

La intervención con población drogodependiente en situación de calle

Susana García Rico

Trabajadora Social. Centro Atención Primaria Comunidad de Madrid

David Arévalo Blázquez

Educador Social en centros de baja exigencia para personas sin hogar

Resumen

El problema de las drogodependencias y el sinhogarismo tiene un carácter global y dinámico porque está presente en todas las sociedades y sometido a un continuo cambio. Los patrones de consumo han ido variando, actualmente ha aumentado el policonsumo, es decir combinar más de una droga como la heroína y la cocaína y el consumo de drogas de síntesis así como el consumo de medicamentos y alcohol.

Desde los años 80 se han venido desarrollando diversos planes de actuación, cuyos ejes han sido la prevención, asistencia y apoyo a la incorporación social. El objetivo no es estigmatizar a la persona y apartarla como si fuera un delincuente, se trata, por un lado de prevenir y por otro, que la persona se integre y viva dentro de lo posible en la normalidad.

El objetivo del presente artículo es mostrar propuestas de intervención social desde el campo del Trabajo Social con esta población y el funcionamiento de Centros basados en la reducción del daño y la baja exigencia.

Palabras claves

Reducción del daño, inserción, servicios de atención, policonsumo, baja exigencia, sinhogar.

Abstract

The problem of drug addiction and homelessness is global and dynamic because it is present in all societies and undergoes continuous change. The consumption patterns have been changing. Currently poly-consumption, which is the combination of drugs like heroin and cocaine, or the consumption of medicines and alcohol, has increased.

Several action plans have been developed since the 80's. Their focus has been prevention, assistance, and support to achieve social integration. The goal is not to stigmatize and isolate the individuals as if they were criminals, but to prevent and to let the person get integrated and live a life as normal as possible.

The objective of this article is to show social intervention proposals for this population from the Social Work field, and the work in the Centers, based on risk decrease and low demands.

Keywords

Risk decrease, integration, attention services, policonsumption, low demands, homeless.

1. Introducción

Durante los últimos años, las Administraciones Públicas con la colaboración de multitud de entidades privadas y Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), realizan un importante esfuerzo por atender de forma integral el problema de la drogodependencia, tanto desde un aspecto cuantitativo (en recursos económicos, recursos asistenciales y preventivos de todo tipo y en el número de personas atendidas en dichos dispositivos), como desde un aspecto cualitativo (profundización en la calidad de la intervención y diversificación de enfoques y abordajes terapéuticos del fenómeno reseñado).

En este sentido cabe destacar algunos hechos concretos:

- » La publicación de la Estrategia Nacional Sobre Drogas, desarrollada por la Administración Estatal a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, que entre sus metas y objetivos insta a las Comunidades Autónomas a adaptarse a las nuevas necesidades incorporando nuevas alternativas terapéuticas que tengan como objetivo principal la integración social y laboral de los drogodependientes. De hecho se ha publicado un Plan de Acción, enmarcado dentro de dicha estrategia, cuyo tercer eje apuesta una vez más por la atención integral.
- » Creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Ley 11/1996, de 19 de diciembre.
- » Aprobación de la Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre drogodependencias y otros Trastornos adictivos por el Gobierno Regional de la Comunidad de Madrid.

Especial atención merecen dentro de este proceso, los Dispositivos de Atención al Drogodependiente de reducción del daño los cuales han experimentado una lógica evolución desde su creación, adaptándose a los cambios que se han producido en los patrones de consumo de los drogodependientes:

- » Utilización de las distintas formas de consumo por vía pulmonar, intranasal o esnifada etc.
- » Nuevos perfiles de consumo. Los drogodependientes ya no consumen únicamente heroína, sino que combinan distintas sustancias, convirtiéndose en policonsumidores. Mezclan heroína, alcohol, benzodiazepinas y otras sustancias.
- » Aparición de patologías psiquiátricas, en la actualidad el 83 % de consumidores sufren de trastorno antisocial de la personalidad, el 60% de trastorno bipolar y el 47% de esquizofrenia etc.

La progresiva expansión de la infección por VIH-SIDA en la segunda mitad de los 80, unido a los progresivos avances científicos y metodológicos sobre la génesis y el mantenimiento de las conductas adictivas tuvieron un impacto radical sobre la totalidad de los programas de intervención en drogodependencia. Dichos programas fueron evolucionando generándose distintos modelos de intervención:

- » MODELO JURÍDICO, considera al toxicómano como consumidor, víctima que actúa fuera de la ley, para obtener dinero y poder continuar consumiendo. Las soluciones que se llevaban a cabo en este modelo eran medidas represivas.
- » MODELO MÉDICO, basado en una concepción intraindividual¹. El consumidor en este caso es un sujeto pasivo el cual utiliza la droga como elemento activo, con intencionalidad y el propósito de alterarse mentalmente en algunas de las formas, ya sea deprimiéndose, alucinándose o estimulándose, creando dependencia. En este sentido las soluciones se basarían en poner tratamientos farmacológicos.
- » MODELO SOCIOLÓGICO, destaca los elementos socioeconómicos y ambientales como los generadores de la adicción. La solución entonces sería el cambio en las estructuras sociales.
- » MODELO BIO-PSICO-SOCIAL, según este planteamiento, hay un cambio en la visión del consumidor, el cual ya no es considerado una víctima del sistema, sino que el individuo es un sujeto activo con respecto al consumo, es decir, el consumo de droga es una conducta más. Para poder poner solución al problema se tienen en cuenta todas las variables, actuando a todos los niveles: social, médico y psicológico. Primando la tarea educativa sobre la meramente de rehabilitación.

Como consecuencia de esta nueva concepción de la intervención surgieron los dispositivos basados en la reducción del daño, convirtiéndose en programas complementarios de los ya existentes.

Desde nuestra labor profesional durante los últimos años hemos podido observar la vulnerabilidad que presentan los toxicómanos que ya se encuentra en una situación de exclusión social enraizada. En estas situaciones, la existencia de los programas de reducción del daño favorece no solo la mejoría biopsicosocial del individuo, sino también la disminución de delincuencia por encontrar apoyo suficiente en estos centros para paliar sus necesidades básicas (alimentación, ropa, etc.) y ser atendidos sanitariamente (derivaciones a centros: residencias, albergues, pisos, etc., donde pueden realizar una desintoxicación).

La población diana a los que van dirigidos los dispositivos de reducción del daño son drogodependientes en consumo activo, grave y de larga evolución que se encuentran en situación de calle². Más aún, algunos de ellos carecen de cualquier tipo de identificación (Documento Nacional de Identidad, pasaporte o similares), la mayoría, carecen de asistencia médica debido a no poseer tarjeta sanitaria por no estar empadronados y todos suelen tener problemas de subsistencia.

En la Comunidad de Madrid, según estimaciones de distintas asociaciones y Servicios Sociales, existe una población que se encuentra con graves carencias sanitarias, psicológicas, familiares, culturales, legales y sociales. Estas carencias vienen determinadas fundamentalmente por múltiples problemas que conllevan las diversas situaciones de desempleo, consumo de drogas y desestructuración familiar en las que viven muchas de estas personas.

