

La reducción de daños como eje central de la baja exigencia

Un estudio cualitativo aplicado a la Casa de
Encuentro y Acogida de Oviedo

Nerea Gutiérrez García

TRABAJO FIN DE GRADO

Tutor: José Antonio Llosa Fernández

Convocatoria:

Noviembre

Enero

Mayo

Julio

(marque X lo que proceda)

Curso académico: 2023/ 2024

GRADO EN EDUCACIÓN SOCIAL
UNIVERSIDAD DE OVIEDO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DEL TRABAJO FIN DE GRADO ¹

D/D^a. Nerea Gutiérrez García, estudiante del Grado en Maestro en Educación Social de la Facultad Padre Ossó (Centro Adscrito a la Universidad de Oviedo) del curso 2023-2024, como autor/a del TFG titulado:

La reducción de daños como eje central de la baja exigencia: Un estudio cualitativo aplicado a la Casa de Encuentro y Acogida de Oviedo

DECLARO QUE: El trabajo que presento para su exposición y defensa es original y no he utilizado fuentes de información, sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía. Asimismo, soy plenamente consciente de que el hecho de no respetar estos términos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden.

En Oviedo, a 11 de junio de 2024

Firmado:

¹ Acuerdo de 5 de marzo de 2020, del Consejo de Gobierno de la Universidad de Oviedo, por el que se aprueba el Reglamento sobre la asignatura Trabajo Fin de Grado en la Universidad de Oviedo, art. 8.3: “La memoria del TFG presentado deberá incluir, de forma obligatoria, una declaración del estudiante que asegure la originalidad de la obra y que se han citado debidamente las fuentes utilizadas. El tribunal que evalúa el trabajo podrá utilizar herramientas informáticas para detectar coincidencias”.

Resumen

Esta investigación profundiza en cómo la baja exigencia o exigencia adaptada influye en la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de sinhogarismo, con el objetivo identificar y analizar los procesos de acompañamiento. Para ello, se realiza un estudio de caso cualitativo aplicado a la Casa de Encuentro y Acogida de la ciudad de Oviedo (Principado de Asturias), a través de un análisis estructurado en niveles de discurso personales, técnicos y académicos que demuestran las necesidades existentes. Todo ello, teniendo en cuenta las adicciones, la salud mental y los condicionantes sociales.

Palabras clave: comorbilidad; feminización de la pobreza; salud pública; baja exigencia; adicciones; sinhogarismo.

Abstract

This research delves into how low demand or adapted demand influences the improvement of the quality of life of homelessness people, with the aim of identifying and analyzing the support processes. To this end, a qualitative case study is carried out applied to the Meeting and Reception House of the city of Oviedo (Principality of Asturias), through a structured analysis at personal, technical and academic levels of discourse that demonstrate the existing needs. All this, taking into account addictions, mental health and social conditions.

Palabras clave: comorbidity; feminization of poverty; public health; low demand; addictions; homelessness.

Índice

1. Introducción.....	1
1.1. Justificación.....	1
1.2. Objetivos.....	3
2. Marco teórico.....	4
2.1. Adicciones.....	4
2.1.1. Comorbilidad.....	5
2.2. Condicionantes sociales.....	6
2.2.1. Familiares.....	7
2.2.2. Sinhogarismo.....	8
2.2.3. Feminización de la pobreza.....	9
3. Contextualización.....	12
3.1. Realidad de las adicciones de España y de Asturias.....	12
3.1.1. Edad de inicio de consumo.....	12
3.1.2. Consumo por grupos de edad.....	14
3.1.3. Prevalencia según el sexo.....	16
3.2. Adicciones y salud pública.....	17
3.3. Modelos de intervención.....	19
3.3.1. Sistema Español de Alerta Temprana.....	19
3.3.2. Programa de Disminución de Daños y Riesgos.....	19
3.3.3. Unidades de Tratamiento de Toxicomanías.....	20
3.3.4. Unidades de Desintoxicación Hospitalaria.....	20
3.3.5. La Unidad de Coordinación de Salud Mental.....	20
3.4. Contextualización del CEA.....	21
4. Metodología.....	25
4.1. Muestra.....	25
4.2. Procedimiento.....	26
4.3. Herramientas.....	27
4.4. Análisis de datos.....	28
5. Resultados.....	30
6. Discusión.....	37
7. Conclusiones.....	40

