por la persona atendida por lo que es necesaria una interpretación del problema o problemas para orientar la intervención.

- **Diseño del protocolo de investigación o proyecto operativo.**

El Protocolo de investigación o proyecto es el documento mediante el cual, se orienta y dirige la ejecución de la investigación, en él se materializa la etapa del planeamiento de la investigación y servirá de guía en las etapas sucesivas del trabajo, por lo que debe ser lo más claro, concreto y completo posible. En esta etapa deben detallarse de manera clara, completa y comprensible el planteamiento del problema, la justificación y los objetivos de la intervención.

- **Evaluación continua para una óptima viabilidad y eficacia de la intervención.**

Determinar en qué medida se han logrado los objetivos establecidos y modificar o adaptar la intervención en caso necesario. La evaluación debe ser un proceso continuo y no únicamente ser utilizada para comprobar si se han alcanzado los resultados esperados.

## **Metodología de trabajo individual, grupal y comunitario.**

- **Trabajo individualizado**

Se trata de reducir la situación de exclusión social de hombres y mujeres, y familias sin hogar a través del Trabajo Social de Casos, mediante el cual determinamos el estado de necesidad y las causas que motivaron dicha exclusión, para posteriormente, elaborar un plan conjunto de intervención e incorporación social que permita mejorar la calidad de vida de las personas y familias usuarias del servicio. Líneas básicas de intervención:

- Atención integral de las necesidades básicas y reducción de daños de las Personas y Familias Sin Hogar.
- Estudio continuado de la evolución de la problemática de cada caso.
- Interpretación de datos y diagnóstico que oriente las líneas de la intervención social a seguir, contando siempre con la persona participante como protagonista y sujeto activo en su inserción.
- Motivación y apoyo para normalizar comportamientos.
- Derivación hacia otros recursos sociales y específicos cuando sea preciso.

- **Trabajo de grupo**

- Celebración de reuniones de grupos de trabajo, analizando y evaluando en común las intervenciones realizadas, la marcha de los proyectos y el desarrollo de los objetivos.
- Observación del funcionamiento del grupo: relaciones, aspiraciones, discusiones, constitución de los roles...

- **Trabajo con la comunidad y el entorno. Fomento del voluntariado y campañas de sensibilización**

### *Trabajo con la comunidad y el entorno:*

En la medida en que toda intervención comunitaria se desarrolla en (y depende de un) elemento territorial —la comunidad, en su espacio geográfico y su contenido humano— ésta debe ser de obligada consideración para cualquier centro de atención, más aún, los que están vinculados a colectivos más desfavorecidos con problemáticas sanitarias añadidas. No sólo se trata de establecer vínculos en —y/ para— la comunidad con el objeto de promover y favorecer una integración social de colectivos más desfavorecidos, sino de un proceso de transformación social, que potencie todas las sinergias para lograr una mejor calidad de vida en la población, generando participación activa y empoderamiento.

Dentro de los objetivos específicos pueden destacarse:

- Disminución de estigmas y estereotipos negativos sobre los colectivos de atención
- Participación y colaboración activa de las personas atendidas, como miembros de una comunidad, en tareas comunes que puedan ser útiles.
- Apertura de los centros de atención hacia el entorno inmediato, con modalidades de tipo centrífugas, a los efectos de dar a conocer el trabajo llevado a cabo.
- Establecer en los centros figuras de referencia para la interlocución con vecinos.
- Contacto activo con asociaciones dentro de la comunidad a efectos de colaboración y participación en tareas y temas comunes.
- Utilización normalizada de recursos comunitarios sociales, educativos, culturales, laborales, etc.

### *Participación del Voluntariado:*

A los efectos de la Ley 45/2015, de 14 de octubre, de Voluntariado, se entiende por voluntariado el conjunto de actividades de interés general desarrolladas por personas físicas, siempre que tengan **carácter solidario**, que su realización sea **libre**, sin que tengan su causa en una obligación personal o deber jurídico y sea asumida voluntariamente, que se lleven a cabo **sin contraprestación económica o material** y que se desarrollen **a través de entidades** de voluntariado con arreglo a programas concretos y dentro o fuera del territorio español.

Es una colaboración solidaria, libre, continuada en el tiempo, altruista y en el marco de una organización que desarrolla programas de interés general.

Entendemos el voluntariado como un factor de **desarrollo personal**, además de impulsor de un **desarrollo social**. A través de los programas de voluntariado de las entidades del tercer sector

se facilita el ejercicio de una participación ciudadana solidaria y democrática y se contribuye a la mejora de la calidad de vida de la sociedad, de nuestro barrio, de nuestra ciudad, la defensa de intereses de personas o colectivos, la participación en resolución de necesidades o conflictos sociales, se establece una vinculación entre las necesidades sociales y la ciudadanía, entre otras.

Consideramos que el voluntariado no ha de sustituir las responsabilidades de las instituciones públicas sino exigir que éstas cumplan sus obligaciones. Las entidades de voluntariado complementan la actuación de las administraciones y favorecen la implicación de la ciudadanía. Desde las administraciones públicas se potencia la participación de voluntariado con estrategias autonómicas, subvenciones para entidades de voluntariado, programas de voluntariado a nivel local, entre otras medidas.

Asimismo, señalar que el voluntariado no sustituye el trabajo profesional de las personas asalariadas en las entidades del tercer sector sino que sus tareas se complementan. El voluntariado no es tampoco excusa para la precarización de las condiciones sociales de las personas implicadas frente a las de los profesionales. Si esto ocurriera, el voluntariado perdería su esencia.

### ***Campañas de sensibilización***

Son acciones destinadas a informar, orientar, asesorar y dar visibilidad a las personas atendidas y sus problemáticas, con el objetivo de generar empatía, acciones solidarias y acercamiento de la comunidad a una realidad vulnerable e injusta.

Puede llevarse a cabo de diferentes modos:

- Visitas a instituciones, centros educativos y universidades, para dar a conocer la realidad de las Personas Sin Hogar y la marginación y exclusión social existente en nuestra sociedad.
- Recepción de visitas de instituciones y centros para conocer de cerca el trabajo de la institución y la problemática de las Personas Sin Hogar.
- Convenios con centros educativos y universitarios para la realización de prácticas profesionales.
- Participación en actividades comunitarias y solidarias
- Utilización activa de las TIC y Redes Sociales en la comunidad.

### ***Coordinación y trabajo en red:***

La visión más clásica del trabajo en red, está basada en la derivación de casos siguiendo protocolos de coordinación previamente establecidos o acordados entre las organizaciones. Ese modelo

clásico, no evita que en algunas ocasiones las personas se pierdan y no reciban la atención que necesitan, generando situaciones de frustración y desconfianza que dificultan el trabajo de vínculo con profesionales de atención.

Nuestra visión del trabajo en red coincide con la de Ubieto, R, (2007) que en su publicación Modelos de trabajo en red manifiesta que se trata de un modelo en el que *“hay que construir como una opción colectiva, que implica unos requisitos ineludibles que no siempre resultan fáciles. Por el contrario, es una apuesta que permite una continuidad de los cuidados y un aprendizaje mutuo entre los profesionales y servicios que intervienen”*.

Trabajar en red no es fácil, implica dificultades tanto para las entidades como para profesionales. Podemos clasificarlas en dos grandes bloques

- Dificultades derivadas del manejo de la información (confidencialidad, tratamiento y protección de datos, etc.) y organizativas de las propias entidades (funciones asignadas al profesional, sobrecarga de trabajo, gestión de tiempos, etc.)
- Dificultades o barreras propias. Trabajar en red, implica generosidad y capacidad para el autoanálisis, ser capaces de detectar nuestras resistencias internas, de renunciar al protagonismo, de reconocer nuestras limitaciones y de “desvincularnos” de personas y reconocer que nuestra intervención ha llegado a su fin.

Trabajar en red supone una apuesta clara por la continuidad en la atención y los cuidados, para ello es necesario que los distintos equipos que intervengan con una persona sean capaces de orientar las actuaciones en una misma dirección, evitando la duplicidad, integrando a profesionales de diferentes sectores, renunciando a protagonismos profesionales para acompañar a las personas usuarias en su trayectoria vital.

#### **4.3.4. Perfiles profesionales**

Si bien anteriormente, se han mencionado algunas características fundamentales que deben ser tenidas en cuenta y llevadas a cabo por los profesionales, y a partir de la matización conceptual de “exigencia adaptada” en la intervención, pueden resumirse las características más destacadas en los perfiles profesionales de los centros vinculados a RRD:

- a. Desarrollar una perspectiva de trabajo basada en potencialidades y capacidades (no en déficits, que son evidentes, pero que generan un feedback negativo).

- b. Planificar y desarrollar una exigencia adaptada a la intervención en el momento particular de la persona, evitando la hiper/hipo estimulación.
- c. Potenciar una capacidad empática en la interrelación, utilizando la lógica del contexto de las personas, y no la de las y los profesionales.
- d. Consideración de la alta fluctuación (evoluciones e involuciones cíclicas) de los procesos individuales de personas en situación de alta vulnerabilidad o exclusión, para evitar frustraciones profesionales y sobrecargas en las personas atendidas.
- e. La intervención en RRD, y las características mencionadas sobre “exigencia adaptada” supone una *alta exigencia profesional* para captar la adecuación del compromiso en cada persona y en cada momento vital del proceso.

Una mención aparte merecen las **competencias emocionales** de los profesionales. Las competencias son capacidades para movilizar adecuadamente un cuerpo de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes para desarrollar actividades con óptimos niveles de eficacia y eficiencia. Las denominadas competencias emocionales, basadas en el concepto de Inteligencia Emocional de Daniel Goleman (1996) podrían resumirse en cinco aspectos centrales:

- **Conciencia de sí:** reconocimiento de las propias emociones y sus efectos. Supone un nivel de conciencia para un análisis posterior de los sentimientos que se ponen en juego en la intervención profesional, las actitudes corporales y conductuales, el grado de afectación emocional y otros aspectos que, una vez visibilizados y reconocidos ayudan a detectar fortalezas y debilidades (las primeras, para potenciarlas como estrategias, y las segundas, para focalizar “los talones de Aquiles” y trabajar en los aspectos mejorables). Incluye conceptos vinculados a Autoconfianza y seguridad en las capacidades.
- **Autorregulación:** implica un autocontrol emocional que evite la inercia de los sentimientos en las conductas y actitudes de los profesionales. Prevenir —en la medida de lo posible— reacciones emocionales que no estén sujetas a estrategias racionales. Estas posiciones subjetivas son muy complejas de llevar a cabo y requieren mucha experimentación y reflexión, para aprender a detectar situaciones que cada uno valore como posibles factores desestabilizadores del ánimo.
- **Automotivación:** supone la acción racional de dirigir las emociones hacia un objetivo productivo donde focalizar la atención de la intervención, con el fin de la superación de obstáculos. Implica una posición subjetiva proactiva por parte de los profesionales, que potencie

la iniciativa o la acción en la persona atendida. Incluye conceptos relacionados con metas y logros, adaptabilidad, iniciativa, etc.

- **Empatía:** implica una capacidad de reconocimiento de las emociones ajenas, que supone un alto nivel en los profesionales para la captación y observación de los mensajes verbales y no-verbales de los interlocutores. Ésta también es una capacidad fina que se logra con experimentación y apertura mental, y que requiere saber interpretar (no traducir) las señales que emiten los demás. El reconocimiento de emociones es un paso previo esencial para su comprensión ubicada en el contexto individual de cada persona.
- **Habilidades sociales:** está basada en la capacidad de establecer estrategias facilitadoras de la comunicación y producir contextos amables que generen emociones con predisposiciones positivas. Se basa en una de las características emocionales “efecto contagio”, que supone la conducta inconsciente de imitación emocional de un sujeto cuando predomina la iniciativa de otro. De este modo, una posición inicial marca y condiciona las posiciones subsidiarias. Incluye características vinculadas al liderazgo, gestión de conflictos, influencia y colaboración.

Finalmente pueden diferenciarse las competencias en dos clases: técnicas profesionales (funcionales) que se circunscriben alrededor de conocimientos y procedimientos especializados, lo que supone un “saber” y un “saber hacer” necesarios para el desempeño de funciones; y socio-personales, relacionadas con competencias genéricas que podrían denominarse básicas y transversales a la vida diaria y la interrelación.

CLASIFICACIÓN BÁSICA DE COMPETENCIAS	
SOCIO-PERSONALES	TÉCNICO-PROFESIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Motivación</li> <li>– Autoconfianza</li> <li>– Autocontrol</li> <li>– Reflexividad y autocrítica</li> <li>– Responsabilidad y Autonomía</li> <li>– Asertividad</li> <li>– Empatía</li> <li>– Aptitud de trabajo en equipo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Conocimientos básicos y especializados</li> <li>– Dominio de tareas y destrezas profesionales</li> <li>– Dominio de implementación de técnicas</li> <li>– Capacidad de organización y coordinación</li> <li>– Capacidad de adaptación e innovación</li> <li>– Capacidad de pensamiento divergente</li> </ul>

Dicho lo anterior, es evidente la importancia de las características profesionales (también personales) de las personas que trabajan en dispositivos asociados a la RRD, que además de poseer conocimientos y habilidades técnicas para el análisis e implementación de estrategias de intervención, deben apoyarse en otras habilidades interpersonales genéricas: solidaridad, empatía, respeto, afectividad, etc.