La necesidad de dar una respuesta integral a esta población que acude a los Centros demandando información, orientación y apoyo inmediato ante las diversas situaciones problemáticas anteriormente citadas, así como la de establecer nuevas estrategias de acer-

.....
¹ El estudio de las diferencias interindividuales ha sido el objeto principal de la Psicología Diferencial y hace referencia al hecho natural de que sujetos distintos enfrentados a los mismos estímulos o situaciones producen respuestas distintas y se comportan de manera diferente.

² Personas sin hogar, carentes de un lugar permanente para vivir y sin redes socio familiares de apoyo.

camiento e intervención con una población usuaria de drogas que se sitúa alejada de las redes asistenciales especializadas, constituyen los elementos fundamentales para el establecimiento de estos Centros de reducción del daño.

2. Presentación del tema

Desde tiempos inmemoriales, los seres humanos han utilizado las drogas con diferentes propósitos. En un principio, como medio para contactar con los “espíritus” en ritos religiosos. Con el paso de los años también fueron utilizadas como “medicina” para aliviar el dolor y curar. Con la evolución de la sociedad moderna se dio un giro a la utilización de las drogas, pasando a consumirse con fines lúdicos y recreativos. Consecuentemente, comenzaron los problemas de abuso de sustancias y dependencia de ellas. (Escotado, 1999)

Estos problemas no pasan desapercibidos, ya que crean gran alarma social, y es por ello, que los gobiernos de turno comienzan a tomar cartas en el asunto, siendo Estados Unidos y Europa los principales motores del cambio de planteamiento en cuanto a las drogas.

España se engancha a este movimiento un poco tarde, debido a la situación política vivida desde mediados del siglo XX, siendo la época álgida de las drogas los años 80. En este sentido, la dictadura provoca un aislamiento total del resto de países de Europa, unido a esto, la influencia de la Iglesia, la rectitud moral y la férrea disciplina que impone el gobierno provocan que durante más de 30 años España quede aislada del resto del mundo. Es a finales de los 70, cuando la apertura a otros países de Europa provoca que lleguen influencias de todo tipo, políticas, ideológicas, musicales... y como no la aparición de las drogas, en especial la heroína. Todo ello coincide con una gran convulsión artística, con una activa participación de la juventud y ganas de romper con todo lo anteriormente vivido. Movimientos culturales como la “Movida” en Madrid, (y en otras ciudades como Barcelona, Bilbao y Vigo), promueven experimentar en todos los ámbitos de la vida (música, fotografía, artes plásticas,...), la noche es el eje donde se desarrolla toda esta explosión cultural, y con todo éste movimiento, la droga llega inevitablemente. Es esta una época de “desfase”, donde la heroína es el principal medio de diversión. Sin embargo las drogas también acarrearán consecuencias negativas, destacando entre otras la aparición del SIDA.

En los años 80, la política que se planteaba era la de “desintoxicar” y rehabilitar a todo aquel que tuviera problemas con las drogas, sin embargo, el paso del tiempo demostró que los frutos que se conseguían con dichas políticas eran mínimos. En todo este proceso influyó la epidemia de SIDA de finales de los 80. Tras el análisis de la evolución del problema en años anteriores a mediados de los 90, se cambió el planteamiento, dándole gran importancia a la reducción de daños y a la prevención.

En la actualidad se siguen revisando periódicamente los datos de consumo y planificando nuevas estrategias para abordar el gran problema que constituyen las drogodependencias.

A continuación se expondrá un recorrido histórico sobre el uso/consumo de drogas así como la concepción social y las medidas que han impuesto los gobiernos y el ámbito sanitario para paliar tanto el consumo como los efectos derivados de éste:

Como se mencionó anteriormente, las drogas se utilizaban en ritos religiosos para acercarse a los espíritus y más tarde fueron utilizados como medicina, para paliar el dolor. En

este sentido, podríamos decir que en esos momentos, existía una visión positiva sobre la utilización de estas sustancias.

Con las revoluciones sociales, en el S. XIX y XX, se dio un giro a la utilización de las drogas, la investigación científica avanzó a pasos agigantados, y se descubrieron nuevas drogas con fines medicinales. El problema surge cuando el uso de ese tipo de sustancias pasa a ser lúdico y recreativo, como consecuencia de esa utilización, aparecen los problemas de abuso de sustancias y dependencia de ellas.

La falta de formación y orientación sobre el consumo de drogas, con efectos negativos en el sector de población más vulnerable -los adolescentes- ha dado lugar a un incremento de consumidores que ha disparado las cifras de adictos, siendo este hecho, y la falta de control administrativo sobre determinadas drogas, el origen de importantes daños para la salud, desde la muerte por sobredosis o accidentes de tráfico hasta otras graves enfermedades y complicaciones sanitarias, todo esto genera que los gobiernos se conciencien de la problemática y comiencen a llevar a cabo distintas actuaciones, que se irán adaptando a la evolución del consumo de drogas.

A finales de los años 70, el drogadicto es considerado en el imaginario social como “yonki”³ delincuente, es decir, persona que es excluida del sistema sanitario convencional. No existe una desintoxicación mediante el uso de medicamentos. Los “tratamientos” suelen ser proporcionados por los ex-consumidores, en granjas, donde, el trabajo como se convierte en el motor fundamental de la deshabituación. Existe una alta disponibilidad de heroína en el entorno consumidor pero a muy alto precio y alta pureza (lo que provoca un aumento de la delincuencia para conseguirla), la vía de consumo de heroína era casi exclusivamente por vía parenteral.

A principios de los años 80, continúa la percepción social de “yonki”, como delincuente o “vicioso”. No hay una respuesta Institucional al tratamiento (la solución es la privación de la libertad, es decir, el ingreso en prisión). En cuanto al tratamiento, continúa el modelo de granja, pero también se articulan respuestas “ocupacionales” desde Asociaciones (Madres contra la droga, asociaciones del tejido social comunitario, de barrios de vecinos). Sigue habiendo alta disponibilidad de heroína en el entorno consumidor pero a muy alto precio y alta pureza (continúa el aumento de la delincuencia para poder costearla). La vía parenteral continúa siendo la más utilizada.

Más avanzados los años 80, se continúa la denominación de yonki como delincuente pero también aumenta la percepción de responsabilidad social y se superponen imágenes más compasivas. Continúa la exclusión de sistema sanitario convencional, pero comienza cierta preocupación Institucional, sobre todo desde los Servicios Sociales. Son las organizaciones no gubernamentales (ONGs), instituciones que no dependen de la administración del estado y realizan actividades de interés social, las que comienzan a organizar sus actuaciones, siendo las primera en tomar como objeto de su intervención a los drogodependientes Comienzan las primeras Comunidades Terapéuticas. Se dan los inicios de un abordaje profesional aún poco formado y voluntarista, pero que en años posteriores dará gran fruto. La heroína sigue estando disponible en zonas marginales pero su precio continúa siendo muy alto. La forma de consumo continúa invariable, “todo por la vena”.

.....

³ Yonki: Palabra de origen inglés derivada de yonk, que significa trastos viejos, basura, desperdicios, chatarra y el sufijo inglés -ie usados para forma adjetivos despectivos.