8. Referencias.....	41
9. ANEXOS.....	47
ANEXO 1.....	47
ANEXO 2.....	48
ANEXO 3.....	49

1. INTRODUCCIÓN:

El propósito de esta investigación recae en conocer, observar y analizar cómo ayudan los programas de baja exigencia o exigencia adaptada a la mejora de la calidad de vida de las personas. El interés de estudiar este tema está en la existencia de numerosos artículos científicos publicados a finales del s. XX y principios del s. XXI y la invisibilización de estos programas a partir de ahí. Varios ejemplos son: Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño; El paradigma de la reducción de riesgos: hacia una nueva política sobre drogas; Prohibicionismo y drogas: ¿Un modelo de gestión social agotado? (Calvet Barot, 2002; Romaní, 2003; Romaní, 2008).

1.1. JUSTIFICACIÓN

La reducción de daños establece en sí una nueva perspectiva dentro de los proyectos de adicciones, que hasta la fecha se centraban en única y especialmente la alta exigencia o abstinencia. Así pues, la exigencia adaptada aparece como la primera línea de atención social donde las personas pueden instalarse el tiempo que necesiten para que, con su flexibilidad y adaptabilidad al caso, se consiga un acompañamiento social efectivo que pueda derivar en la recuperación de los hábitos de la vida cotidiana, el acceso a un recurso de alta exigencia, etc. (Alonso & Poo, 1999).

El concepto de reducción de daños comenzó a utilizarse como consecuencia de la propagación del VIH y de los problemas sociales y las muertes que acarreó el consumo de la heroína a finales de la década de los años ochenta (Alonso & Poo, 1999). Este hecho junto con la previa consideración de la drogodependencia como una enfermedad crónica y recidivante (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023) produjo un cambio en los programas existentes. El primer Plan Nacional Sobre Drogas (2002) realizado en la década de los 2000 mostró un gran incremento en las tasas de mortalidad por sobredosis de alguna sustancia desde el año 1986 que se encontraba en 25 casos por cada 100.000 habitantes hasta el 1989, que pasó a ser de 100 muertes por cada 100.000 habitantes. A partir de 1990, hasta el año 2000, la tasa oscilaba de manera drástica entre 75 y 100 casos por 100.00 habitantes (Figura 1).

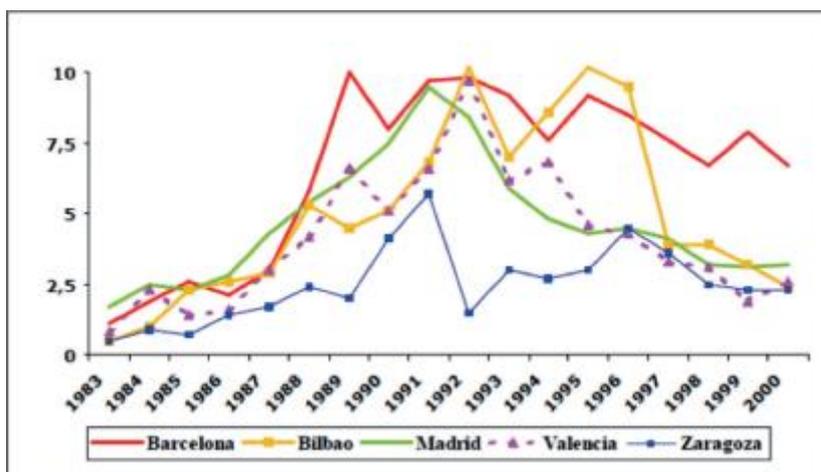
La exigencia adaptada cubre las necesidades básicas (alimentación, higiene, alojamiento, etc.), dado que hay personas cuyas situaciones personales son incapacitantes. Entre estas situaciones podemos encontrar el sinhogarismo, relaciones familiares desestructuradas, problemas económicos, etc. (González, 2018).