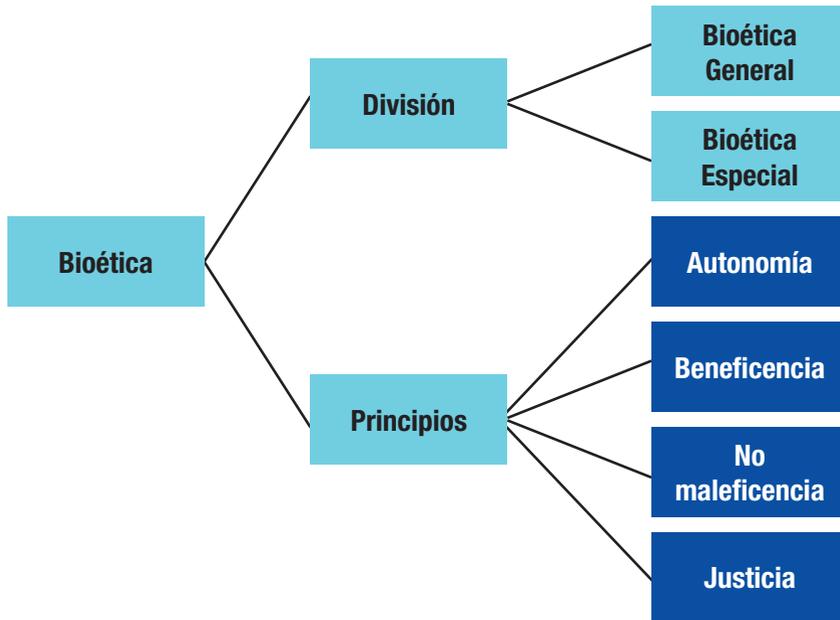
Por último, la formación continuada y el “cuidado a los cuidadores” para evitar el Burnout, son aspectos centrales que todas las organizaciones y entidades deben atender y proteger, para un buen desarrollo del trabajo.

#### **4.3.5. Perspectiva bioética de la intervención**

Desde el punto de vista de la ética aplicada a la práctica asistencial (Viñals, 2014) se reconocen cuatro principios básicos, que pueden aplicarse al ámbito de RRD:

- **Autonomía:** basada en el concepto de libertad de acción, implica que cualquier acto posee carácter autónomo cuando tiene una intención, un grado de comprensión y la carencia de influencias o restricciones que lo determinen. La presencia de este principio en la intervención socio-sanitaria exige el reconocimiento del derecho a mantener puntos de vista y a tomar decisiones basadas en valores y creencias personales. Se deducen de este principio las obligaciones profesionales de informar con veracidad, respetar la privacidad e intervenir cuando la persona lo solicite y en base a sus decisiones.
- **No maleficencia:** basada en la máxima clásica *primun non nocere* (lo primero es no dañar), y hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente. No supone únicamente un daño físico, ya que también se pueden lesionar los intereses de una persona desde un punto de vista psicológico. La presencia de este principio en la intervención socio-sanitaria exige a las y los profesionales valorar las intervenciones para evitar medidas que causen daño o sufrimiento intencional, que generen ofensas, que incapaciten o creen dependencia, o que priven de aquello que la persona valora o aprecia.
- **Beneficencia:** basada en el concepto de beneficio para el que necesita apoyo o ayuda, supone siempre una acción destinada a prevenir o eliminar los riesgos y/o daños a los que una persona esté expuesta, obrando en función de su mayor beneficio posible. La presencia de este principio en la intervención socio-sanitaria implica la exigencia de prevenir y reducir daños, proteger y defender los derechos, eliminar condiciones con potencial dañino.

- **Justicia:** basada en el contexto de equidad distributiva, implica una atención y tratamiento equitativo y proporcionado a las necesidades y circunstancias de cada persona, sin incurrir en la negación o parcelamiento de derechos. La presencia de este principio en la intervención socio-sanitaria consiste en la valoración de los profesionales para distribuir equitativamente las cargas de acuerdo a factores individuales vinculados con necesidades, proporcionalidad, capacidad y esfuerzo.



\*Cuadro elaboración Pablo Punte Baldomar

## 4.4. El trabajo de calle: la intervención paradigmática en RRD

### 4.4.1. Concepto y características

La educación de calle es una metodología socioeducativa que tiene la calle como ámbito de intervención, ya que ésta es el espacio, medio de vida y relación de las personas participantes; es en la calle donde se establecen las relaciones de confianza que favorecen la actividad.

Así, el trabajo en medio abierto:

- Permite conocer de manera directa la realidad de las personas que están en situación de calle.
- Detectar las necesidades y potencialidades de las personas usuarias y conocer de primera mano otras problemáticas asociadas que destacan por su incidencia en el número de personas afectadas, como la drogodependencia, las enfermedades mentales y las patologías infecto-contagiosas.
- Realizar prevención en situaciones de riesgo utilizando métodos, técnicas y procedimientos orientados a mejorar la calidad de vida de las personas en situación de calle.
- Tratar de entender cuáles son las razones que generan las desigualdades y conflictos sociales para intentar dar una respuesta educativa integral, adecuada a cada contexto, optimizada y ajustada a las problemáticas que se viven en la calle.
- Favorece el trabajo de acompañamiento para mejorar la autoestima, desarrollar las capacidades personales, independientemente del grado de exclusión y suscitar una participación real en la vida social.
- Prioriza la prevención general, la educación informal, la reducción de riesgos y del daño poniendo el enfoque en el bienestar social entendido no como la ausencia de problemas o conflictos sino en cómo el lograr aceptarlos y superarlos.

Resumiendo, es una acción pedagógica, de naturaleza preventiva, realizada en el entorno social de cada individuo y pretende ser una intervención o acción socioeducativa constructiva y transformadora. Es interesante la aportación que realiza la Red Internacional de Trabajadores Sociales de Calle Dynamo International (2008) para quien “dar prioridad a una presencia social y educativa activa en los espacios de vida no es una opción metodológica entre otras, sino que demuestra una real voluntad de “ser parte de” y un verdadero compromiso para enfrentar las causas de exclusión y de maltrato”. Concluyendo, el objetivo final de la Educación de Calle es ofrecer a las personas la oportunidad de contar con un pleno lugar de actor-sujeto, fomentando el desarrollo de la autonomía para que pueda actuar sobre su propia situación, su porvenir y sobre su entorno. Cuando esto se produce, podemos deducir que nos encontramos ante una acción socioeducativa adecuada o como en la actualidad se dice, ante una buena práctica o práctica de éxito. Además, estaríamos ante una actuación educativa asentada en aportaciones científicas y experienciales sistematizadas que, a su vez, contiene aspectos o claves que pueden ser transferibles (respecto a la concepción de sujeto, estrategias metodológicas, relaciones internas y con la comunidad,

relación educativa) a otros contextos de intervención, una actuación innovadora y sostenible, que ha tenido impacto social porque ha generado un mayor empoderamiento de las personas y un fortalecimiento de las redes sociales dentro de los municipios.

Algunas de las actividades que debe de realizar la educadora/or de calle son:

- Conocer el medio en el que va a desarrollar su intervención.
- Detectar situaciones de riesgo y ofrecer soluciones.
- Facilitar y apoyar las condiciones que favorezcan el desarrollo personal.
- Prevenir conductas delictivas.
- Potenciar el desarrollo de la persona y el aprendizaje.
- Hacer una labor de sensibilización con la sociedad y con otras instituciones sobre la marginación.
- Hacer de mediador con las familias y las instituciones.
- Facilitar la integración y la participación.
- Compensar las desigualdades generadas por la sociedad y el modelo de vida que se nos impone desde diferentes medios.
- Ofrecer al usuario nuevos estilos de vida y realizar una estimulación de las posibilidades de futuro.
- Despertar mentes críticas y una conciencia de autonomía de madurez.

La educación de calle no consiste en una mera serie de actos asistencialistas o una simple mediación entre la persona y el usuario. También busca la libertad, la madurez y la realización personal de los usuarios, aspirando al logro de mayor consciencia, empoderamiento y con un espíritu crítico.

Quintanar, Blanco y García (2010) señalan que mediante la acción educativa en la calle se ofrece una relación de ayuda (...), que se establece desde la confianza y desde la libertad (...). Se intenta poner en práctica la «pedagogía del reconocimiento», basada en la búsqueda de lo positivo que hay en las personas. Se fomenta el descubrimiento de todas las potencialidades que pueden tener los colectivos con los que trabajamos y mirarlas en positivo para que puedan desarrollarse de la manera más saludable posible.

## 4.4.2. Metodología y herramientas de intervención

La Metodología empleada por las educadoras y educadores de calle, requiere de unas herramientas de intervención y de unas fases estructuradas de trabajo hasta llegar al proceso de intervención socioeducativa. No siempre es necesario llevar a cabo todas las fases o pueden seguir distinto orden. Procedemos a ordenarlas como sigue:

### 1. Investigación:

La investigación comienza siempre con el planteamiento de un problema o problemas, a partir de los cuales se extraen respuestas teóricas. El acceso al campo es una cuestión eminentemente práctica que conlleva una serie de estrategias y recursos interpersonales.

Desarrollar un proyecto de investigación en el contexto de un programa de educación de calle, implica hacerlo desde una perspectiva etnográfica que tenga en cuenta el acceso al campo, el contacto con informantes, las relaciones en el campo... los antropólogos dicen que la observación participante, es la investigación que se basa en vivir con (o cerca de) un grupo de informantes durante un periodo extendido de tiempo, durante el cual se mantienen conversaciones largas con ellos y se participa en algún grado en la vida de las personas observadas.

Conclusión: el educador/a esta en la calle y en la calle desarrolla su trabajo. No hay educación de calle si no hay presencia continuada en el contexto de intervención.

Este periodo es el más importante a la hora de comenzar la observación en cualquier nuevo lugar que queramos analizar. Es la etapa previa a trabajar directamente con las personas usuarias. La educadora/or se encarga de observar y recoger la información relevante haciendo un estudio general del entorno.

En esta primera fase se ponen en práctica técnicas como la observación participante que tiene una doble finalidad: por una parte la recogida sistemática de información y por otra, el acercamiento progresivo a la población con la que se va a intervenir. El acercamiento puede resultar pasivo en la mayoría de ocasiones, puesto que es necesario saber esperar el momento adecuado en el que se desencadene el acontecimiento que favorezca ese primer contacto con la persona.

Para un educadora/or, el análisis de la realidad se basa principalmente en la observación directa, examinando atentamente, tomando nota de la información relevante para registrarla posteriormente. Esto hace que sin intervenir ni alterar el ambiente del propio objeto de observación, obtengamos la máxima información. Como características principales es importante que *no sea intrusiva*, que el observador *no participe* y que los estudios sean de *larga duración*, esto se hace por dos motivos:

garantizar que el objeto se sienta cómodo y actúe naturalmente y, para poder obtener los datos necesarios para la observación. Los dos elementos básicos para que el análisis de la realidad se pueda llevar a cabo, a parte del compromiso, son la paciencia y la perseverancia. Los resultados de esta fase de observación, nos permiten adecuar nuestro modo de intervención de cara a la siguiente etapa.

## **2. Acogida y valoración:**

Una vez detectadas las necesidades en el espacio abierto, se realiza un acercamiento al colectivo o persona en cuestión. Cuando trabajamos en calle tenemos que tener en cuenta que en la mayoría de los casos, no han pedido nuestra intervención, somos los equipos los que nos acercamos a ellas, a su entorno, a sus casas (aunque vivan en la calle o en infraviviendas, en ese momento es su casa), por lo que debemos de ser más respetuosos aun si cabe. En este momento nos presentamos, indicando el nombre de nuestra entidad y damos una pincelada de los servicios que podemos proporcionar. Se intenta generar un espacio de escucha activa donde las personas puedan verbalizar su situación personal, permitiéndonos como equipo profesional, valorar y hacer un diagnóstico sobre las necesidades individuales, además analizaremos las demandas expresadas, estas últimas no tienen por qué coincidir con las detectadas por profesionales de la educación de calle. No debemos olvidar que la persona es la protagonista de su vida y si nuestros objetivos profesionales no se corresponden con los de la persona, han de primar los de esta última, siempre y cuando no confronten con la ética profesional ni perjudiquen a terceros. El contacto siempre se realizará en sus zonas de confort, generalmente en plazas, parques, descampados, inmediaciones de albergues, calles, en definitiva en aquellos lugares donde pasan la mayor parte del tiempo. La educadora/or de calle ha de adaptarse siempre a las circunstancias del participante y no al revés, dando así paso a crear relaciones en el ámbito no formal fuertes y estables para una futura intervención exitosa.