Es en el año 1985 cuando se produce una respuesta institucional fundamental: Se produce la creación del Plan Nacional sobre Drogas y el Plan Regional sobre drogas de la Comunidad de Madrid. En concreto el Plan Regional sobre Drogas (PRD), depende directamente de la Consejería de Servicios Sociales y se crea una red específica para drogodependientes.

Del yonki se pasa al “usuario”. Los tratamientos se profesionalizan siendo los psicólogos, trabajadores sociales, médicos y educadores, los principales prestadores de los tratamientos. Comienzan las desintoxicaciones medicamentosas desde los servicios públicos. El perfil de usuario al que se le da tratamiento es: heroinómano consumidor por vía parenteral, que acude a los Centros de Día.

A mediados de los 90, se da otro hecho fundamental: La Ley 11 / 1996 creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid (que en ese momento depende de la Dirección General de salud Pública y que hasta hace poco era un organismo autónomo). Los tratamientos se siguen prestando en Centros de Día y Comunidades Terapéuticas, pero debido al aumento gigantesco del SIDA y al de reclusos drogodependientes, comienzan los Programas de Reducción de Daños, que incluyen una mayor prestación de servicios sanitarios.

Los primeros antecedentes del Modelo de Reducción de Daños surgen en el Reino Unido y como resultado de las recomendaciones de la Comisión de Rolleston (1920). Esta comisión, formada por médicos británicos llegó a la conclusión de que en algunos casos la intervención no orientada necesariamente a la abstinencia en el consumo de drogas podía ser necesaria para ayudar a los drogodependientes a llevar una vida útil.

La abstinencia es un objetivo a alcanzar a largo plazo pero no es necesariamente la meta final pues hay casos con tal deterioro socio-sanitario y con un consumo grave y prolongado en el tiempo para los que, al menos en un primer momento, la abstinencia no es una meta realista y no debe utilizarse como un requisito para acceder a los servicios.

La reducción de daños se ha definido tradicionalmente como el “conjunto de medidas socio- sanitarias individuales y colectivas dirigidas a minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales negativos asociados al consumo de drogas”. (Mino, 1992, pág. 36), no implicando, por tanto, eliminar necesariamente el consumo.

De forma general los principios sobre los que está basado este modelo son:

- » Aceptación del consumo de sustancias psicoactivas como un hecho universal (Coalition, Nueva York, NY: Harm Reduction Calition 1996)
- » Respecto a la decisión de los usuarios/as de drogas sobre su consumo, reconociendo su capacidad, competencia y responsabilidad. (Xavier Aranas, 2003)
- » Centralidad de la atención sobre las consecuencias y efecto de determinadas formas de uso y consumo de drogas. (Marlatt, 1998)
- » Consideración de consumo de sustancias psicoactivas como un fenómeno complejo y multidimensional (De Andres & Magrí, Mimeo, 1996), y por lo tanto de repercusiones sobre el consumidor/a, su red y entorno social (De Andres M. , 1998), produciendo daños no solo sobre la salud, sino también en otros aspectos como son los sociales y los económicos.
- » Desigualdades sociales y discriminación en sus múltiples forma, como elementos que

afectan a la vulnerabilidad de las personas y a la capacidad de éstas en la reducción de daños y riesgos (De Andres M., Enero 1998), (Coalition, Nueva York, NY: Harm Reduction Calition 1996)

- » Impulso de la participación de los usuarios/as de drogas en el diseño de actuaciones de intervención, en la reducción de daños asociados al consumo así como la actuación de éstos como agentes de salud a través de una colaboración horizontal entre usuarios y profesionales (Trujhols, Salazar, & Salazar, 1999)

Los objetivos generales aceptados de forma genérica en el conjunto de los programas de reducción de daños y riesgos serían (O'Hare, Newcombe, Matthews, Buning, & Druker, 1995)

- » Reducir la mortalidad y la morbilidad.
- » Prevenir las enfermedades infectocontagiosas.
- » Mejorar la calidad de vida.
- » Incrementar la accesibilidad y el contacto entre las redes asistenciales y los drogodependientes.

Por todo ello se produce una intensa búsqueda de los drogodependientes en activo. Ya no solo se habla de *usuarios de los recursos* de drogas sino que se comienza a hablar de *usuarios de drogas* como población susceptible de ser atendida. Todo esto, añadido a que el precio de la heroína baja y al cambio de vía de consumo (vía pulmonar), provoca un aumento de los drogodependientes en tratamiento.

En el año 2002, continúan los cambios: *Ley 5/2002 sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos*. Se considera al drogodependiente como enfermo. Por ello, la prescripción y dispensación de metadona se da con carácter universal. Se desarrollan programas específicos para drogodependientes *crónicos*. Hay un estricto control sobre los centros, dándose la inspección periódica de éstos. También se da la Libre elección de técnicas terapéuticas. Otro punto importante a destacar es la imposibilidad de expulsión de la red asistencial, como alternativa se da el cambio de programa de tratamiento.

En la actualidad, existe una centralidad del paciente en el Tratamiento frente a las prestaciones profesionales. *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. El tratamiento es adaptado a la situación del paciente frente a programas estándar de tratamiento. Existe una Historia Clínica Integrada y una amplia Cartera de Servicios ofrecida por la Agencia Antidroga de la CAM.

La primera vez que el modelo de la reducción de daños fue adoptado a gran escala fue a mediados de la década de 1980 en Liverpool, y el área que lo rodea (Merseyside y Cheshire, 1983). Se pretendía lograr reducir los daños a la salud asociados con el uso de droga. El interés particular en ese momento era el riesgo de infección por el VIH.

Para lograr el objetivo se establecieron servicios que pretendían atraer al conjunto de población con comportamientos de riesgo dentro de su comunidad y no sólo los que querían dejar de consumir drogas. Estos servicios surgieron con el planteamiento de mantener la atención en el tiempo a fin de llevar a cabo los cambios necesarios en el comportamiento para mantener la salud y reducir el riesgo.

Para este modelo la abstinencia es un objetivo a alcanzar a largo plazo pero no es necesariamente la meta final pues hay casos con tal deterioro socio-sanitario y con un consumo grave y prolongado en el tiempo para los que, al menos en un primer momento la abstinencia no es una meta realista y no debe utilizarse como un requisito para acceder a los servicios.

El primer centro de Emergencia Sociosanitaria que se abrió en España fue el Centro de Emergencia del Servicio de Prevención y Atención Socio-sanitaria para drogodependientes (SAPS) de Barcelona (1993).

Estos centros van encaminados a minimizar los efectos nocivos asociados y/o derivados del consumo, partiendo de que la dependencia a una sustancia no tiene porque obstaculizar una educación socio-sanitaria ni el planteamiento de objetivos a corto y medio plazo. Se trata de una intervención “de acercamiento” a la población que está fuera de alcance en circunstancias de exclusión social y problemas sanitarios graves. A través de los servicios de intervención de estos centros se facilita que el usuario mejore su situación socio-sanitaria y tenga un punto de referencia estable desde el cual pueda acceder a los demás recursos socio-sanitarios.