En el transcurso de esta investigación se profundizará sobre la relación de comorbilidad entre la salud mental y las drogas en situación de sinhogarismo. Se ha demostrado que existe una comorbilidad entre un trastorno relacionado con sustancias y un trastorno límite de la personalidad, siendo las mujeres las que mayoritariamente la presentan (Barral, 2019). Además, el Informe Mundial Sobre Drogas de 2023 estima que las personas consumidoras que padecen trastornos de salud mental se han disparado en un 45% respecto a la década anterior.

Asimismo, los centros de atención a las personas sin hogar permiten cubrir las necesidades básicas y, a su vez, facilitan los procesos de acompañamiento e intervención socioeducativa. En España existen 742 centros que proporcionan alojamiento para un total de 20.219 plazas (González, 2022).

Figura 1:

Evolución de las tasas de mortalidad por reacción aguda adversa a drogas en 5 grandes ciudades de España. Tasa por 100.000 habitantes. 1983-2000.



Nota. Fuente: Plan Nacional Sobre Drogas (2002).

El Informe Nacional EDADES (Programa de Encuestas sobre Alcohol y otras Drogas en España, 2022) observa un creciente consumo en hipnosedantes con o sin receta médica respecto a la encuesta anterior, siendo este de un 23,5% de la población encuestada, un punto porcentual más alto que en 2020. Además, su prevalencia es más alta en mujeres de unos 35 años. Desde un enfoque de género, los datos actuales muestran que cada vez hay más mujeres que viven en situaciones de pobreza y riesgo de exclusión social. Por lo que existiría una relación directa entre el aumento del consumo de sustancias en mujeres y el proceso de feminización de la pobreza (García, 2021)

1.2. OBJETIVOS

-El objetivo general de este trabajo es:

- Identificar y analizar los procesos de acompañamiento realizados en los programas de exigencia adaptada para la mejora de la calidad de vida de las personas.

-Objetivos específicos:

- Identificar los procesos de sensibilización comunitaria.
- Demostrar la mejora de la calidad de vida y el sentimiento de acompañamiento que proporcionan estos programas.
- Analizar la calidad de atención de los diferentes recursos en los que participa este colectivo en base a los obstáculos que se les presentan.
- Analizar las propuestas de mejora.

2. MARCO TEÓRICO

En este apartado se desarrollarán en detalle aspectos conceptuales sobre adicciones, se realizará un recorrido sobre los aspectos conceptuales de las adicciones y de los condicionantes sociales de la salud mental en el caso de las adicciones.

2.1. ADICCIONES

El término ‘adicción’ es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales” (OMS, s.f.). Esta dependencia da lugar a distintos tipos de conductas que no dependerán únicamente de la adicción, ya que cada persona se encuentra en una situación personal y con unos determinantes biopsicosociales únicos que determinan cada caso particular (García, 2022).

Existen dos grandes grupos: las adicciones con sustancia y las adicciones comportamentales o sin sustancia. En ambos casos, cuanto más temprana sea la edad de inicio, mayor nivel de probabilidad de sufrir un trastorno de salud mental habrá.

Las adicciones con sustancia se basan en el consumo habitual de una persona de una o varias sustancias psicoactivas que producen una sensación placentera y un efecto perjudicial a largo plazo. Se caracteriza por la adherencia a la propia sustancia y el deseo compulsivo de consumo (Liñares, 2023).

Asimismo, las adicciones aparecen recogidas dentro de dos grandes clasificaciones que aglutinan trastornos psicológicos. Por un lado, la CIE-11 (OMS, 2019) se trata de una herramienta que recoge y agrupa las afecciones y los condicionantes que afectan a la salud en distintas categorías que se distribuyen mediante un sistema de más de 17.000 códigos únicos que están organizados en 26 capítulos. En este caso, las adicciones se enmarcan como “Trastornos por consumo de drogas” código [6C40-6C4Z] y como “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol”, código [6C40] dentro de la lista de condiciones de salud relevantes para la recuperación de propiedades funcionales. Además, en el apartado dedicado al VIH se menciona de manera reiterada el consumo de distintas sustancias como causas de esta enfermedad.