La principal herramienta de cualquier educador/a de calle son sus propias habilidades a la hora de relacionarse con las personas usuarias, la forma en que se dirige a ellos/as , el lenguaje no verbal, la empatía y las propias capacidades de la educadora/or para desenvolverse en el contexto, son de vital importancia para el futuro de la relación entre persona usuaria y profesional. El vínculo que se establezca en los primeros días es crucial, el vínculo es una herramienta clave que se utiliza en el trabajo que permite ir forjando la relación de confianza que nos permitirá ir avanzando en la futura intervención.

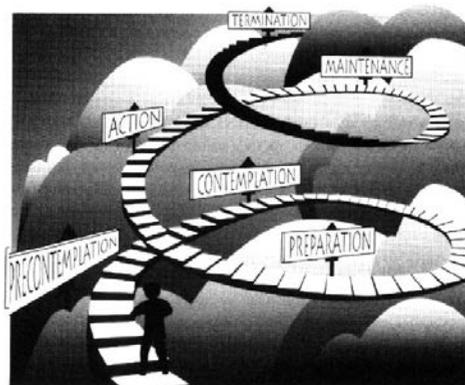
## **3. Intervención socioeducativa:**

Es de suma importancia y llegados a este punto donde nuestro objetivo es la intervención, que al adaptarnos nosotros a su entorno, el contacto que se crea, parte de la base de un trato o

relación horizontal, donde no existen normas estrictas más que el respeto mutuo y todos pueden expresarse con libertad y de manera espontánea. La educadora/or no tiene más autoridad que las personas en situación de calle y únicamente tendrá el respeto que se haya ganado en la fase de acogida. Por tanto, es prioritario poner el foco en diseñar las actuaciones siempre desde la exigencia adaptada, teniendo en cuenta que cada persona tiene sus ritmos y una situación única. Las intervenciones de la educadora/or por tanto, han de aplicar un modelo biopsicosocial en la actuación y adaptarse al contexto y a los determinantes sociales que afectan a los colectivos sociales más vulnerables.

Por tanto, la intervención puede variar mucho de una persona a otra. Mientras que puede limitarse a mantener el vínculo y ser un referente por si en algún momento precisa o solicita otros apoyos, hay otros casos en los que la persona está predispuesta al cambio y se diseña de forma conjunta y consensuada un itinerario individualizado de incorporación social donde la intervención de la educadora/or será favorecer, facilitar y acompañar en el proceso vital de transición.

En el trabajo de calle debe dedicarse tiempo a trabajar la motivación para el cambio, para ello y en el caso de conductas adictivas, se utiliza el modelo de intervención motivacional y preventivo Prochaska y Diclemente. Sin perder de vista que no todas las personas que contemplan la posibilidad de modificar su conducta adictiva logran hacerlo; según dichos autores alrededor de un tercio de los consultantes se estancan en algún estadio y no logran completar el proceso, por lo que aunque la labor profesional debe de estar orientada al cambio, cuando esto no fuera posible por el momento vital de la persona, el foco de la intervención se debe fijar en la reducción de las conductas de riesgo.



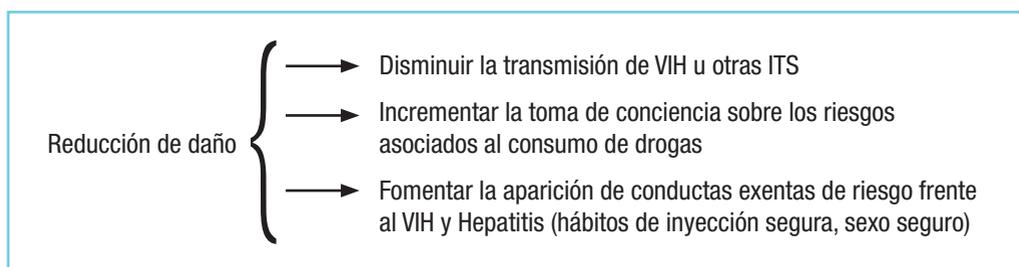
Fases del Cambio

(Prochaska et al., *Changing for Good*, 1994)

Una de las técnicas utilizadas para trabajar el cambio y promover estilos de vida más saludables es la entrevista motivacional. Así, confrontando y tratando de resolver ambivalencias sobre una conducta o hábito insano, a través del diálogo y la reflexión, la persona se convierte en agente de su propio proceso de cambio y el profesional es un mero facilitador del mismo. La entrevista motivacional tiene en cuenta y respeta los tiempos de cada persona y dependiendo de la fase en la que se encuentre la misma, la intervención profesional será distinta.

En el ámbito del Principado de Asturias, el principal objetivo de los equipos de trabajo de calle es la reducción del daño, minimizando en lo posible los riesgos asociados a conductas adictivas.

Esquema de reducción del daño en conductas adictivas



Todos los equipos de calle por tanto trabajan la reducción de daños, pero, algunos equipos además forman parte del PIJ ( programa de intercambio de jeringuillas), dicho programa tiene un doble objetivo, por una parte prevenir las infecciones por el *VIH* (virus de la inmunodeficiencia humana), *VHB* y por el *VHC* (virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis C) asociadas a los hábitos de consumo inyectado entre los usuarios de drogas y por otra parte, reducir el número de jeringuillas contaminadas por VIH u otros gérmenes patógenos en circulación para evitar posibles infecciones. Por tanto, los equipos que forman parte del PIJ, facilitan material estéril en un paquete denominado sanitik que contiene aguja, jeringa, contenedor para guardar el material de inyección usado, toallitas desinfectantes, cazuelita para preparar el contenido del inyectable, filtro y preservativo para evitar infecciones de transmisión sexual.

Otro de los objetivos comunes para los profesionales de la educación de calle, es la puesta en contacto del usuario con la red asistencial de recursos, puesto que, por lo general, son personas que como se ha mencionado anteriormente desarrollan su vida en entornos marginales y no acceden a los recursos que son utilizados por el resto de la población (sanitarios, sociales, comunitarios, etc.)

### **4.4.3. Actividades desarrolladas en el contexto de trabajo de calle:**

Algunas de las actividades que se desarrollan en el trabajo de calle son:

- **Información y orientación:**

Se ofrece a las personas participantes la información que resulte necesaria para que puedan ejercer sus derechos de ciudadanía y se los orienta hacia aquellos recursos más apropiados. La información debe ser adecuada y comprensible para la persona usuaria. Las educadoras/es de calle son responsables de que la información llegue a personas que de otra manera tendrían difícil acceso a la misma y por tanto, son responsables de mantenerla actualizada.

- **Acompañamiento social:**

El acompañamiento social es una forma de trabajar común para las educadoras/es de calle. Acompañar a las personas en su proceso de vida considerándolas como sujeto activo de sus decisiones y cambios, dialogando, consensuando, facilitándoles apoyo y en definitiva estando a su lado para hacerlos posibles.

- **Mediación:**

La mediación es un método que utilizan las educadoras/es de calle para la resolución de conflictos como pueden ser vecinales, de utilización de espacios públicos o privados, pero también es una herramienta para favorecer la relación de las personas usuarias con los diferentes recursos, servicios y con profesionales. Es un aspecto muy importante dado que mantener un continuo vínculo con estos medios apoya la recuperación y el no deterioro de las personas atendidas.

Es común encontrarse con situaciones de conflicto en la que profesionales de educación de calle intervienen para resolver la situación de crisis. Pero no suelen darse situaciones conflictivas entre profesionales de educación de calle y usuarios/as ya que suelen ser conscientes de la función que las educadoras/es de calle realizan y son muy receptivos una vez que se crea la relación de confianza e incluso pueden ser informantes clave a la hora de aportarnos información sobre otros puntos de reunión, lugares de tráfico de drogas, sustancias de consumo que se encuentran en circulación y otras informaciones que nos sirven de guía para poder planificar la intervención.

- **Labores educativas:**

#### **Educación para la salud:**

- Se trabaja entre otras cosas en fomentar la higiene personal (aseo, lavado y planchado de ropa, disponibilidad de enseres de aseo y ropa si la persona carece de los mismos, etc.), se

informa y acompaña a la persona en caso necesario a los recursos que disponen de este servicio si el usuario/a no dispone de vivienda o lugar adecuado para su aseo.

- Prevención y tratamiento de enfermedades crónicas: se trabaja en la prevención de enfermedades asociadas al consumo de drogas e infecciones de transmisión sexual (ITS), intentando en la medida de lo posible minimizar los daños (información sobre utilización de preservativo, inyección segura, riesgos para la salud por compartir útiles para el consumo de drogas o mezclar sustancias, prevención de sobredosis etc.), además, se trabaja en el empoderamiento para que la persona sea capaz de tomar decisiones sobre su propia salud y tome conciencia de la importancia de la adherencia a tratamientos y revisiones médicas.
- La alimentación, el abrigo, la seguridad personal: se informa a la persona de los recursos que pueden cubrir las necesidades básicas (comedores sociales, centros de día, recursos de alojamiento, etc.), en la medida de lo posible se trabaja sobre la importancia de una alimentación adecuada, protección del frío y las inclemencias, teniendo siempre presentes las dificultades que las personas en situación de calle tienen para su autocuidado.

### **Educación cívica:**

Puesto que las personas en situación de calle comparten los espacios públicos con el resto de la ciudadanía, trabajar el respeto a las normas básicas de convivencia resulta imprescindible. Cuidar los espacios públicos, respetar al resto de personas de la comunidad que hacen uso de los mismos lugares (plazas, parques, calles...), hablar en un tono que no resulte molesto, respetar las horas de descanso del resto de la ciudadanía, etc, son algunas de las variadas tareas socioeducativas en este ámbito.

- ***Establecimiento y fortalecimiento de redes sociales:***

Las personas en situación de calle suelen tener relaciones familiares rotas o muy deterioradas. Las educadoras/es de calle facilitan la relación con las familias de aquellas personas usuarias que así lo desean, brindándoles apoyo para recuperar relaciones, ofreciéndoles pautas educativas para con sus hijas/os o acompañándolas y prestando apoyo en situaciones de violencia de género.

- ***Coordinación:***

Una de las características fundamentales de los programas de calle es que en numerosas ocasiones la labor profesional se centra en actuar como nexo entre las personas

participantes y los recursos existentes. Muchas veces para el acceso a los recursos se requiere de ciertos trámites o acciones muy variadas que implican diversas gestiones y comunicaciones, por lo que es fundamental que exista entre los equipos de calle y el resto de profesionales de otros dispositivos una buena predisposición y colaboración para garantizar una comunicación fluida y eficaz.

En Asturias, el trabajo de educación de calle es relativamente nuevo. Las intervenciones son desarrolladas por ONGs sin que exista un protocolo formal de trabajo conjunto con los servicios sociales, otras entidades de atención a personas en situación de calle, etc. Por lo que mejorar la información, seguimiento y coordinación entre las distintas organizaciones que atienden al colectivo de personas sin hogar redundaría en beneficio de las personas usuarias.

- ***Sensibilización y denuncia:***

Se llevan a cabo actuaciones dirigidas a sensibilizar a la población en general acerca de la realidad que puede suponer vivir en contextos de exclusión social, así como sobre la vulneración de los derechos. La población participante, a pesar de estar expuesta a las miradas de las demás personas, suele estar invisibilizada y es labor profesional visibilizar y sensibilizar al respecto, además de denunciar aquellas situaciones que atenten contra los derechos de ciudadanía de las personas en situación de calle.

Las/los profesionales de la educación de calle deben ser altavoces de las problemáticas colectivas, ya que si bien es cierto que se trabaja de forma individual con las personas, hay demandas y necesidades comunes como puede ser las dificultades de acceso a vivienda, la invisibilidad de las personas participantes la soledad, el aislamiento, la marginación, etc.

Es necesaria una mayor implicación política y de las administraciones y entidades que atienden a las personas sin hogar para garantizarles el acceso a los servicios mínimos. El empadronamiento, el acceso a unos recursos económicos de subsistencia y estables, el derecho a la vivienda, etc. Algunas veces son los propios recursos que atienden a personas en situación de calle los que no facilitan el empadronamiento, otras veces se expulsa a personas de recursos de exigencia adaptada sin tener en cuenta que la expulsión genera más perjuicio en la persona al negarle el acceso a los servicios básicos de supervivencia.

Pese a que se han puesto en marcha iniciativas como el Housing First, el acceso a la vivienda continúa siendo uno de los aspectos que más dificultades genera para este tipo de

población. Los bajos ingresos, la falta de avales, el deterioro físico y psicológico constituyen un escollo que imposibilita que arrendadores o agencias suscriban contratos de arrendamiento. Es necesario que los poderes públicos se impliquen y apuesten por políticas de vivienda que consideren el acceso a la vivienda como derecho fundamental y un paso previo para el abordaje de otros problemas sociales, de salud, laborales, etc.