Los drogodependientes que acuden a estos centros presentan consumo activo, grave y de larga duración, carecen de apoyo familiar, suelen estar indocumentados y presentar problemas de subsistencia básica y de atención sanitaria básica.

Los beneficios de este modelo de intervención no solo se dejan sentir en el plano individual o colectivo de la población diana de estos centros sino también en el conjunto de la población general (retirada de jeringuillas usadas de las calles, control y prevención de enfermedades infectocontagiosas...)

Las actuaciones desarrolladas son complementarias con los programas de objetivos de media y alta exigencia pues están integrados dentro de una política global de actuación frente al consumo de drogas.

Estos centros articulan sus prestaciones en distintos servicios de atención con los que se pretende alcanzar unos objetivos básicos como son:(Insúa, P. 1999) y (Maroto, Á. L. 2005).

1. Contactar con los drogodependientes que habitualmente no acuden a los centros de la red asistencial especializada en drogodependencias.
2. Frenar el deterioro socio-sanitario de los usuarios y evitar la creciente marginación de personas drogodependientes que en situación límite de desarraigo familiar no han accedido hasta ahora a la red normalizada. Esto conlleva a su vez un cambio en la imagen social del drogodependiente.
3. Prevenir la transmisión de enfermedades infectocontagiosas relacionadas con el consumo de drogas por vía parenteral y otras prácticas de riesgo habituales en la población drogodependiente que accede al servicio.
4. Recuperar su identidad social y facilitar el acceso de los drogodependientes a los recursos sociales y sanitarios.
5. Atender las necesidades más elementales de descanso, de alimentación e higiene.
6. Abordar los daños físicos del consumo y las enfermedades relacionadas.
7. Motivar al usuario para iniciar tratamiento y se realizan las gestiones oportunas para

derivarles hacia la red de tratamiento de la drogodependencia.

8. Potenciar la coordinación con los dispositivos socio-sanitarios, tanto específicos de drogodependencias como generales.
9. Conocer las características de la población que acude al dispositivo de forma que facilite el permanente ajuste de la oferta a la demanda real.

En la Comunidad de Madrid hay 33 Centros de Atención al Drogodependiente o centros análogos, que se distribuyen por el territorio proporcionando cobertura a la totalidad de la población, de forma similar a como se estructuran los demás recursos sanitarios. Entre ellos se encuentran los programas basados en un modelo de intervención de reducción del daño, cuyo campo de acción es muy amplio, si bien en nuestro país se han desarrollado en torno al consumo de drogas inyectables, sin embargo la metodología utilizada en este tipo de intervenciones es aplicable a cualquier tipo de consumidor y a diversos tipos de daños.

Estos programas surgen de manera paralela al paradigma de los toxicómanos como un problema de Salud Pública, a consecuencia de la epidemia del SIDA, los profesionales, afectados y voluntarios buscan otras posibles soluciones para poder convivir con las drogas. A esto hay que sumarle un mayor conocimiento aportado por las investigaciones básicas y aplicadas que vienen desarrollándose en el ámbito de las dependencias y las patologías asociadas.

La parte innovadora de este método de intervención es que no se basa en un modelo asistencial, estructurado en base a la abstinencia, sino que tiene en cuenta las necesidades de aquellos drogodependientes que no contactan con los servicios, debido a que viven en la clandestinidad como consecuencia de un consumo crónico de drogas ilegales, acercándoles los servicios. (Maroto, Á. L. 2005).

Algunos dispositivos que se ponen en marcha siguiendo este modelo son:

- » Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ), que consiste en proporcionar a los drogodependientes que consumen por vía intravenosa jeringuillas nuevas a cambio de las jeringuillas que ya han usado. El propósito de este Programa no es facilitar el consumo de drogas, si no evitar la transmisión de enfermedades a través del uso compartido de una jeringuilla y eliminar el potencial peligro que suponen las jeringuillas usadas y abandonadas en espacios públicos. El intercambio se realiza en todos los dispositivos de la Agencia Antidroga, fijos o móviles, para la reducción del daño.
- » Dispositivos móviles, la existencia de estos dispositivos móviles es fundamental, dado que los potenciales usuarios de estos servicios cambian de entorno con frecuencia y, por lo común, se encuentran en zonas en las que la implantación de instalaciones fijas es muy compleja, como es el caso de los poblados chabolistas.
- » Centros de Emergencia Socio-Sanitario (CESS, actualmente Centros Concertados que han visto disminuidas considerablemente sus prestaciones su debido a los recortes)

Se puede definir la reducción de daños o reducción de riesgos como: “las actividades desarrolladas para que el drogodependiente activo, que no manifiesta el deseo o no se encuentra en situación de iniciar un programa de tratamiento para deshabituación, sufra el menor grado de daño posible como consecuencia del consumo y mejore, en la medida posible, su salud y situación general”. (Parrino, 1997)

La adicción a las drogas es una patología cuyo tratamiento está plenamente cubierto por el Sistema Sanitario Público. Así, según la Ley 5/2002, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, artículo 5.4: “La consideración, a todos los efectos, de las drogodependencias y otros trastornos adictivos como enfermedades comunes con repercusiones en la esfera biológica, psicológica y social de la persona”

Así, los drogodependientes que no se encuentran en condiciones de iniciar un programa de tratamiento, tras un periodo con atención de reducción de daños, pueden, con posterioridad, realizar con éxito el tratamiento de deshabituación. Para conseguir este objetivo la Comunidad de Madrid dispone de varios dispositivos móviles y fijos, que prestan su asistencia, fundamentalmente, a drogodependientes en situación de marginalidad.

El perfil de los destinatarios ha evolucionado progresivamente a lo largo de los años comprobando que continúa existiendo un mayor número de varones consumidores que de mujeres, aunque se sabe que el número de mujeres consumidoras es mayor que el que proporcionamos en este estudio, ya que ellas no acuden por lo general a los CESS, para evitar la estigmatización asociada.

En cuanto a la edad, se observa que la mayoría de la población tratada en estos centros se encuentra entre el rango de los 30 y 40 años porque los de menor edad todavía cuentan con algunos recursos de apoyo suficientes, como son la familia, amistades, pareja etc., que les permiten no tener que utilizar de manera continuada estos centros. Sin embargo, en rangos de edades superiores, se observa que tanto por la cronicidad de la drogadicción, la cual, ha dejado secuelas considerables tanto psicológicas como fisiológicas (hepatitis, tuberculosis, VIH, afecciones crónicas respiratorias, problemas cardiovasculares etc.) el uso de estos servicios es mucho mayor.

En Madrid, a lo largo de estos últimos años, los puntos de venta de droga guardaban estrecha relación con los núcleos chabolistas existentes. A raíz de la intervención de distintos organismos públicos para su erradicación, los núcleos chabolistas fueron desapareciendo, situándose en las afueras de la capital (Pitis, Salobral, La Quinta, el Pozo del Huevo, Rosilla, Celsa, Mimbrenas, etc.) concentrándose actualmente en Cañada Real un alto porcentaje de personas destinadas sólo a la venta de drogas, y creándose, de esta forma, los llamados hipermercados de la droga. En estos se concentran grandes cantidades de consumidores (5000-10000) existiendo pocos recursos de ayuda.