Por otra parte, el DSM-V (Asociación Estadounidense de Psiquiatría [APA], 2013), que se trata de un manual especializado en la diagnosis y estadística de trastornos mentales, recoge un apartado concreto para “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”. En esta sección se tienen en cuenta diez tipos de drogas con categorías separadas para algunos tipos de alucinógenos, como el fentanilo. Esas sustancias son: cannabis, alucinógenos, alcohol, cafeína, opiáceos, hipnóticos y ansiolíticos, sedantes, inhalantes, tabaco y otras sustancias. Anteriormente, en otras ediciones la clasificación era totalmente distinta. Estas tenían una mayor influencia del psicoanálisis y se fijaban más en conflictos intrapsíquicos y de la personalidad que en categorías diagnósticas concretas. Este cambio de paradigma que supone el DSM-5 arrastra consigo mucha controversia debido a la nueva forma de categorización de estos trastornos (Sandín, 2014).

En cuanto a las adicciones comportamentales, se pueden definir como impulso y repetición de conductas. Caracterizadas por la pérdida de control, el fuerte deseo y el malestar emocional. Algunos ejemplos son: adicción al juego de azar, adicción a los videojuegos o compras compulsivas (Rodríguez et al, 2023). Al tratarse este tipo de adicciones como impulsos, se relacionan en algunas ocasiones con trastornos de control de impulsos, ya que estos se caracterizan también por la impulsividad (de Sola et al, 2013).

Aunque la reducción de daños trabaje únicamente con las adicciones con sustancia es importante introducir este concepto, ya que las adicciones sin sustancia suelen ligarse a adicciones con sustancia en muchas ocasiones (Liñares, 2023). Un ejemplo sería una persona que juegue a las máquinas tragaperras compulsivamente normalmente está bebiendo alcohol cuando lo hace, cuanto más tiempo utiliza jugando más aumentará su consumo y/o riesgo de hacerlo.

Ambos tipos de adicción normalmente se encuentran ligadas a trastornos mentales, ya sean producidos por el consumo o al revés (APA, 2013)

2.1.1. COMORBILIDAD

La comorbilidad hace referencia a que una persona padezca dos o más trastornos o enfermedades, ya ocurran en el mismo tiempo o simultáneamente (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos [NIDA], s.f.).

El DSM-V (APA, 2013) se divide en dos grandes subgrupos: “trastornos por consumo de sustancias” y “trastornos inducidos por sustancias”. En el primer caso, estos

trastornos se producen por el uso prolongado de este consumo siendo muchas veces inespecífico si el causante del trastorno ha sido el consumo. Por otro lado, en el segundo caso, se trata de una reacción inmediatamente posterior derivada del consumo o no consumo como la intoxicación, la abstinencia o un brote psicótico inducido por una sustancia (Portero, 2015).

Además, existen evidencias de que los problemas con el juego se relacionan estrechamente con abuso de sustancias y problemas de salud mental. Un estudio realizado por la compañía *Userneeds* con un tamaño muestral de 300.000 participantes de 6 países distintos (Dinamarca, Noruega, Suecia, Finlandia, Irlanda y Suiza) determinó que el 5,7% de los participantes, es decir, 2.038 personas mostraban un patrón de consumo de sustancias (sobre todo alcohol y tabaco), juego patológico, adicción a los videojuegos y a las compras compulsivas y estrés emocional (Ford y Håkansson, 2020).

Asimismo, se relacionan frecuentemente los trastornos del estado de ánimo con los trastornos por abuso de sustancias. Estos trastornos del estado de ánimo pueden ser causados por el consumo o que se vean amplificadas por ello (Ibáñez et al, 2020).

Esto responde al concepto de patología dual, que hace referencia a la presencia, en un mismo individuo, de un trastorno asociado al consumo de sustancias junto con otro tipo de trastorno como puede ser un trastorno del comportamiento, un trastorno de ansiedad, etc. (Sanz & Arranz, 2016).

2.2. CONDICIONANTES SOCIALES DE LA SALUD MENTAL EN EL COMPORTAMIENTO EN ADICCIONES

Los condicionantes o determinantes son causas o circunstancias bajo las que se encuentran las personas y moldean su forma de vivir y quienes son. Pueden ser de diversos tipos como, por ejemplo, sociales, culturales, económicos, ambientales, etc.