- ***Evaluación:***

En los programas de calle, al igual que en otros proyectos y recursos, se realizan varias evaluaciones. Unas de carácter interno donde se valora el equipo de profesionales, las acciones y el diseño del proyecto. Y otra evaluación donde los participantes y las entidades con las que nos coordinamos pueden ir valorando nuestro trabajo a través de cuestionarios de evaluación que se les administran en diferentes momentos del proyecto y donde pueden proponer cambios o mejoras. A rasgos generales participantes y entidades valoran de forma muy positiva el equipo de calle resaltando la cercanía, la accesibilidad, el valor humano, la comunicación clara y comprensible, el conocimiento de prestaciones y recursos etc.

Como en todo proceso de evaluación hay espacios de mejora. Uno de los principales es la dificultad de las entidades en la obtención y manejo de datos estadísticos comunes y fiables, incluso las diferencias en la recogida y tratamiento de los datos entre municipios. Las distintas entidades que trabajan con personas en situación de calle lo hacen recogiendo datos para sus propias evaluaciones y memorias, no se recogen de manera conjunta, por tanto, todas las entidades son capaces de realizar un perfil de las personas en situación de calle que apenas varía entre ellas (sexo, edad, nacionalidad, nivel educativo, consumo de sustancias...), en cambio, no son capaces de dar respuesta al número de personas que se encuentran en situación de calle. La ausencia de datos comunes hace que se produzcan situaciones en la que la misma persona sea contabilizada por diversos recursos, de esta manera, por ejemplo, un albergue puede estar atendiendo a una persona usuaria que a su vez, puede ser atendida por un comedor social y por un equipo de calle, lo que supone que todas las entidades pueden estar atendiendo a la misma persona usuaria. Esta situación no implica un problema en sí mismo desde el punto de vista de la atención a las distintas necesidades de las personas, sino que exige un formato unificado del tratamiento de los datos, para una planificación adecuada de acciones futuras.

Buscar fórmulas fiables y efectivas de estudio y recogida sistemática de datos y puesta en común de los mismos para todas las entidades sería una forma eficaz de optimización de recursos.

## 4.5. Derechos y deberes en los centros de atención

Todo centro o recurso de atención debe contar con una carta de derechos y deberes de las personas que utilizan de manera temporal dichos recursos. Las cartas de derechos y deberes son un conjunto de normas que tienen dos objetivos: garantizar el respeto a la dignidad de las personas y que sea tenida en cuenta su opinión y, facilitar un clima de convivencia adecuado para garantizar la seguridad tanto de las personas atendidas como del personal y voluntariado del propio centro o recurso. Por tanto, debe existir un marco normativo básico en los centros, recursos y programas de baja exigencia basado en el respeto.

En los programas de calle el respeto mutuo debe ser la base de toda actuación.

Las normas básicas internas de los centros se deben regir por una serie de principios:

- No violencia, ni física, ni verbal tanto a las personas atendidas en los centros o servicios, como a las/los profesionales, como a todo lo que atente contra bienes materiales en el propio centro o servicio.
- Cada centro o recurso, dispondrá de su propio reglamento interno, acorde con sus particularidades. También dispondrá de una carta de derechos y deberes que deben actualizarse de forma periódica. Se debe favorecer la participación de las personas usuarias en la elaboración.
- Todos los centros y servicios han de disponer de mecanismos accesibles y eficaces para que las personas participantes presenten reclamaciones, quejas y sugerencias. Todas las quejas y sugerencias deben ser respondidas a la mayor brevedad. Deberá darse respuesta a quejas y sugerencias anónimas.
- Deben implementarse cauces de participación activa para que las personas atendidas puedan participar en la elaboración o modificación de las normativas (asambleas, reuniones, etc.).

En el momento de elaborar o modificar las normativas internas deben tenerse en cuenta una serie de recomendaciones:

- Debe estar escrita de manera clara, sencilla y comprensible.
- Debe estar en lugar visible y accesible para las personas usuarias del centro o recurso.
- No debe de ser muy extensa (que se visibilice máximo en un folio)

- Han de ser flexibles: las normativas deben diseñarse de forma que permitan flexibilidad en su aplicación teniendo en cuenta las características de la población usuaria de estos recursos o programas
- Los centros deben tener una carta de derechos y deberes, en su elaboración deberían participar las personas usuarias de los recursos.
- El procedimiento sancionador debe estar a disposición de los/as usuarios/as. Debe dejarse constancia por escrito del procedimiento sancionador y de las medidas adoptadas.
- Deben fomentar la autonomía personal y la toma de decisiones.

### ***Régimen sancionador:***

Todos los centros y servicios deben establecer y respetar procedimientos sancionadores ajustados a derecho y bajo el prisma de la ética profesional. Las expulsiones o cualquier otra medida de carácter disciplinario, no podrán aplicarse en ningún caso como decisión unilateral de la dirección o de alguno de los trabajadores, al margen del procedimiento establecido. El procedimiento sancionador podrá contemplar actuaciones de carácter sumario cuando las circunstancias lo requieran, respetando siempre la separación entre quien promueve y resuelve, así como el trámite de audiencia previa al interesado.

Las sanciones nunca podrán implicar la suspensión de las prestaciones básicas (alojamiento, alimentación, aseo), ni siquiera de forma temporal, salvo por motivos de seguridad, en estos casos se deberá realizar un informe motivado o solicitar en el caso necesario la intervención policial. En casos de faltas graves que supongan una expulsión temporal es necesaria la coordinación inter-recursos para garantizar el derecho de la persona usuaria a la cobertura de sus necesidades básicas.

La regulación de estos aspectos en el Reglamento de Régimen Interno ha de llevarse a cabo con el asesoramiento jurídico necesario para conjugar los derechos de las personas atendidas con la ejecución práctica de las sanciones cuando haya lugar.

## **4.6. Transversalidad de género en la atención**

Una perspectiva o mirada de género es aquella que tiene en cuenta las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres existentes en la realidad. Es decir, visibiliza el modo en que el género puede afectar la vida y las oportunidades de las personas para resolver sus problemas y dificultades.

A través de la imitación, desde la infancia adquirimos los roles de género en base a nuestra cultura y la manera de relacionarnos con ella.

A las mujeres se les atribuye mayor capacidad para las relaciones afectivas y se las socializa para que desarrollen con eficacia su rol reproductivo y se hagan cargo de las tareas de cuidado y atención personal. Los roles femeninos son considerados secundarios, promueven la dependencia y tienen poca visibilidad en el ámbito social y mucha en el familiar, este rol atribuido se halla fuertemente vinculado a su papel como madre y esposa. Estas dos funciones desempeñadas en el ámbito privado del hogar, son condicionantes de género que determinan por tanto, que las mujeres recurran como una estrategia de seguridad personal, pero también como parte de una elección individual, a formas de exclusión poco visibles, tratando de pasar desapercibidas incluso cuando se encuentran ya en situación de calle.

Desde esta perspectiva más amplia, puede entenderse el hecho de que hasta fechas relativamente recientes la exclusión y vulnerabilidad de las mujeres haya sido invisibilizada e infrarrepresentada en los estudios sobre exclusión social.

La importancia de las separaciones y conflictos con la pareja, así como las experiencias de abuso y violencia intrafamiliar han sido reconocidas como importantes factores desencadenantes de las situaciones de exclusión social para las mujeres y hombres, pero en el caso de las mujeres se suma la violencia de género como un importante factor de vulnerabilidad añadida.

Asimismo, también merece la pena destacar que una vez que las mujeres alcanzan las formas de exclusión más extremas, su situación de deterioro físico y mental tiende a ser mayor y suelen acumular un mayor número de problemáticas, tales como abuso de drogas, problemas de salud mental, vivencia de experiencias traumáticas asociadas fundamentalmente a la violencia de género y al trabajo sexual como estrategia de supervivencia.

Los recursos mixtos no suelen reparar en las necesidades de las mujeres, debido al sesgo de género con el que están concebidos. Históricamente los recursos y servicios de atención a personas sin hogar estaban diseñados para hombres y como ha quedado reflejado en el apartado de perfil de personas atendidas, mayoritariamente son hombres los usuarios de los mismos. Los recursos específicos existentes para mujeres se diseñan para atenderlas por sus responsabilidades familiares o por vivir situaciones de maltrato pero no hay recursos diseñados propiamente para atender a las mujeres sin hogar. Incorporar la perspectiva de género en los recursos de los que disponemos resulta fundamental para mejorar la atención a las mujeres en situación de calle.

Más allá de las separaciones físicas que pueda haber en un centro mixto, de los elementos que se dispongan para tratar de diferenciar unas zonas de otras, o de los dispositivos que permitan espacios más seguros (cámaras) o íntimos (cerraduras), existe un consenso generalizado

acerca de que la atención debe estar centrada no solo, pero fundamentalmente, en el modelo de atención y en la labor de los y las profesionales.

La clave está en la manera en la que las y los profesionales gestionan el sistema de atención, teniendo en cuenta dos aspectos esenciales desde la perspectiva de género: identidades y roles de género en el acompañamiento es decir, centrarse en las necesidades, expectativas, capacidades y preferencias de cada mujer y enfocarla hacia la autonomía personal y la participación social.

El concepto de multidimensionalidad de la exclusión social debe comprenderse ligado al de interseccionalidad, según el cual, las distintas discriminaciones que sufre una persona interactúan entre si hasta conformar una identidad. En el caso de las mujeres sin hogar, la carencia de vivienda, la pobreza, los déficits afectivos y los problemas de drogodependencias o salud mental, entre otros se entrecruzan con la subalternidad de género, Las necesidades y demandas de estas mujeres, además, no son estáticas, sino que van cambiando con el paso del tiempo.

Es necesario por tanto identificar necesidades individuales y ofrecer servicios que les den respuesta desde un enfoque multidimensional, adecuando los espacios y recursos (vestuarios diferenciados, incorporar necesidades específicas de higiene, espacios para visitas familiares, atención psicológica, salud sexual y reproductiva., etc.)

La formación y sensibilización de profesionales y voluntariado en estereotipos sexistas e igualdad de género, la incorporación de la perspectiva de género en las entidades recogiendo datos desagregados por sexo y analizando el recorrido histórico de los mismos para diseñar, planificar y corregir actuaciones futuras que tengan en cuenta las necesidades de mujeres y hombres son otro de los ejes fundamentales para mejorar la atención.

#### **4.7. La Salud mental en la perspectiva de RRD**

Si bien el presente documento se centra en las metodologías y buenas prácticas vinculadas a los dispositivos de RRD con el perfil de atención anteriormente descrito, es inevitable hacer una mención especial a un área estrechamente relacionada con esta temática: la salud mental y su importancia en esta población.

Como se detalló en el apartado 4.2. la exclusión social grave es un denominador común en la mayoría de las personas que se atienden desde los centros, y este contexto incluye situaciones de extrema pobreza, de carencia de vínculos familiares y sociales, de rechazo comunitario y de consumos de alcohol y drogas. En este escenario tan dramático, la incidencia de la salud mental es muy alta, como no cabría esperar de otro modo cuando confluyen simultáneamente

situaciones tan extremas. Para exponer algunas líneas sobre esta temática tan amplia, es de obligada referencia la mención al reciente monográfico publicado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría en 2018, *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, Vol 15, nº 1*, compilado por Pedro Marina, que recoge artículos de diversos autores, haciendo especial énfasis en la situación de Asturias, con relación a “Las Personas Sin Hogar y la Atención Comunitaria”.

La prevalencia de los trastornos mentales (TM) en las personas sin hogar (PSH) se sitúa, como parece evidente, de un modo muy alto con respecto a la población general, con mayor prevalencia de consumos de tóxicos y alcohol y, en segundo lugar, de trastornos mentales graves (Cabrera y Rubio, 2008). Más allá del debate sobre la relación causa-efecto en el binomio PSH-Salud mental, que excede el presente trabajo, y considerando diferentes posiciones sobre un planteo que podría generar confusiones semánticas por la diferencia entre “*personas sin hogar con problemas de salud mental*” y “*personas con problemas de salud mental sin hogar*” (Cohen y Thomson, 1992; Muñoz, *et.al.* 2004), puede hablarse de una relativa prevalencia de los diagnósticos de la población atendida, destacando los cuadros depresivos y por inducción de sustancias tóxicas y alcohol, y luego, cuadros distímicos y esquizofrénicos. Es menester poner de relieve que la intervención clínica y sanitaria sobre este tipo de situaciones debe llevarse a cabo por los centros y profesionales habilitados a tales fines (psiquiatras y psicólogos, UTT, CSM) y que la labor socio-educativa es una competencia compartida con los distintos profesionales de todos los centros de atención.