Por otro lado, la intervención sanitaria permite la detección, el seguimiento y la prevención de enfermedades crónicas, infectocontagiosas y comunes, mediante la derivación a Centros de Salud de referencia donde se les facilita medicación y se les hace seguimiento. De esta forma, se consigue una mejora considerable de los usuarios en su aspecto, gracias al trabajo realizado por los educadores sociales a la hora de fomentar su aseo personal, alimentación equilibrada, descanso nocturno, talleres etc.

Dichos dispositivos están abiertos a drogodependientes en situación precaria de marginalidad.

A todo esto añadiremos las prestaciones propias de un servicio de reducción del daño:

- Alimentación básica.
- Servicio sanitario
- Intercambio de material estéril de venopunción (Punto de Intercambio de jeringuillas)

PIJ).

- Distribución de preservativos.
- Educación para la salud.
- Servicio de lavandería y ropero.
- Derivación a centros de tratamiento.

Todo ello realizado por un equipo multidisciplinar, en el que se incluyen educadores, trabajadores sociales, médico, enfermeros, etc.

La Agencia Antidroga disponía de 4 Dispositivos de estas características que funcionan todos los días del año de los que actualmente sólo funciona el Centro Fúcar con reducción de horarios y prestaciones. Este cambio de política ha supuesto la desaparición de una serie de recursos para los cuales la población en situación de calle y drogodependiente tenía una importante base sobre la que apoyarse y poder recibir los servicios anteriormente citados. Esto sea debido tanto por un lado a una reestructuración basada en movimientos políticos y de gestión de prioridades económicas como por otro lado en la reconversión de centros que implica una bajada considerable en la prestación de servicios concretos para esta población que poco a poco vuelve a estar “invisible” en las que debido a la crisis se han tenido que recomponer diversos organismos entre ellos la propia Agencia Antidroga:

- » Centro La Rosa.
- » Centro Asistencial de Reducción del daño Las Barranquillas (CARD).
- » Centro Fúcar (de Emergencia).
- » Centro de emergencia Socio-sanitaria de Móstoles (Punto Omega).

3. La intervención con población drogodependiente en situación de calle

Lo que caracteriza al sujeto con el que intervenimos es la experiencia de la no pertenencia, de la imposibilidad permanente de integración y de la necesidad de desarrollar relaciones solo y exclusivamente de tipo adaptativo. (Valverde, J.,1996).

La intervención para la reducción de daños, aplicada en un primer momento como tratamiento sustitutivo de opiáceos y como programas de intercambio de jeringuillas ha ampliado gradualmente su ámbito de acción llegando a hacerse cargo de las necesidades sociales y sanitarias de los drogodependientes problemáticos, especialmente de aquellos más excluidos. Estas intervenciones se sitúan, por tanto, en un enfoque de la salud pública que considera el uso de drogas ilícitas, no como un fenómeno causado por factores individuales (psicológicos o morales), sino como un fenómeno que causa problemas sociales y amenaza la salud pública. Según este punto de vista, de hecho, los daños de la droga no están sólo (o no están tanto) en las características químicas de las drogas, como en la elección de criminalizar el consumo, cosa que conduce a la estigmatización y a la exclusión social de los consumidores mientras produce un próspero mercado ilegal. El objetivo, por tanto, de la intervención pública debería centrarse en las consecuencias del consumo más que en las causas y debería ocuparse de la gestión del fenómeno del consumo, más que en la eliminación de las drogas. Esto se traduce, en la práctica, en políticas socio-sanitarias de apoyo y promoción de culturas y modelos de consumo más seguros, basadas en el re-

conocimiento de la capacidad de los individuos de “gestionar” y “controlar” el consumo, llegando a modelos de uso más moderado y/o reduciendo los riesgos. El modelo de promoción de la salud, adoptado por el de reducción de daños tiene, de hecho, la ventaja de ser absolutamente flexible, en comparación con el modelo de prevención/tratamiento de la patología, y, por lo tanto, se caracteriza por un mayor dinamismo y posibilidad de innovación de los programas, dirigidos tanto a los consumidores más problemáticos que no pueden beneficiarse de los tratamientos disponibles, como a los menos problemáticos que periódicamente atraviesan momentos de uso más intensos y arriesgados.

Las intervenciones de reducción de daños están estrechamente relacionadas con el concepto de “baja exigencia”, es decir, servicios de fácil acceso que se esfuerzan por responder a las demandas/necesidades de los usuarios.

El proyecto de intervención social de los Centros de Reducción del Daño desarrolla sus principios dentro de la perspectiva psicológica del “aprendizaje social”. La salud es entendida como un estado de bienestar general de la persona en el ambiente, dando relevancia no sólo a las variables biológicas, sino también a las psicológicas y sociales. El consumo de sustancias se entiende, por lo tanto, como un hábito aprehendido, y el comportamiento adictivo como un continuo, no como una entidad discontinua.

Actuar siendo consciente de estar dentro de un sistema es uno de los supuestos sobre los que se apoya la intervención, en la creencia de que sólo mediante el intercambio de conocimientos y la sinergia en la planificación y ejecución de las intervenciones, se pueda mejorar la eficacia de estas.

Mantener una actitud alejada de los prejuicios y realizar una lectura compartida de las necesidades, ha permitido que surja, en la formulación de intervenciones dirigidas a esta población, la necesidad de introducir una fase en la que se le da a la persona la oportunidad de pensar en sí misma de manera diferente o de “posibilización”, de acuerdo con una perspectiva de empoderamiento. La condición de marginal, de hecho, tiene implicaciones no sólo socio-económicas, sino también con respecto a la construcción de una identidad que deriva del pertenecer a esta categoría. (García, G., Gutierrez, E., y Morante, L. 1993).

Precisamente nuestras acciones se posicionan como alternativas a la problemática existente por la naturaleza de las propuestas que se plantean y los objetivos que persiguen y ellas, buscan los espacios de liberación, de identidad, de autonomía, de empoderamiento de las personas .

Son muchos los factores que pueden propiciar una inadecuada maduración de una personalidad estable sin grandes lagunas o problemas de autoestima: La desestructuración familiar , los episodios y situaciones de violencia por parte de parejas o familiares, la carencia de apoyos o redes estables y permanentes, podrá propiciar falta de autoestima. Éstas vivencias anunciadas y otras muchas, en algunos de los casos participan de discriminaciones, de leyes y valores que legitiman y autorizan la desigualdad, mermando la autoestima de los mismos y de la sociedad de la que forman parte. (Valverde, J., 1996).

El predominio del presente, sin una valoración adecuada de las consecuencias, el comportamiento regido por los impulsos y las sensaciones inmediatas, falta de objetivos vitales realistas o las dependencias emocionales, económicas de las personas que ejercen su poder o fuerza hacia ellas, etc. pueden desencadenar barreras para controlar su propia vida .

Participar por tanto de programas que generen procesos de inserción social y laboral adecuados conllevaría superar la brecha laboral que sufren estas mujeres mediante alternativas de formación socio laboral.