En este caso concreto, los condicionantes sociales serán los más importantes de estudio. Entre estos, se encuentran factores familiares, factores de situación de sinhogarismo y de feminización de la pobreza como tendencia emergente (Bravo et al, 2024).

2.2.1. FAMILIARES

El Observatorio de Drogas de Colombia (2017) realizó un estudio que demostraba que uno de los componentes de la vulnerabilidad frente al consumo de sustancias psicoactivas es una situación familiar desestructurada. Algunas de las causas son violencia doméstica, abandono, figuras de referencia y modelos parentales negligentes, divorcio, muerte, etc.

Las personas que en procesos de deshabitación de drogas tienden a carecer de lazos familiares estables en los que se puedan apoyar y se encuentran en una situación de mayor riesgo. Por lo que podría decirse que las familias son un pilar fundamental para la recuperación. En cambio, se encuentran carencias en el sistema a la hora de tratar este asunto, ya que las terapias que se realizan en los centros ya sean de baja o de alta exigencia, son terapias individuales y grupales con las personas en cuestión, pero rara vez se trabaja la terapia familiar de manera bilateral (Pedroza et al, 2020).

En contraparte, también existen estudios (Aimaganbetova, 2020) que evidencian justo el fenómeno contrario, es decir, la codependencia. Este se da cuando los familiares de las personas consumidoras vuelcan por completo su vida en ayudar en ese proceso de recuperación y cuidados, y se olvidan del resto de asuntos de su vida. Se caracteriza por la incapacidad de poner límites y la carga total de responsabilidades.

Además, la codependencia está ligada a problemas de salud mental, ya que estas personas se encuentran bajo una presión autoimpuesta que genera la carencia de autocuidados que, por ende, desemboca en altos niveles de ansiedad, bajos niveles de autoestima y poca tolerancia a la frustración (Vásquez, 2023).

Por todo ello, es importante que los programas de intervención sobre adicciones incluyan una dimensión de terapias familiares para que, en primer lugar, la persona consumidora pueda realizar su proceso sintiéndose acompañado y cuidado por su familia y, en segundo lugar, que las familias se sientan acompañadas, entendidas y cuidadas por los profesionales. Aunque, en algunos casos esta intervención no sea posible.

2.2.2. SINHOGARISMO

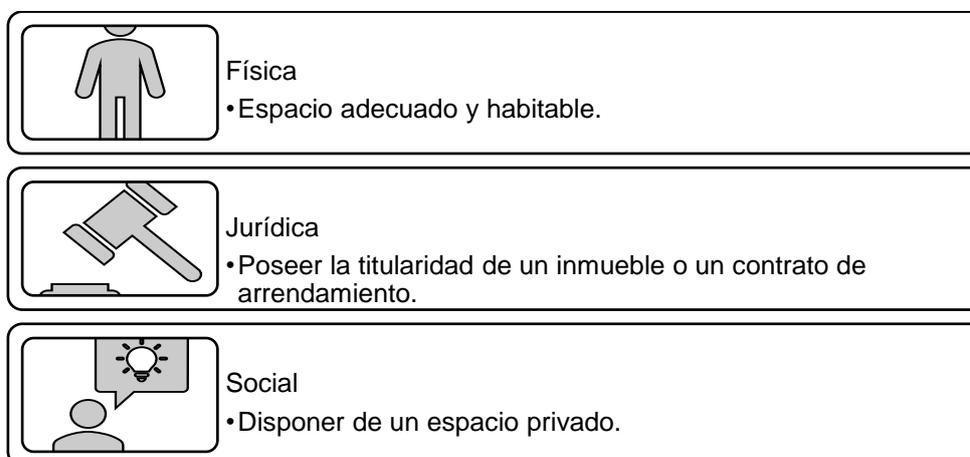
Las personas en situación de sinhogarismo se encuentran en una situación de vulnerabilidad extrema que tiene un gran impacto en el bienestar físico, mental y emocional. No se trata únicamente de carecer de un techo bajo el que dormir, sino que se trata de tener una vivienda digna y adecuada (de la Fuente-Roldán, 2023). Los principales factores que favorecen la situación de sinhogarismo son los económicos, los familiares, los problemas de salud mental y las adicciones (García, 2023).