Más arriba se ha descrito con más detalle que las personas que acuden a los servicios de RRD han vivido múltiples acontecimientos traumáticos en sus vidas, y que cuando éstos se concatenan y se mantienen –simultáneamente o no– varios de ellos en el tiempo, constituyen un factor de riesgo tan alto que aboca, la mayoría de las veces, a la exclusión severa, con las consecuencias que ello implica.

Dentro de los factores de riesgo vinculados a los cuadros de salud mental relacionados con la exclusión social (Robichaud *et.al.* 1994) el peso recae en los factores asociados a los vínculos o redes sociales y al vector socio-económico. Suelen dividirse en tres tipos de factores: *Individuales*, asociados al bagaje genético, la condición física/orgánica y al temperamento; *Relacionales*, basados en los cuidados y apegos básicos, y a los efectos de necesidades en el contexto, que genera preocupación en las figuras parentales (disminución de capacidades de afrontamiento, aumento de aflicción anímica, pérdida de poder, sensación de vergüenza, negligencia o violencia), que generan a su vez efectos de perturbación en las conductas de los menores; y *Ambientales*, relacionadas con fracturas familiares, condiciones de vida estresantes, influencias y ambientes del contexto habitable, capacidad laboral y económica y aislamiento social. De todas las características, esta última tiene en sí misma un peso devastador, presente

casi siempre en personas de larga trayectoria de vivir en la calle, y está asociada directamente a la falta de redes o apoyos socio-familiares, asociada a un sentimiento progresivo de pérdida de pertenencia y segregación.

Como se plantea en uno de los artículos del monográfico referenciado al comienzo de este apartado (Luengo *et.al.*, 2018) la atención burocrática y sectorizada de la atención sanitaria especializada (sobrepasada seguramente en los cupos de atención) genera un desvío, concretado en una delegación de la atención de las personas en situación de exclusión social con problemas de salud mental hacia las entidades sociales, casi en su totalidad, organizaciones civiles sin ánimo de lucro, que son las que finalmente atienden las demandas básicas, con las dificultades añadidas que supone en centros no especializados en estas problemáticas. No se pretende plantear que estas situaciones sólo deben ser atendidas por un sector especializado, sino enfatizar en la organización y coordinación entre los servicios sanitarios, sociales y entidades del Tercer Sector; para dar una cobertura verdaderamente integral a personas con problemas en diversos ámbitos. En este sentido las ONG's suelen tener mayor capacidad de adaptación y flexibilidad, y mayor proclividad a la coordinación; cabe esperar que los servicios sociales y sanitarios hagan también ese esfuerzo por el bien de una atención integral de verdad.

Por último, y aunque también excede el marco del presente protocolo, es importante mencionar que la conjunción de una situación social severa (exclusión y/o sinhogarismo) y otra sanitaria (trastornos mentales) exige un marco de intervención comunitaria, y en este sentido cabe destacar el concepto de Determinantes Sociales de la Salud (para quien esté interesado en una introducción conceptual, remitimos al Blog de Salud Comunitaria de Rafael Cofiño, que viene trabajando en Asturias desde hace varios años ese concepto). Los DSS es un modelo (con algunos referentes importantes; Marmot y Wilkinson, 2006) que describe y analiza la relación dinámica entre las personas y los entornos a diferentes niveles (sanitario, social, económico, cultural, etc.), y de qué manera se influyen o conectan esas relaciones y qué resultados producen. El peso de este modelo en las Personas sin hogar (PSH) radica en las consecuencias constatadas de que determinadas condiciones de vida adversas generan peores indicadores de salud (física y mental). Desde esta perspectiva se debe tener sumo cuidado con los diagnósticos de las situaciones, para no caer en el error metodológico y práctico de focalizar sólo en un aspecto, cuando son varios los que intervienen. Como se menciona en un artículo ya citado (Puente y Espina, 2018) no se trata de defender un determinismo social en contra de un reduccionismo biológico, sino de entender que ambos enfoques interactúan, sin que pueda establecerse muchas veces una relación unívoca de causa-efecto, por lo que el abordaje no debe centrarse en sólo en un ámbito (ej. la salud mental) cuando la inconsistencia del otro abordaje (social) provocaría un efecto siniestro de reforzamiento del sistema que produce la exclusión.

## 5. CLASIFICACIÓN Y TIPOLOGÍA DE LOS DISPOSITIVOS EN ASTURIAS

En Asturias, existen diversas tipologías de centros, dispositivos o programas de baja exigencia o RRD en los que se aplican distintos niveles de intensidad en las intervenciones a las personas usuarias y por tanto distintos niveles de exigencia. En general, podemos clasificarlos atendiendo al cuadro siguiente:

TIPOS DE CENTROS DE BAJA EXIGENCIA	SUBTIPOS
Centros Residenciales	Albergues Centro de acogida a personas con adicciones Centros residenciales para personas a tratamiento con metadona Programa de viviendas Housing First
Centros de día	Atención a Personas Sin Hogar (PSH) Atención a PSH con problemas de adicciones Atención a PSH a tratamiento con metadona
Centros Nocturnos	Centros nocturnos de Atención a Personas Sin Hogar
Atención en calle	Equipos de profesionales de trabajo de calle
Comedores sociales	Con equipo de atención social / Sin equipo de atención social

Recursos de Mantenimiento con Metadona del sistema sanitario

Programas de mantenimiento con metadona	Unidades de Tratamiento de toxicomanías o Unidades de dispensación de Metadona
	Metabuses

TIPOS DE CENTROS DE BAJA EXIGENCIA	SUBTIPO	DEFINICIÓN	FINALIDAD	USUARIOS/AS	ACTUACIONES BÁSICAS	ACCESO
Residenciales	Albergues	Recursos destinados a procurar, con carácter temporal, la prestación de servicios básicos. Constituyen un instrumento para desarrollar intervenciones de normalización de la convivencia, actuando como apoyo en los procesos de incorporación social	Facilitar alojamiento, manutención y servicios básicos de higiene y aseo, a las personas en situación de emergencia social, informando y asesorando de todos los recursos disponibles.	Este servicio va dirigido a personas sin hogar o que están de paso, con escasos o nulos recursos económicos, sin familia o con lazos familiares rotos, carentes de recursos socio-laborales y relaciones sociales, lo cual les lleva a encontrarse en una situación de exclusión social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acogida</li> <li>- Cobertura de necesidades básicas:</li> <li>alojamiento,</li> <li>manutención e</li> <li>higiene personal.</li> <li>- Información, orientación y asesoramiento</li> <li>sobre sus derechos y el acceso a los recursos existentes</li> <li>- Motivación y derivación a otros recursos y/o servicios de protección social.</li> </ul>	El acceso a este recurso se realiza, principalmente, a través del Centro de Servicios Sociales Municipal. También puede realizarse a iniciativa particular.

TIPOS DE CENTROS DE BAJA EXIGENCIA	SUBTIPO	DEFINICIÓN	FINALIDAD	USUARIOS/AS	ACTUACIONES BÁSICAS	ACCESO
Residenciales	Centro de acogida a personas con adicciones	Proporciona alojamiento y cobertura de necesidades básicas a las personas sin hogar toxicómanas en activo. Desarrolla el programa de intercambio de jeringuillas del Plan de Drogas autonómico.	Reducir el daño ocasionado por el consumo y fomentar hábitos saludables de convivencia. Promover procesos de incorporación social y de deshabituación de las drogas mediante la derivación a recursos especializados.	Personas mayores de edad con problemas de drogadicción en situación de emergencia social, es decir, con escasos o nulos recursos económicos y sin una red de apoyo familiar y/o social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cobertura de necesidades básicas.</li> <li>- Desarrollo de planes de acompañamiento con las personas que lo soliciten para iniciar un proceso de incorporación social.</li> <li>-Actividades ocupacionales.</li> <li>- Actividades para la reducción del daño</li> </ul>	Por iniciativa del propio usuario/a. Personas Mayores de edad y consumidores en activo.

TIPOS DE CENTROS DE BAJA EXIGENCIA	SUBTIPO	DEFINICIÓN	FINALIDAD	USUARIOS/AS	ACTUACIONES BÁSICAS	ACCESO
Residenciales	Centros residenciales para personas a tratamiento con metadona	Dispositivo residencial para personas a tratamiento con mantenimiento con metadona derivadas desde la Unidad de Tratamiento de Toxicomanías.	Tratar los problemas de adicción a las drogas en programa residencial para mejorar la calidad de vida de las personas incluidas en el mismo.	Personas a tratamiento con sustitutos opiáceos derivados desde los servicios de salud mental.	Las prestaciones ofrecidas incluyen: - Elaboración de un plan personalizado de intervención. - Apoyo psicológico, tratamiento grupal e individual. - Apoyo en el proceso de incorporación socio-laboral. - Programas de prevención de recaídas y de habilidades sociales. - Programa de educación para la salud, custodia de medicación. - En los casos atendidos, se proporciona además alimentación y alojamiento y controles toxicológicos.	Por iniciativa del propio usuario/a. Personas Mayores de edad y consumidores en activo.

TIPOS DE CENTROS DE BAJA EXIGENCIA	SUBTIPO	DEFINICIÓN	FINALIDAD	USUARIOS/AS	ACTUACIONES BÁSICAS	ACCESO
Residenciales	Programa de Viviendas Housing First	El modelo HOUSING FIRST parte del Derecho a la Vivienda como principio metodológico básico. Es un modelo de intervención para personas sin hogar, que se encuentran en peores condiciones y en una situación de calle cronificada. Se basa en la facilitación de una vivienda como primer paso hacia un proceso de incorporación social, apoyado en un modelo de intervención que se limita y ajusta a las demandas y necesidades de las personas que las habiten, y en segundo lugar, facilitar un apoyo profesional para una intervención a demanda de cada persona.	Facilitar con carácter permanente una vivienda como primer paso hacia un proceso de incorporación social, apoyado en un modelo de intervención que se limita y ajusta a las demandas y necesidades de las personas que las habiten, y en segundo lugar, facilitar un apoyo profesional para una intervención a demanda de cada persona.	Personas mayores de edad que viven en la calle con larga trayectoria,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ofrecer y proporcionar, desde una metodología de gestión de casos y reducción del daño, apoyos y servicios que requiera la persona.</li> <li>- Apoyo en la gestión de mantenimiento diario de la vivienda (limpieza, compras, etc.)</li> <li>- Apoyo en el logro de una autonomía progresiva para el mantenimiento independiente y responsable en la vivienda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser mayor de edad.</li> <li>- Llevar viviendo 3 años o más en la calle, con una situación cronificada</li> <li>- Poseer problemáticas de drogodependencias en activo, salud mental u otras</li> <li>- Poseer autonomía funcional para las AVD</li> <li>- En el caso de poseer ingresos económicos, no superar el importe vinculado al de la prestación del salario social básico</li> <li>- Voluntariedad y motivación para la incorporación al programa</li> <li>- Acreditar arraigo en el municipio de, al menos, un año</li> </ul>

TIPOS DE CENTROS DE BAJA EXIGENCIA	SUBTIPO	DEFINICIÓN	FINALIDAD	USUARIOS/AS	ACTUACIONES BÁSICAS	ACCESO
Centros de día	Atención a PSH	Dispositivo de atención diurna no residencial que ofrece apoyo de baja intensidad a personas en situación de vulnerabilidad	Mejorar la calidad de vida de las personas en situación de vulnerabilidad, ofreciendo un lugar de descanso y relación donde permanecer durante el día , relacionarse en ambiente positivo y atender sus necesidades básicas (alimentación, higiene, seguridad,) además de favorecer el vínculo y romper el aislamiento con el resto de la sociedad y sus recursos	Personas en situación sin hogar que presentan un significativo deterioro personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantenimiento, higiene, vestuario, lavandería y consigna.</li> <li>- Prestaciones de información, valoración, orientación, asesoramiento</li> <li>-Actividades informativas, formativas y de ocio.</li> </ul>	Personas mayores de edad que se encuentren en exclusión social y presenten un grave deterioro personal y/o significativas dificultades para el acceso a la red de recursos sociales

TIPOS DE CENTROS DE BAJA EXIGENCIA	SUBTIPO	DEFINICIÓN	FINALIDAD	USUARIOS/AS	ACTUACIONES BÁSICAS	ACCESO
Centros de día	Atención a PSH con problemas de adicciones	Dispositivo de atención diurna que proporciona tratamiento ambulatorio a personas drogodependientes y/o a personas usuarias de los programas de mantenimiento con metadona con peor situación socio-sanitaria	Provisión de Programas Terapéuticos, Reducción del Daño, atención socio-sanitaria de forma ambulatoria y en régimen de estancia diurna	Personas mayores de edad, preferentemente incluidas en programas de mantenimiento con metadona. Personas consumidoras que deseen acceder al programa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Régimen de media pensión de lunes a viernes.</li> <li>- Administración y manejo de dosis de medicamentos sustitutivos opiáceos.</li> <li>- Controles toxicológicos.</li> <li>- Coordinación con los recursos comunitarios, públicos y privados.</li> <li>- Actividades de Prevención en los ámbitos comunitario, educativo, familiar y laboral.</li> </ul>	Personas mayores de edad, derivadas de UTT/SM del Área VII, incluidas en programa de mantenimiento con sustitutivos opiáceos, preferencialmente mujeres, que deseen realizar un programa de tratamiento encuadrado en los objetivos de los programas de Reducción de Daños, en régimen de Centro de Día, así como sus familias y personas de su entorno.