Al mismo tiempo, todos estos programas deben tener en cuenta las problemáticas asociadas con la drogodependencia.

- Conocimiento de las características específicas de la persona drogodependiente en su situación, con una evolución de las decisiones de manejo relacionadas con la historia criminológica y de consumo del delincuente.
- Técnicas para reconocer las situaciones que pueden llevar a la recaída y afrontarlas relacionadas con (estrés emocional, influencia de iguales y relaciones interpersonales).
- La necesidad de asumir que la *motivación* y *voluntariedad* en todo el proceso de construcción de las estrategias de mejora son determinantes para generar programas que superen los modelos directivos tradicionales.

Las personas sin hogar y drogodependientes no son un colectivo homogéneo sino que agrupa a personas que se encuentran en situaciones y procesos muy distintos. Una atención adecuada requiere tener en cuenta todas estas situaciones. Las respuestas que se han dado han ido desde la creación de recursos de baja exigencia a otros de alta exigencia. La conveniencia de unos frente a otros o su adecuación requiere de una mayor reflexión.

Hay personas que no entran en programas de incorporación social por su nivel de deterioro físico y desmotivación. Los centros de baja exigencia y en este caso los CESS pueden ser una respuesta en un momento que al menos permite acercarse a estas personas con el fin de dignificar sus vidas. Quizá al principio sea suficiente con una contención y atender a las necesidades básicas. Posteriormente es necesario hacer un seguimiento, a fin de poder ofrecer paulatinamente prestaciones y atención que le permita normalizarse en cuanto a habilidades sociales para la relación, conocimiento de recursos culturales, educación, aprendizaje de un oficio... Esos pasos pueden darse en plazos largos, según la situación en que se encuentre, y en algunos casos hay que reconocer que será difícil ir más allá de medidas de contención, según la necesidad que tenga. (De Andrés, M y Rodes, A. 1995).

Entendemos que la labor de los centros de emergencia socio-sanitarios consiste en asumir la relación entre la reducción de daños y la autonomía personal. Partimos de la base de que hace falta que las personas detecten e identifiquen sus propias necesidades, deseos y expectativas teniendo en cuenta dónde viven, sus posibilidades, sus derechos, sus obligaciones, sus capacidades y sus limitaciones..., pero sin dar por sentado que las limitaciones y los cauces que les impone la sociedad son necesariamente los que tienen que acatar.

En nuestras intervenciones, se comienza en el acceso: cualquier persona puede acercarse a solicitar atención. En los casos en que se valore que el recurso no se adapta a sus necesidades, simplemente se les dará información. En el resto de casos, se ofrecerá la posibilidad de iniciar una intervención educativa. La primera prestación que ofrecemos dentro de esta intervención es la relación de tú a tú dentro de un marco claro y fácil de entender que consiste en presentarnos como profesionales de una institución que ofrecemos determinado servicio desde un equipo. Una vez clarificado el marco de trabajo, la persona tiene que dar su aceptación y, en ese caso, se establecen unas normas, unos objetivos y se valora en cada equipo la intensidad necesaria para dar la respuesta más adecuada:

- 1) Normas: la primera, que es indiscutible, es el respeto (a las personas, a la comunidad y a las instalaciones). Si se incumple ésta, no hay intervención. Por otro lado, cada servicio establece una serie de normas básicas que son, a su vez, objetivos de trabajo que la persona acepta por el hecho de acceder a ese servicio.
- 2) Objetivos: dadas las situaciones de las personas con las que trabajamos, habitualmente se establecen los objetivos básicos mencionados en las características de los centros (pag15.) con objeto de primero frenar el deterioro y segundo impulsar su salud biopsicosocial.
- 3) Intensidad de la intervención: la baja exigencia requiere de una alta intensidad en la intervención y de una gran capacidad de adaptación y flexibilidad por parte de los equipos y los servicios. Dependiendo del momento de cada persona, se establecen además, diferentes intensidades pero siempre con referencia de un marco genérico común en los centros, sin distinciones.

Esta forma de intervención conlleva gran dificultad y cansancio, por ello, es imprescindible la experiencia y el trabajo en equipo. La intervención socio-educativa en un espacio de emergencia requiere de cada profesional y de cada equipo paciencia, asertividad, cercanía, claridad en la estructura, una gran inversión en el cuidado de las y los profesionales y un adecuado manejo de la frustración. (García, G., Gutierrez, E., y Morante, L. 1993).

Lo que pretendemos es subrayar que la intervención parte de dónde está la persona en cada momento y que lo que se pide a cada persona se define en función de su interés y posibilidades.

Subrayar que para conseguir todo esto que acabamos de definir, la herramienta de trabajo básica es el vínculo. Entendemos que vincular es crear una relación profesional con la persona en la que ambas partes conocen y asumen responsabilidades, cada cual según sus posibilidades. El vínculo genera un espacio para compartir, pensar, expresar y sobre todo para ser. El vínculo devuelve a la persona su identidad y la conecta con una red social de apoyo (complementando la red de protección que se suele crear en sus entornos habituales). Frente a la atención asistencialista, esta metodología posibilita cuestionar, plantear, proponer, retomar la intervención una y otra vez aunque la persona decida abandonarla en momentos concretos, marcar normas en la relación por ambas partes, discutir las líneas de la intervención, marcar prioridades y crear espacios de referencia. (Martínez Ruiz, Rubio 2002).

Todo esto conlleva que el tiempo de cada proceso no pueda estar limitado y tenga que ser flexible. Requiere que estemos atentas/os para identificar todas las oportunidades que surjan en cada proceso. No por ello se pierde de vista la necesidad de determinar tiempos de diagnóstico, negociación de planes de intervención, evaluación de la evolución y cierre.

Podemos afirmar que esta forma de trabajo logra muchos éxitos: uno de los principales es que se consigue que las personas generen demandas y se planteen necesidades, se hacen conscientes de las situaciones y también se responsabilizan de ellas. Muchas veces, para poder hacer algo al respecto de esas necesidades que detectan, tienen que pedir ayuda en cuestiones que se consideran básicas como comer todos los días, el respeto entre ellos, aceptar sus enfermedades o tener la documentación en regla. Desde fuera, sólo se considera éxito conseguir resultados acordes con el sistema social de organización y no se valora ni el desempeño de acciones concretas, independientemente del resultado, ni mu-

cho menos, el proceso que desemboca en ese vale para nada” o que se prefiera cubrir directamente la necesidad detectada por el/la propio/a profesional. Necesitamos establecer un sistema de indicadores sólido que visibilice los éxitos que estamos cosechando y facilite la comunicación entre profesionales e instituciones y sociedad en general.

Es necesario indicar además que, a pesar del porcentaje de procesos personales exitosos que se consiguen, nos seguimos encontrando con un obstáculo fundamental para poder afirmar que alcanzamos nuestros objetivos y es que no estamos logrando, a la vez, un proceso de transformación social, por lo que aunque las personas con las que trabajamos consiguen autonomía y mejor calidad de vida, muy pocas veces son reconocidas por la sociedad como miembros de pleno derecho y siguen siendo encuadradas dentro de minorías más o menos estigmatizadas. Bien es cierto que los éxitos, por así decirlo, con población con años de consumo y sin hogar a veces ha de plantearse como un proceso para la mejora de su calidad de vida a nivel físico y social muy básico, como un medio de dignificación de ella misma.