Una persona puede encontrarse con problemáticas en todos estos aspectos, pero no significa que todos sean causantes de la pérdida de vivienda, sino que unos llevan a otros con el paso del tiempo (García, 2023). Por ejemplo, una persona que ha perdido su vivienda en el divorcio se encuentra en situación de sinhogarismo por problemas económicos y familiares. Agudizando, posteriormente, su ansiedad y algún otro posible trastorno que le lleva a consumir sustancias para sobrellevar la situación de calle. Y, finalmente, la carencia de un hogar, los problemas de salud mental, los problemas familiares y económicos, y el consumo desemboca en otros problemas de salud físicos y mentales.

La Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan para las Personas Sin Hogar (FEANTSA) confeccionó en 2013 la clasificación European Typology on Homelessness and Housing Exclusion (ETHOS) que define las tres dimensiones de las que se compone el acceso a la vivienda (Figura 2). Estas dimensiones son los pilares fundamentales que definen las condiciones que debe tener un espacio para ser considerado como un hogar (FEANTSA, 2013).

Figura 2

Clasificación ETHOS de la FEANTSA.



Nota. Fuente: Elaboración propia.

Además, dentro de esta clasificación es importante diferenciar entre las distintas condiciones de habitabilidad, el régimen legal y la situación personal que tenga la persona. Existen cuatro posibles situaciones (Domínguez, 2022):

- Sin techo: No existe un espacio físico donde habitar.
- Sin vivienda: Disponer del uso de entidades sociales y públicas para pernoctar.
- Vivienda insegura: Espacio físico ocupado sin aprobación legal.
- Vivienda inadecuada: Espacio físico con aprobación legal, pero no cumple las condiciones de habitabilidad.

Por ende, estas cuatro situaciones, ninguna de las tres dimensiones se cumple en su totalidad.

En el año 2022, un estudio realizado en Boston (Fine et al, 2022) descubrió que la mortalidad por sobredosis en personas sin hogar en Estados Unidos aumentó de manera especialmente relevante durante el siglo XXI, sobre todo en Massachusetts y Filadelfia. Por otro lado, otro estudio realizado en España (Calvo et al, 2020) entre 2006 y 2016, con una muestra de 826 personas, evidencia que los trastornos por uso de alcohol son los más comunes entre las personas que se encuentran en situación de sinhogarismo. Asimismo, se llega a la conclusión de que en España durante esa época de crisis económica las personas estaban mucho más cronificadas que en Estados Unidos en aquel momento.

2.2.3. FEMINIZACIÓN DE LA POBREZA

La feminización de la pobreza alude al hecho de que pobreza tiende a afectar más a las mujeres y niñas. Es un fenómeno que se ha ido desarrollando progresivamente desde los años 70, principalmente motivado por la incorporación de la mujer al mundo del trabajo con contratos precarios y a media jornada (García, 2021). La razón de que las políticas gubernamentales que intentan regular estas condiciones no funcionen es porque el sistema se asienta en unas bases patriarcales de desigualdad de género (Vega, 2021). Las mujeres son las que, generalmente, toman la responsabilidad de cuidar de los hijos y de las personas adultas dependientes que existen en la familia, por lo que tienen que renunciar a contratos de jornada completa, ya que se les imposibilita conciliar las dos tareas (Paz y Arévalo, 2020).