TIPOS DE CENTROS DE BAJA EXIGENCIA	SUBTIPO	DEFINICIÓN	FINALIDAD	USUARIOS/AS	ACTUACIONES BÁSICAS	ACCESO
Centros de día	Atención a PSH a tratamiento con metadona	Tratamiento para personas en mantenimiento con metadona. Las personas incluidas en este tratamiento son derivadas para su evaluación desde la red de Salud Mental de Asturias. Finalizado el Programa de Evaluación, las personas inician el tratamiento por adicción a las drogas en el itinerario más adecuado a su situación personal, pudiendo realizarlo de manera residencial, en centro de día o ambulatoriamente.	Mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentran en un programa de mantenimiento con metadona y precisen actuaciones encaminadas a mejorar su calidad de vida.	Personas mayores de edad a tratamiento con metadona que demanden su inclusión en el programa	Las prestaciones ofrecidas incluyen la elaboración de un plan personalizado de intervención, apoyo psicológico, tratamiento grupal e individual, apoyo en el proceso de incorporación socio-laboral, programas de prevención de recaídas y de habilidades sociales, programa de educación para la salud. En los casos atendidos residencialmente, se proporciona además alimentación y alojamiento y controles toxicológicos	El acceso a este recurso se realiza por derivación desde las Unidades de tratamiento de toxicomanías

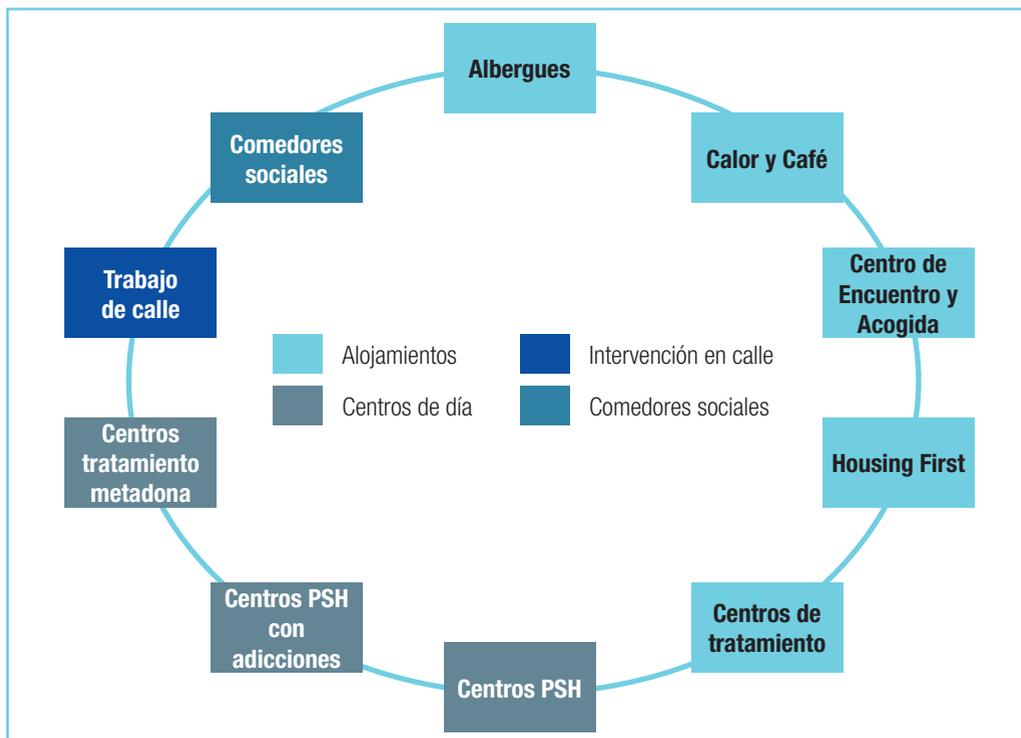
TIPOS DE CENTROS DE BAJA EXIGENCIA	SUBTIPO	DEFINICIÓN	FINALIDAD	USUARIOS/AS	ACTUACIONES BÁSICAS	ACCESO
Centros nocturnos de atención a personas sin hogar	Servicio de atención básica nocturna destinado a personas sin hogar que proporciona alojamiento nocturno y alimentación frugal y reduce los graves efectos del aislamiento y la soledad.	Dar “respuesta inmediata” a las necesidades de “amparo nocturno”, posibilitando un descanso seguro en horario nocturno durante el tiempo que las personas deseen	Cobertura de necesidades básicas: Alojamiento nocturno, alimentación frugal, etc. Crear un vínculo con las personas que pernoctan en estos centros para facilitar la incorporación a otros recursos sociales que mejoren sus condiciones de vida.	Personas mayores de edad que pernoctan en la calle que tienen una situación de desarraigo, marginación y exclusión y que por sus características no pueden hacer uso de otro tipo de recursos para pernoctar.	Se accede por iniciativa del propio usuario/a en los horarios establecidos en cada centro.	Personas mayores de edad que se encuentren en exclusión social

TIPOS DE CENTROS DE BAJA EXIGENCIA	SUBTIPO	DEFINICIÓN	FINALIDAD	USUARIOS/AS	ACTUACIONES BÁSICAS	ACCESO
Atención en calle	Equipos de profesionales de trabajo de calle	Programas destinados a mejora de las condiciones de vida de las personas que se encuentran en situación de calle, generando oportunidades que favorezcan su bienestar social. El ámbito de intervención del proyecto, es la calle, entendiendo ésta como espacio y medio de vida y de relación de las personas participantes, es en ella donde se establecen relaciones de confianza que dan paso a un mayor conocimiento y detección de necesidades.	Generar vínculo con las personas en situación de calle para trabajar hacia la inclusión ,llevando a cabo labores muy diversas y variadas que van desde la reducción de daños y gestión de riesgos, intercambio de jeringuillas, información sobre enfermedades y sus vías de transmisión, hasta el desarrollo de itinerarios de inclusión social, pasando por la mediación, las gestiones, los acompañamientos, etc.	Todas aquellas personas que por diferentes circunstancias, se encuentran en situación de riesgo o exclusión social siendo su medio de vida y/o relación "la calle" .	Ser una persona de referencia para las personas en situación de calle y para la comunidad de cara a favorecer el vínculo y acompañar a la persona en aquellas situaciones en las que precise apoyo ( información y orientación, mediación, acompañamiento, educación para la salud, intercambio de jeringuillas...)	Personas mayores de edad en situación de riesgo o vulnerabilidad.

TIPOS DE CENTROS DE BAJA EXIGENCIA	SUBTIPO	DEFINICIÓN	FINALIDAD	USUARIOS/AS	ACTUACIONES BÁSICAS	ACCESO
Comedores sociales	Con equipo de atención social y sin equipo de atención social	Recurso destinado a cubrir necesidades básicas de alimentación a personas en situación de vulnerabilidad o riesgo de exclusión social. Estos recursos pueden contar con equipo de atención social o no disponer del mismo.	Atender a las necesidades básicas de alimentación. En los recursos en los que si hay equipo de atención social además de alimentación todas aquellos actuaciones destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas usuarias.	Personas mayores de edad en situación de vulnerabilidad o riesgo de exclusión social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manutención.</li> <li>- En el caso de que cuenten con equipo de atención social actuaciones destinadas a favorecer la participación activa de la persona y su incorporación social.</li> </ul>	Personas mayores de edad en situación de vulnerabilidad social. Pueden ser derivadas de otros recursos.

## Tipos de dispositivos de atención en RRD

Dispositivos de RRD en Asturias	
<b>ALOJAMIENTOS</b>	<b>Albergues de transeúntes y de BE</b> (Oviedo, Gijón, Avilés) <b>CEA</b> (Oviedo) <b>Ctro. de tto. de Metadona</b> (Oviedo) <b>Housing First</b> (Oviedo, Gijón y Avilés)
<b>CENTROS DE DÍA</b>	Dispositivos diurnos para <b>PSH</b> Dispositivos diurnos para <b>PSH con adicciones</b> Dispositivos ambulatorios para personas con <b>tto. metadona</b>
<b>INTERV. EN CALLE</b>	Equipos de intervenciób n en calle Equipos rodantes (metabús)
<b>COMEDORES</b>	Comidas y cenas



Cuadro elaborado por Pablo Puente Baldomar

## 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL GRUPO DE TRABAJO

Como consecuencia de las reuniones e intensos debates del grupo de trabajo para la elaboración de este documento, han surgido una serie de conclusiones y recomendaciones que se exponen a continuación:

**Si bien existen bases de datos de personas sin hogar, se desconoce el número real de personas en esa situación. Las personas usuarias rotan por los distintos recursos y por tanto se recoge la misma persona varias veces. También ocurre lo contrario, hay personas en situación de calle que al no acceder a recursos no son detectadas por el sistema.**

- Realizar un conteo de personas sin hogar en Asturias en coordinación con todos los recursos.
- Unificar datos y criterios con la entidades de exigencia adaptada para dar respuesta a necesidades comunes de todas las entidades (conteo de personas sin hogar, datos estadísticos, necesidades formativas, etc.)
- Integrar a las entidades dentro del programa informático SIDRO (Sistema de información sobre drogas) en un apartado específico sobre RRD.

**Se incumplen sistemáticamente los derechos de las personas sin hogar (negarles el empadronamiento, acceso a recursos, acceso a vivienda, etc.)**

- Las entidades de atención a personas sin hogar deben realizar una labor de difusión y denuncia.
- Es necesario que se establezcan requisitos comunes para el empadronamiento teniendo en cuenta las necesidades específicas de las personas sin hogar.
- El Salario Social Básico, debe de establecer medidas que garanticen el derecho de las personas sin hogar a la percepción de la prestación. Es necesario tener en cuenta que no tienen un lugar de referencia (debido a la dinámica de funcionamiento de los recursos, las personas usuarias suelen rotar de uno a otro, ingresar en centros, etc.) lo que dificulta el seguimiento y sería necesario introducir criterios más flexibles para estos casos.

**Las normativas son distintas en cada centro. Es necesario tener en cuenta que la expulsión de personas usuarias de los recursos de exigencia adaptada significa negarles el acceso a recursos de primera necesidad**

- Proponer cambios vinculados a la flexibilidad y adaptación de los centros para garantizar que los derechos de las personas usuarias sean preservados y sus necesidades básicas cubiertas.

- Realizar formación en buenas prácticas y ética en la intervención para personal que trabaja en servicios y recursos de exigencia adaptada
- Facilitar que las entidades de exigencia adaptada puedan presentar casos en las comisiones bioéticas existentes o en espacios formales de coordinación sociosanitaria.

### **Mejorar la detección de personas en situación de calle y favorecer su acceso a la red de recursos.**

- Aumentar el número de educadoras/es de calle y diversificar los horarios de atención.
- Formar y sensibilizar a profesionales de Servicios Sociales y Sanitarios para facilitar la atención al colectivo de personas en situación de calle.
- Trabajar en red mejorando la coordinación entre servicios (entre entidades del tercer sector, servicios sociales, sanitarios, etc.) para mejorar la atención y los cuidados de las personas participantes de los recursos.

### **Incorporar el enfoque de género como eje transversal en la atención prestada por la red de recursos de exigencia adaptada.**

- Mejorar la formación del las/los profesionales de atención.
- Desagregar los datos por sexo teniendo en cuenta la multidimensionalidad de la exclusión.
- Elaborar un protocolo de acogida desde el enfoque de género.
- Articular mecanismos de detección de mujeres en situaciones de calle.
- Ajustar las respuestas, tanto de carácter preventivo como asistencial, a las distintas necesidades que presentan mujeres y hombres.
- Organizar los centros y recursos teniendo en cuenta la perspectiva de género.

### **Prestar atención continuada a las personas trabajando en red entre los distintos recursos.**

- Establecer cauces de comunicación y coordinación entre las entidades del tercer sector y servicios sociales y sanitarios para prestar una atención ágil y de calidad a las personas atendidas.
- Realizar rotaciones para conocer experiencias de trabajo de otras entidades y recursos, a los efectos cooperativos de la interacción entre dispositivos vinculados al ámbito, y el conocimiento recíproco de diferentes metodologías.
- Establecer reuniones y coordinación para optimizar y establecer seguimientos y gestión de casos.

## 7. GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Abuso de sustancias:** patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más problemas asociados, durante un período de 12 meses, en una de las siguientes cuatro áreas vitales: Incapacidad para cumplir las obligaciones principales, consumo en situaciones peligrosas como la conducción de vehículos, problemas legales y/o consumo a pesar de dificultades sociales o interpersonales asociadas.