Señalar también que existen otros problemas más cotidianos en las estructuras en las que trabajamos, como la falta de una red de viviendas que pueda hacer frente a las necesidades existentes (por los que las salidas de los alojamientos de urgencia se pospone más de lo necesario), los requisitos de acceso a recursos de la red primaria de asistencia, la falta de definición de competencias en lo referente al espacio socio sanitario y entre las diferentes administraciones públicas, la reducción y blindaje de ayudas sociales como la RMI, las dificultades de acceso a documentación sobre todo por parte de personas extranjeras, etc.

Los parámetros en los que una intervención social debe basar su estrategia deberían estar basados según nuestra experiencia profesional en:

Trabajo en RED

A partir del trabajo en red el tradicional mecanismo de las derivaciones ha de dar paso al diseño de procesos unitarios de intervención en los que estén comprometidos los diversos centros y servicios que forman la Red de atención en cada municipio. Un proceso integral que ha de compartir diagnósticos y asumir el proceso en la parte que a cada centro o servicio pueda corresponder, a partir de los resultados de la intervención que hayan llevado a cabo otros centros o servicios. De la misma manera la intervención de cada centro o servicio debe realizarse teniendo en cuenta que puede continuar en otro centro o servicio de la Red.

Apoyo y acompañamiento

En la intervención es fundamental llevar a cabo procesos integrales de desarrollo de cada persona, con sus necesidades, potencialidades, «idas y venidas». Y debe hacerlo de manera integral, tanto en los espacios, como en los recursos y en las acciones, así como por las y los profesionales que intervienen en la realidad cotidiana de la persona. Esta intervención debe contemplar siempre el refuerzo y apoyo a sus motivaciones de cambio, así como el acompañamiento para el acceso y uso de los recursos que pueda necesitar a lo largo del proceso hacia los objetivos de autonomía personal e inclusión social. Se debe poner especial atención por parte del profesional en reducir la angustia provocada por el miedo a la reintegración a la vida normal; al existir un empobrecimiento de intereses en su mundo exterior es importante evitar que las personas se encierren en su mundo interno. Por ello el apoyo basado en los consejos y la orientación, en la aceptación, en la validación

o refuerzo de conductas y sobretodo en la educación enseñándoles a socializar nuevos roles pero también considerando que son personas con procesos de adicción de muchos años con las cuales hay que plantear con ellos líneas de actuación realistas, no idealizadas. (García, G., Gutierrez, E., y Morante, L. 1993).

Integrar elementos personales

La intervención requiere integrar los diferentes aspectos en los que se manifiesta su situación de exclusión y, particularmente, lo relacionado con su necesidad de alojamiento y de vivienda, empleo, alimentación, higiene, normas, relaciones sociales y grupales, acceso a recursos económicos —rentas mínimas, pensiones o subsidios— a los que pudiera tener derecho, y a la salud; pero también debe contemplar el ocio y los aspectos relacionales ya que sin ellos su inclusión carecería de base efectiva. Las personas no solo necesitan medios para vivir, sino motivos para vivir; y esos motivos solo los puede aportar su contacto positivo con otras personas y con el entorno, y las oportunidades para desarrollar sus aficiones e intereses personales.

Procesos sucesivos

Las características de las personas con las que intervenimos hacen necesario establecer con ellas estrategias de intervención a largo plazo, que contemplen la posibilidad de pasos atrás y recaídas. Para abordar estas intervenciones, de nuevo el trabajo en red resulta imprescindible, de manera que se puedan asumir procesos de carácter cíclico en los que las personas encuentren siempre una oportunidad de enganche a la Red de centros y servicios y, dentro de ella, recuperar las posibilidades de intervención que en cada momento sean posibles. Es importante que el profesional conozca bien a la persona en su proceso para que la influencia no se convierta en control y abuso. La influencia del profesional debe ser usada para fomentar la motivación en la intervención para el cambio, teniendo en cuenta que, generalmente las personas con las que trabajamos se sienten dominadas por las resistencias al cambio y, a veces, estas resistencias pueden ser más fuertes que la motivación para el cambio.

Favorecer el arraigo

La calle supone la mayor fuente de desarraigo y de lejanía, de mantener unos vínculos cercanos para estar dentro de un contexto de salud. El hecho de ofrecer un nexo de unión como es el alojamiento o una simple intervención personal y profesional permite ya de entrada iniciar ese proceso de conexión social, de reconocimiento, de cercanía. Los centros se disponen como hogares no como alojamientos.

Intervenciones no voluntarias

Es necesario establecer protocolos con las autoridades judiciales para determinar criterios de intervención con personas en estado de extremo deterioro que se nieguen a utilizar los recursos sociales o sanitarios, para procurarles una tutela judicial efectiva. Estos procedimientos deben ser todo lo ágiles que su situación requiere, y deben contar con la efectiva implicación de policía y de los servicios de salud, particularmente de salud mental. El grado de deterioro personal y la afectación a la convivencia o la salud de otras personas deben ser tenidos en cuenta al valorar esta situación y decidir intervenciones no voluntarias, en orden a garantizar su seguridad, su salud y sus condiciones de vida más básicas.

Coordinación con centros y servicios sanitarios

Toda persona tiene derecho a recibir asistencia sanitaria; también las personas extranjeras, en los términos establecidos. Los centros y servicios de atención a personas sin hogar y, en particular, los centros de acogida y centros de baja exigencia, no deben ofrecer atenciones sanitarias que la persona tenga derecho a recibir en el Sistema Nacional de Salud, incluso cuando se encuentre fuera de su lugar habitual de residencia o carezca él. Ahora bien, los graves problemas de salud que afectan a muchos usuarios y usuarias de los centros de atención a personas sin hogar, y más aun quienes viven de forma habitual en la calle, hace imprescindible una intensa y ágil coordinación de estos centros con los correspondientes servicios de salud, tanto a nivel de atención primaria como hospitalaria.

Protocolos de actuación con Salud mental

Es imprescindible que los servicios de salud mental establezcan actuaciones específicas en coordinación con los centros y servicios de atención a personas sin hogar, especialmente para usuarios/as, crónicos y de baja exigencia, así como complementarios del trabajo de calle, incorporando equipos específicos para intervenir en este medio. Especial interés ha de tener el establecimiento de protocolos de actuación con los servicios de salud mental, por la elevada incidencia de estas patologías entre las personas sin hogar, por el agravamiento que supone su situación de desarraigo, y por las dificultades que esta situación conlleva para iniciar o mantener cualquier tratamiento.