**Aceptación:** situarse ante los demás, recibéndolos tal y como son, lo que no equivale a aprobar su comportamiento, si no a entender al otro dentro del contexto.

**Acompañamiento:** proceso de acompañar. Acompañar es avanzar “al lado de”. Avanzar “al lado de” es compartir un proyecto común. Acompañar es mirar de otra manera a la persona y su historia, para que ella pueda verse de otra forma. Es creer en sus potencialidades, ayudarle a tomar conciencia y a desarrollarse, sea cual sea su estado actual. Acompañar es mediar entre las instituciones, más o menos burocratizadas de una sociedad y las personas que, por estar excluidas no puedan hacer valer sus derechos

El acompañamiento como metodología permite trazar un proyecto con la persona, teniendo en cuenta el punto de partida y las condiciones del contexto (económicas, políticas, sociales, culturales...) que actuarán como factores de riesgo o de protección.

**Actitud no enjuiciadora:** el profesional debe abstenerse de hacer juicios valorativos de carácter clasista, sexista, étnico o cultural, para permitir una relación de empatía con la persona usuaria. Las/los trabajadores sociales nunca deben desaprobador la conducta de los demás y por el contrario tendrán comprensión; no pueden y no deben ser parciales ante la miseria y los males individuales y sociales.

**Adaptabilidad:** interacción entre el individuo y el medio en que vive. La adaptación marca, por una parte, la modificación armoniosa de la conducta respecto de las condiciones del medio; por otra parte, la evolución del medio en el cual y sobre el cual el individuo actúa.

**Adicción o persona adicta a las drogas:** enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Esta afectación depende de: patrón de consumo (frecuencia, intensidad), tipo de sustancia, características idiosincráticas individuales, de contexto (familiar, social y cultural). Las pautas que rigen para

esta categoría se toman del DSM IV o de la Clasificación de los Trastornos Mentales de la OMS (CIE 10)

**Alcoholismo:** patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los siguientes elementos en algún momento en un periodo continuado de 12 meses.

1. Consumo recurrente de alcohol, que da lugar a incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa.
2. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
3. Problemas legales repetidos relacionados con el alcohol.
4. Consumo continuado de alcohol a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o continuos causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

**Asertividad:** capacidad de decir lo que hay que decir en el momento oportuno y de la forma más adecuada para no dejarse influir y mantener siempre su propio código deontológico.

**Autocuidado:** actividades de salud no organizadas y decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.; comprende la automedicación, el autotratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un “entorno natural”, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud.

**Autoestima:** formación cognitiva y subjetiva que, a partir de atribuciones, una persona realiza respecto de cualidades físicas o psíquicas, habilidades, competencias, éxitos, fracasos, etc. Es un concepto funcional que se apoya en la autovaloración de la persona en aspectos (cualidades o dimensiones) que posee (o cree poseer), influidos por la interpretación y vivencias de experiencias que cada persona califica de positivas o negativas.

**Baja Exigencia:** concepto clásico de intervención en materia de reducción de riesgos y daños, basado en mínimas exigencias de la intervención considerando la afectación de la persona usuaria de los servicios, y que implica unos principios básicos de actuación: inmediatez, flexibilidad, adaptación y proximidad, sin condicionar la intervención.

**Bioética:** área de la ciencia destinada al estudio de los problemas éticos vinculados a la investigación y aplicación biológica y sanitaria en los seres humanos, basada en cuatro principios fundamentales: respeto de la autonomía, no-maleficencia, beneficencia y justicia.

**Burnout:** (conocido como “síndrome del quemado”) es un constructo que define una disfunción personal y profesional en un contexto laboral básicamente de tipo asistencial, que implica deterioro y desgaste de los profesionales que llevan a cabo un trabajo. Los síntomas característicos del síndrome pueden dividirse en cuatro categorías: emocionales (depresión, irritación, pesimismo, intolerancia, apatía, indefensión), cognitivos (pérdida de significados, valores, expectativas, creatividad y concentración ligados a la tarea), conductuales (evitación de responsabilidades y toma de decisiones, inadaptación, absentismo, desorganización, aumento de uso de sustancias estimulantes, etc.) y sociales (aislamiento, conflictos interpersonales, criticismo grupal, disfunción relacional, evitación profesional).

**Confidencialidad:** término que hace referencia a lo que se hace o dice en confianza, esto es: con seguridad recíproca entre dos o más personas. Seguridad de qué: de que cada cual conozca su deber y lo cumpla. La confidencialidad es uno de los pilares de la confianza, sobre la que se sustenta la relación profesional.

**Cronicidad:** cualidad, índole o característica de lo crónico que se refiere de una enfermedad de una duración prolongada, de una dolencia de manera frecuente o que procede de un tiempo atrás o en el pasado. OMS. La pobreza crónica introduce una dimensión temporal que es muy importante: no solamente saber si “eres pobre” hoy, sino también “cuán pobre eras ayer y cuál –seguramente– será tu situación mañana”. Los pobres crónicos son aquellos que no salen de la pobreza, más allá del crecimiento económico del país.

**Derechos Humanos:** son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de raza, sexo, nacionalidad, origen étnico, lengua, religión o cualquier otra condición. Entre los derechos humanos se incluyen el derecho a la vida y a la libertad; a no estar sometido ni a esclavitud ni a torturas; a la libertad de opinión y de expresión; a la educación y al trabajo, entre otros muchos. Estos derechos corresponden a todas las personas, sin discriminación alguna.

**Distímico:** estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. (Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año).

**Drogas:** toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

**Empatía:** constructo teórico, utilizado predominantemente en psicología, que hace referencia a la capacidad de una persona para comprender a otra (“ponerse en el lugar de otra persona”), a partir de los estímulos cognitivos y afectivos, siendo de esta manera un concepto multidimensional, donde se ponen en juego vectores instintivos, cognitivos y emocionales.

**Estabilidad emocional:** capacidad de la persona ante situaciones adversas de mantenerse o volver a un estado de equilibrio, de manera automática y recursiva, sin haber operado ninguna fuerza externa. Existen diferencias en el grado en que las personas volvemos a un estado de equilibrio tras experimentar una situación emocionalmente inestable. Es decir, los individuos varían en su capacidad para mantener su estabilidad psicológica al hacer frente a las presiones difíciles del contexto.

**Estigmatización:** producto de varios procesos sociales simultáneos de , estereotipación, distanciamiento social, segregación, degradación y discriminación que ocurren en un contexto de poder asimétrico.

**Exigencia adaptada:** matiz conceptual sobre la definición clásica de “baja exigencia”, basada en los mismos principios de intervención, con el objeto de evidenciar los efectos performativos del lenguaje para evitar la legitimación de una subjetividad estanca o incapaz, y promover en la medida de cada persona, la asunción de compromisos y responsabilidades. Incluye una referencia a la intensidad de la intervención, que debe detectarse por los profesionales y ajustarse a las necesidades vitales de cada persona, en cada momento (evitando situaciones de hipo/hiper estimulación), en un marco de intervención de alta flexibilidad.

**Exclusión:** apartar o quitar a alguien o algo de un lugar o de un grupo. El término es utilizado en distintas disciplinas y ha adquirido diferentes acepciones. En demografía es la prohibición de inmigración de algún país. En política es la privación de participar en grupos políticos determinados, sea por razón de tener tendencias diferentes a cualquier otro motivo. En sociología es la no admisión de personas en un grupo o la separación de personas para pertenecer a él o la falta de acceso a las garantías que ofrece dicho grupo.

**Exclusión Social:** proceso social de separación de un individuo o grupo respecto a las posibilidades laborales, económicas, políticas, culturales a las que otros tienen acceso y disfrutan.

**Género:** término utilizado para describir las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales, mientras que sexo se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente.

Las personas nacen con sexo masculino o femenino, pero aprenden a ser niños y niñas que se convierten en hombres y mujeres. Este comportamiento aprendido compone la identidad de género y determina los papeles de los géneros.

**Igualdad de género:** ausencia de discriminación basada en el sexo de la persona en materia de oportunidades, asignación de recursos y beneficios o acceso a los servicios.

**Indefensión aprendida:** Procesos por los que las personas son incapaces de reaccionar ante situaciones dolorosas. La teoría de la indefensión aprendida se basa en que las personas se inhiben mostrando pasividad cuando las acciones para modificar las cosas, no producen el fin previsto.

**Intensidad:** grado de fuerza o de energía con que se realiza una acción o se manifiesta un fenómeno, un sentimiento, etc. Hay dos intensidades en juego: la del profesional y la de la persona atendida.

Concepto que va de la mano de la exigencia, tanto a la hora de intervenir como de estructurar los recursos. En ambas, se establece de manera frecuente una estructura de niveles (medio, alto y bajo), que determina la intervención que se realiza con las personas usuarias.

**Outreach:** método inspirado en la educación sanitaria y social, dirigido a poblaciones marginales, que implica trasladar la intervención al medio o entorno en el que se encuentran las personas, lo que promueve acciones centrífugas, buscando el acercamiento a los distintos colectivos diana.

**Pluripatologías asociadas al consumo de drogas:** situación en la que una persona vive con múltiples enfermedades (generalmente 3 o más), simultáneas, crónicas e incurables (OMS). En el caso de personas consumidoras de drogas las enfermedades asociadas además de los trastornos psiquiátricos, SIDA, Hepatitis, infecciones intravasculares, cáncer, cirrosis hepáticas entre otras.

**Reducción de riesgos y daños:** políticas que se definen como un conjunto de estrategias, individuales y colectivas, desarrolladas en el ámbito sanitario y social, encaminadas a minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas, disminuyendo los riesgos y daños asociados, sin pretender –a priori– la abstinencia del consumo.

**Resiliencia:** enfatizar las potencialidades y los recursos personales que permiten enfrentar situaciones adversas y salir fortalecido, a pesar de estar expuesto a factores de riesgo.

**Respeto:** Actitud ética de benevolencia, beneficencia y solidaridad correspondiente a la bondad intrínseca de algo o alguien. Es el fundamento ético de la conducta profesional. En el código Ethos de medicina Principio de la Autonomía entendida como la capacidad que tienen las personas para su autodeterminación en relación con las determinadas opciones individuales de que disponen.

**Vínculo:** Término por el cual desde el punto de vista etimológico se hace referencia a la unión –no material– que se establece entre dos o más personas. Desde una perspectiva instrumental de la psicología social, es un concepto relacional y de mutua afectación (bidireccional), donde se establecen circuitos de comunicación y aprendizaje entre personas, en un determinado contexto (social). En el presente documento, el vínculo hace referencia a un concepto central en el que deben establecerse relaciones de confianza previas a cualquier intervención sólida, dadas las características de las personas que se atienden en los centros de RRD, que incluyen, además, otras condiciones ya mencionadas en el glosario (flexibilidad, empatía, exigencia adaptada).

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asturias. Gobierno. (2015). Plan Autonómico de Inclusión Social del Principado de Asturias 2015-2017. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias. Recuperado de [https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF\\_TEMAS/Asuntos%20Sociales/plan\\_inclusion\\_social.pdf](https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/plan_inclusion_social.pdf)
- Asturias. Gobierno, (2010), Plan sobre Drogas para el Principado de Asturias 2010 – 2016. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Recuperado de <https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/PLAN+SOBRE+DROGAS+2010+2016.pdf/8d7e442d-86c0-a047-97d6-5634abcde106>
- Asturias. Parlamento. (2015). Ley del Principado de Asturias 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas. Oviedo: BOPA. Recuperado de <https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/Ley+Integral+en+Materia+de+Drogas+y+Bebidas+Alcoh%C3%B3licas.pdf/0b48c486-2c3c-b03f-a563-53afcb94e8d4>
- Booth, K., y Caan, W. (2005). Poverty and mental health. *British Medical Journal*, (330), 307. Recuperado de <https://www.bmj.com/content/330/7486/307.3>
- Cabrera, P. y Rubio, M. J. (2008). Las personas sin hogar, hoy. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, (75), 51–74. Recuperado de <http://noticiaspsh.org/IMG/pdf/est03.pdf>

- Cantos Vicent, R., Altelle Albajes, G., Tudela, M., Martínez Redondo, P., González Nieto, I., y Rivero Marcos, R. (2016). Hombres, mujeres y drogodependencias: explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas. Madrid: Fundación Atenea. Recuperado de <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>
- Cofiño, R. (8 de abril de 2017). Epigenética y las causas de las causas (Publicado en un blog). Blog de Salud Comunitaria. Recuperado de <https://saludcomunitaria.wordpress.com/epigenetica-y-las-causas-de-las-causas/>
- Cohen, C., y Thomppson, K. S. (2006). Homeless Mentally Ill or Mentally Ill Homeless? Am Journal Psychiatry, (149), 816-823. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.467.4943&rep=rep1&type=pdf>
- Correa Muñoz. A. M. y Pérez Gómez A. (2013). Relación e impacto del consumo de sustancias psicoactivas sobre la salud en Colombia. Liberabit. Revista de Psicología, 19 (2), 153-162. Recuperado de <https://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/686/68629471001/6>.
- Davis, M. (1980). The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: A multidimensional approach. Journal of Personality, 51(2), 167-184
- De Andrés, M., y Delá, J. (2005). Reducción de daños asociados al consumo de drogas no legales en el sur de Europa. Medicina Clínica, 125(18), 700-2
- De Miguel, P. (ed.) (2007). ¿En qué creen las mujeres? Bilbao: Declée de Brouwer.
- Documento de consenso sobre la reducción de daños y riesgos relacionados con el uso de las drogas (2002). Norte de Salud Mental, 4(15), 49-52. Recuperado de <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-iv/revista-15/049-documento-de-consenso-sobre-la%20reduccion-de-danos-y-riesgos-relacionados-con-el-uso-de-drogas..pdf>
- Errea, P. y Beteta, P. (2016). Reflexión sobre baja exigencia una aproximación al trabajo con personas en exclusión social grave. Zerbitzuan (61). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5522463.pdf>
- España. Gobierno (2018). eCIE 10ES Edición electrónica de la CIE 10-ES. Recuperado de <https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/metabusador.html>
- España. Gobierno (2018). Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 – 2024. Madrid: Secretaría General Técnica, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209\\_ESTRATEGIA\\_N.ADICCIONES\\_2017-2024\\_\\_aprobada\\_CM.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf)

- España. Gobierno. (2006). Informe Salud y Género 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeSaludGenero2006.pdf>
- España. Gobierno (2018). Plan de Acción sobre Adicciones 2018 – 2020. Madrid: Secretaría General Técnica, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD\\_2018-2020\\_FINAL.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD_2018-2020_FINAL.pdf)
- España. Gobierno (2013). Plan Nacional de Acción de Inclusión Social del Reino de España 2013-2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicio Social e Igualdad. Recuperado de [https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/docs/PlanNacionalAccionInclusionSocial\\_2013\\_2016.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/docs/PlanNacionalAccionInclusionSocial_2013_2016.pdf)
- Ezequiel, A. (1995). Diccionario del trabajo social. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Forget, E. (2011). The Town with No Poverty: The health effects of a Canadian Guaranteed Annual Income Field Experiment. *Canadian Public Policy*, 37(3), 283-305. Recuperado de <https://www.utpjournals.press/doi/pdf/10.3138/cpp.37.3.283>
- Friedan, B. (2016). La mística de la feminidad. Madrid: Cátedra.
- Goffman E. Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu Editores. Recuperado de <https://sociologiycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>
- Goleman, D. (1996). Inteligencia emocional. Barcelona: Editoria Kairos.
- Júdez J, Nicolás P, Delgado M. T, Hernando P, Zarco J, y Granollers S. (2002). La confidencialidad en la práctica clínica: confidencialidad, historia clínica, la información. *Medicina Clínica*, 118 (1), 18-37. Recuperado de <http://www.sanitarioscristianos.com/documentos/236.pdf>
- Lacha Lamas, M. (2018), Una mirada al centro de encuentro y acogida, Proyecto de intervención comunitaria en el barrio de Ventanielles (Memoria de Master. Universidad de Oviedo. España). Recuperado de [http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/48520/6/TFM\\_MariaLachaLamas.pdf](http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/48520/6/TFM_MariaLachaLamas.pdf)
- Lagarde y De los Ríos, M. (2006). Pacto entre Mujeres Sororidad Madrid: Coordinadora Española para el Lobby Europeo de Mujeres.
- Li, Y., y Ahlstrom, D. (2016). Emotional stability: A new construct and its implications for individual behavior in organizations. *Asia Pacific Journal of Management*, 33(1), 1-28. doi: 10.1007/s10490-015-9423
- Li, Y., Chun, H., Ashkanasy, N. M. y Ahlstrom, D. (2012). A multi-level study of emergent group leadership: effects of emotional stability and group conflict. *Asia Pacific Journal of Management*, 29(2), 351-366. doi: 10.1007/s10490-012-9298-4

- Link, B. G., y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, (27), 363-385. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Luengo, M., Gutiérrez, B. y Rodríguez, N (2018). Personas con trastorno mental severo sin hogar. La exclusión sanitaria y social. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, AEN, 15(1), 42-62. Recuperado de [http://aen.es/download/publicaciones/cuadernos\\_psiquiatria\\_comunitaria/cuadernos-de-psiquiatria-fin.pdf](http://aen.es/download/publicaciones/cuadernos_psiquiatria_comunitaria/cuadernos-de-psiquiatria-fin.pdf)
- Marina, P. (comp.). (2018), *Personas sin hogar y atención*. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, 5(1). Recuperado de <http://aen.es/wp-content/uploads/2018/12/cuadernos-de-psiquiatria-fin.pdf>
- Markez, I., y Póo, M. (2000). *Drogodependencias: reducción de daños y riesgos*. Vitoria-Gasteiz; Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Recuperado de <http://www.trivihalpositivo.es/COLECTIVOS/drogas/Drogodependencias%20riesgos%20OSAKIDETZA.pdf>
- Marmot, M., y Wilkinson, R. (ed.). (2006). *Social determinants of health*. Oxford; New York: Oxford University Press.
- Maroto, Á. (2005). Conceptos y principios básicos en los programas de reducción de daños. En Maroto Sáez, Á. (coord.). *Manual de buenas prácticas para la atención a drogodependientes en Centros de Emergencia*, (pp. 57-75). Madrid: Consejo General. Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España,
- Martín Nieto, J. y otros (2006). *Guía metodológica sobre prevención, reducción de daños, detección, derivación y acompañamiento de situaciones de consumos problemáticos en contextos de prostitución*. Madrid: Fundación Cruz Blanca ; Fundación Atenea. Recuperado de <http://www.fundacioncruzblanca.org/publicaciones/archivonot5544.pdf>
- Moreno-Jiménez, B., González, J. L. y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burn-out). *Personalidad y salud percibida*. En *Empleo, Estrés y Salud Laboral*. Madrid: Pirámide. (pp. 59-83). Recuperado de <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>
- Muñoz, M., Pérez, E. y Panadero, S. (2004). Intervención con personas sin hogar con trastornos mentales graves y crónicos en Europa. *Rehabilitación psicosocial*, 1(2), 64-72. Recuperado de [http://www.noticiaspsih.org/IMG/pdf/3999\\_Intervencion\\_transtornos\\_mentales.pdf](http://www.noticiaspsih.org/IMG/pdf/3999_Intervencion_transtornos_mentales.pdf)
- Nieva, P., Baulenas, G. y Borràs, T. (1995). *Centros de encuentro y acogida*. Madrid: Gobierno de España, Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas.

- Organización Mundial de la Salud (2002). Glosario sobre género. En Política de la OMS en materia de género. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2006). Violencia infligida por la pareja y alcohol. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.mscols.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/violenciaPareja.pdf>
- Organización de Naciones Unidas. (2011). Principios para el empoderamiento de la mujer: la igualdad es un buen negocio. Ginebra: ONU. Recuperado de <https://www.pactomundial.org/wp-content/uploads/2019/03/7-Principios-para-el-empoderamiento-de-las-mujeres.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2018). OPS. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/?lang=es>
- Ortega-Ruiz, P., Mínguez-Vallejos, R., Rodes-Bravo, M. (2001). Autoestima: un nuevo concepto y su medida. Teoría de la Educación, (12), 45-66. Recuperado de <http://revistas.usal.es/index.php/1130-3743/article/view/2868/2906>
- Pichot, P. y Valdés Miyar, M. (coord.). (1995). DSM IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona... et al.: Masson. Recuperado de <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>
- Puente, P. y Espina, M. (2018). Personas sin hogar, abuso de drogas y salud mental: ¿dónde están los determinantes? Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, AEN, 15(1), 27- 41. Recuperado de [http://aen.es/download/publicaciones/cuadernos\\_psiquiatria\\_comunitaria/cuadernos-de-psiquiatria-fin.pdf](http://aen.es/download/publicaciones/cuadernos_psiquiatria_comunitaria/cuadernos-de-psiquiatria-fin.pdf)
- O'Hare, P., Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E., y Drucker, E. (1992). The reduction of drug-related harm. New York: Routledge.
- Quintanar, M., Blanco, L. y García J. C. (2010). Educación de calle: una experiencia de socialización en medio abierto. Educación y Futuro, (22), 129–148. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3216450>
- Raya Díez, E., Caparros Civera, N. (2014), Acompañamiento como metodología de Trabajo Social en tiempo de cólera. Cuadernos de Trabajo Social 27(1), 81-91. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/42645/43069>
- Reverga, A. (6 de abril 2015) Cómo atacar la pobreza crónica. El País. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/economia-y-mercado/atacar-pobreza-cronica.html>

- Robichaud, J., Guay, L, Colin, C. y Pothier, M. (1994). Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion à l'équité, Montréal: Gaëtan Morin Editeur. pp. 93-98
- Ruiz, P., y Beteta, P. (2016). Reflexión sobre la baja exigencia: una aproximación al trabajo con personas en exclusión residencial grave. Zerbitzuan (61), 33-52. Recuperado de [http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Reflexion\\_baja\\_exigencia.pdf](http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Reflexion_baja_exigencia.pdf) doi 10.5569/1134-7147.61.03
- Sánchez Pardo, L. (2012). Drogas y perspectiva de género: documento marco. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Recuperado de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/217.pdf>
- Sánchez Pardo, L. (2014). Prevención del consumo de drogas con perspectiva de género: recomendaciones con base a la evidencia. Alicante: Diputación, Área de Igualdad y Juventud. Recuperado de [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2014\\_Guia\\_preencion\\_genero\\_Diputacion\\_Alicante.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2014_Guia_preencion_genero_Diputacion_Alicante.pdf)
- Seligman, M. E. P. (1975). Helplessness: on depression, development and death. San Francisco: Freeman
- Siurana Aparisi, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas, (22), 121-157. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>
- Ubieto, J. R. (2007). Modelos de trabajo en red. Educación Social, (36) pp. 26–29, Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/165566/372129>
- Valls-Llobet, C. (2003). El dolor y el malestar de las mujeres diagnóstico diferencial. En Libro de ponencias del IV Seminario de la Red de Med y Prof de la Salud. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Valls Llobet, C. (2006). Mujeres invisibles. Madrid: Debolsillo.
- Valls Llobet, C. (2009). Mujeres, Salud y Poder. Madrid: Cátedra.
- Velasco Arias, S. (2006). Evolución de los enfoques de género en salud, intersección de teorías de la salud y teoría feminista. Material docente del Diploma de especialización de Género y Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad, Observatorio de Salud de la Mujer e Instituto de la Mujer. Madrid.
- Viñals, M. J. (2014). Fundamentos de Bioética para Ciencias de la Salud. Una mirada positiva. Madrid Universidad CEU San Pablo, Facultad de Medicina. Recuperado de <https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/6540/1/Lecci%c3%b3n%20Magistral%20Medicina%2014-15.pdf>

- Virel A. (1985), Vocabulario de psicoterapias, Barcelona, Gedisa, pp. 27.
- World Health Organization. (1994). Lexicon of Alcohol and Drug Terms. Geneva: WHO. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39461/9241544686\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39461/9241544686_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  
- Referencia bibliográfica mujer (Cáritas), personas sin hogar.

## ANEXOS:

### Anexo 1: Categoría ETHOS

#### TIPOLOGÍA EUROPEA DE SIN HOGAR Y EXCLUSIÓN RESIDENCIAL

##### **A. SIN TECHO (ROOFLESS)**

1. Vivir en un espacio público (sin domicilio)
2. Pernoctar en un albergue y/o forzado a pasar el resto del día en un espacio público

##### **B. SIN VIVIENDA (HOUSELESS)**

3. Estancia en centros de servicios o refugios (hostales para sin techo que permiten diferentes modelos de estancia)
4. Vivir en refugios para mujeres
5. Vivir en alojamientos temporales reservados a los inmigrantes y a los demandantes de asilo
6. Vivir en instituciones: prisiones, centros de atención sanitaria, hospitales sin tener donde ir, etc.)
7. Vivir en alojamientos de apoyo (sin contrato de arrendamiento)

##### **C. VIVIENDA INSEGURA (INSECURE HOUSING)**

8. Vivir en una vivienda sin título legal (vivir temporalmente con familiares o amigos de forma involuntaria, vivir en una vivienda sin contrato de arrendamiento —se excluyen los ocupas—, etc.)
9. Notificación legal de abandono de la vivienda
10. Vivir bajo la amenaza de violencia por parte de la familia o de la pareja

##### **D. VIVIENDA INADECUADA**

11. Vivir en una estructura temporal o chabola
12. Vivir en una vivienda no apropiada según la legislación estatal
13. Vivir en una vivienda masificada