Formación

La actitud y la capacidad de las y los profesionales es requisito fundamental de la calidad de los centros y servicios de atención a personas sin hogar. Por ello, los profundos cambios que han de acometerse en estos centros y servicios y en las intervenciones que han de llevarse a cabo desde los mismos, requiere dedicar una atención muy especial al reciclaje y formación de sus profesionales. Una formación (drogodependencias, el duelo, inteligencia emocional, gestión de recursos, gestión del estrés, prevención de violencia, gestión de conflictos, educación sexual, educación para el humor, gestión de documentación básica, legislación penal, información sobre recursos zonales, etc.) que ha de hacerse extensiva a las y los profesionales de los centros y servicios de organizaciones sin fin de lucro y empresas que intervengan en el sector, así como, de forma específica, a los voluntarios y voluntarias que intervienen en el mismo.

Mecanismos de evaluación

Las profundas reformas y adaptaciones que los centros y servicios de atención a personas crónicas en la drogodependencia han de acometer, requieren una permanente tarea de reflexión y mejora. Contemos con los sujetos con los que intervenimos para darles voz y voto sobre el lugar, sobre su casa en la que están, que empiecen y que desarrollen fórmulas de participación en las que valoren y evalúen las posibles mejoras o inconvenientes, en las que participen sobre la gestión y funcionamiento de sus propios centros, de sus propios hogares como puede ser desde lo más básico como el horario de la televisión como la gestión del servicio de lavandería.

Comunicación con la ciudadanía

El estigma que todavía rodea todo lo relacionado con las personas sin hogar, y el consiguiente rechazo de la ciudadanía que provoca la implantación de centros para atender a

estas personas, hace necesaria una estrategia de comunicación común y la realización de campañas a nivel local, autonómico y estatal, para dar a conocer la verdadera situación de estas personas y de los centros y servicios que los atienden. Es importante incorporar a la iniciativa social a esta estrategia, ya que constituyen un eficaz puente de comunicación con la ciudadanía.

4. Conclusiones

La mayor vulnerabilidad del colectivo que hemos expuesto hace que nos planteemos una diversidad de opciones con el objetivo de lograr primero una mejora en sus condiciones de vida desde el ámbito de salud biopsicosocial y desde una perspectiva más global hacer una mirada al ámbito institucional que sirva para poner en cuestión los actuales modelos de intervención muy ligados a las políticas del momento y que en ocasiones debido a su inestabilidad carecen de fundamentos reales para abordar un problema como es el de las drogas que desde hace años carece de un soporte de continuidad. Se trata de un colectivo en el que se dibujan casi todas las características de cualquier población con déficits pero que van conformando ya sea por el policonsumo o por la situación de calle una realidad que sin darnos cuenta es cada vez más común en nuestra sociedad.

El trabajo desde los centros de reducción del daño supone una posibilización de paliar y prevenir situaciones de grave deterioro, pero además de poder visibilizar un colectivo que debido a los recortes sólo manifiesta su existencia de manera cada vez más sombreada ocultándose una realidad de extrema necesidad en ciudades tan desarrolladas como Madrid. Los recortes no sólo han propiciado la reconversión de estos centros en recursos con disminución de prestaciones y profesionales en vías de extinción sino que han supuesto una pérdida desde el campo de la intervención social para poder seguir trabajando con personas con un amplio campo de posibilidades.

La complejidad del fenómeno de las drogas difícilmente se deja atrapar entre las redes de cualquier teoría o explicación, dada la variedad de elementos personales y sociales implicados en esta cuestión. Por lo que tampoco existen respuestas fáciles a dar a este fenómeno social, donde más que las sustancias, han de preocuparnos las personas que, por circunstancias varias, recurren a las drogas. La denominada guerra contra las drogas no hace más que complicar los problemas, sobre todo, de aquellas personas que ya sufren la exclusión social. No podemos volver a medidas represivas o simplemente informativas sobre los peligros de las drogas pues han mostrado no dar los resultados prometidos. Al contrario, habría que revisar los planes actuales, sobre todo, en su práctica, desde la conciencia de que no faltan carencias y limitaciones que cuestionan lo que estamos haciendo. Y no se trata de buscar culpables, sino de tomar conciencia de la realidad presente, reconocer que estamos ante un fenómeno complejo que cambia constantemente, revisar planteamientos que pueden ser erróneos, retomar confianza en las personas que por ley humana quieren vivir bien y recuperar también la fe en nuestra capacidad de encontrar respuesta a los problemas que hoy se plantean.

5. Rreferencias bibliográficas

- Agencia Antidroga (2011). *Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en la CAM*. Comunidad de Madrid.
- Agencia Antidroga (2012). *Encuesta domiciliaria*. Madrid.
- Coalition, H. R. (1996). *Working together towards individual an community health*. Folleto. Nueva York, NY: Harm Reduction Calition.
- De Andres, M. (1998). *Contando con la competencia de los usuairos de drogas. IX Jornadas Andaluzas de Drogodependencias*. Jerez de la Frontera (Cádiz).
- De Andres, M., Magrí, N., y Borrás, T. (1996). *Programa de Reducción de Riesgo*. Barcelona: Grup IGIA.
- De Andrés, M y Rodes, A. (1995). *La atención a los consumidores de drogas que no siguen tratamiento. Monográfico: Drogodependencias, diez años después del SIDA*, 49, (pp 97-103).
- Escohotado, A (1999). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa Calpe, Magia, parafarmacia y religión (21-32).
- García, G., Gutierrez, E., y Morante, L. (1993). *“Bola de nieve: guía para formación de usuarios/as de drogas como agentes de salud”*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Grupo GID, Fases del bola de nieve (pp 25-61), Algunas cosas a tener en cuenta (pp 72-89).
- Insúa, P. (1999). *Manual de educación sanitaria. Recursos para diseñar talleres de Prevención con usuarios de drogas*. Madrid: Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas, Educación para la salud y reducción de daños (pp 33-40).
- Marlatt, G. (1998). *Reducción del daño Principios y estrategias básicas*. V *Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su enfoque Comunitario*. Chiclana de la Frontera (Cádiz)
- Maroto, Á. L. (2005). *Manual de buenas prácticas para la atención a drogodependientes en Centros de Emergencia*. Consejo General. Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales; Programas que se llevan a cabo en los centros de emergencias (pp 101-109), Buenas prácticas ligadas al proceso de intervención en los centros de emergencia (pp 75-101), Conceptos y principios básicos en los programas de reducción de daños (pp 57-75).
- Martínez Ruiz, Rubio (2002) *Manual de drogodependencias para enfermería*. Valladolid: Díaz de Santos, Bioética y drogodependencias (pp 319-327).
- Mino, A (1992). *Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 36.
- O’Hare, P., Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E., y Druker, E. (1996). *Versión castellana. La reducción de los daños*. Barcelona. Grupo IGIA.
- Trujhols, J., Salazar, J y Salazar, I. (1999). *Los usuarios de drogas como ciudadanos: Los programas de reducción de daños*. En: Becoña, E., Rodríguez, A., Salazar, I. Editores. *Drogodependencias V. Avances*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, (pp. 343-378).
- Valverde, J. (1996); *Vivir con la droga: Experiencias de intervención con pobreza, droga y Sida*. Madrid. Ed .pirámide.
- Xavier Aranas, D. N. (2003) *Globalización y drogas políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos*. California: Dykinson.