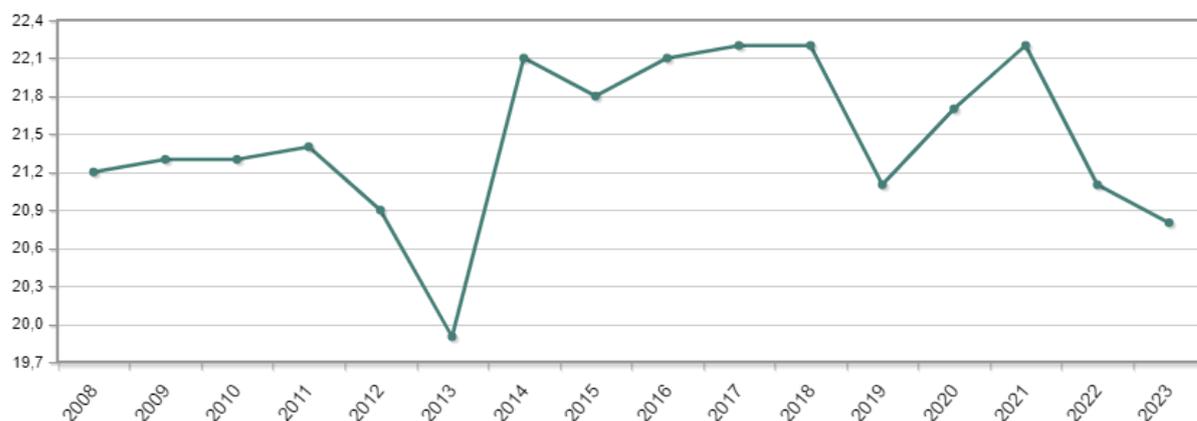
Por otro lado, han ido aumentando distintos modelos de familia que se alejan del tradicional que existía en el s. XX. Cada vez hay más madres solas sin apoyos

familiares que se ocupan en solitario del cuidado de sus hijos, lo que en muchas ocasiones imposibilita la manutención de un hogar (García, 2021).

En el caso concreto de España, se puede observar cómo desde la crisis del 2008 la Tasa de riesgo de pobreza recogida por la Encuesta de las Condiciones de Vida (ECV) (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2024), se disparó irrefrenablemente de manera más acusada a partir del año 2013 en el caso de las mujeres. Posteriormente, en el año 2019 parecía que existía una situación más estable tras salir de la recesión económica, volviendo a empeorar con la crisis del Covid-19 en 2020 (Figura 3).

Figura 3

ECV. Tasa total de pobreza de España en mujeres.

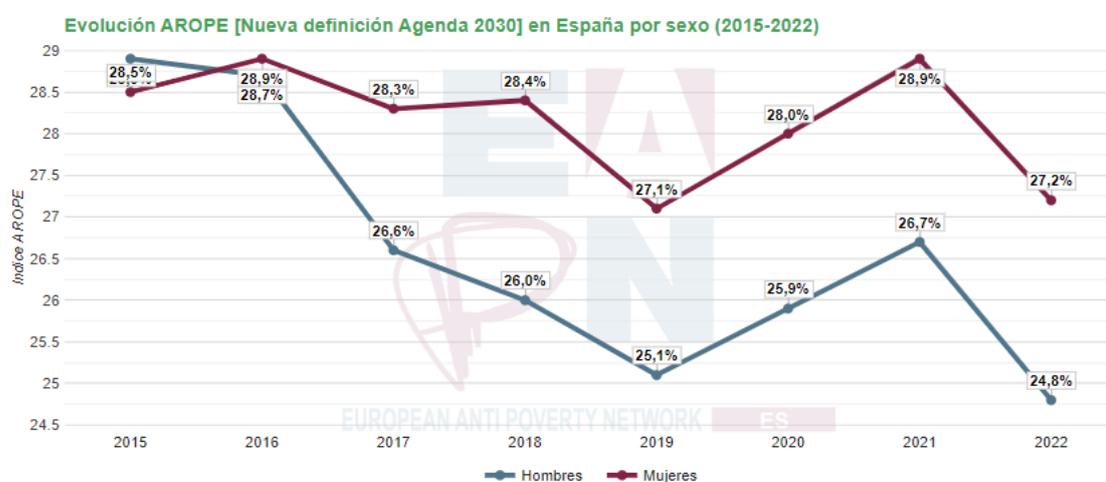


Nota. Fuente: (INE, 2024)

Por otro lado, comparando la tasa de riesgo de pobreza y exclusión social recogida en el Informe AROPE desde 2015 hasta 2022 (European Anti Poverty Network [EAPN], 2023). Se puede observar, en términos generales, que tras los periodos de crisis las mujeres se ven más afectadas que los hombres, ya que en período de recesión su mejoría no es notable hasta más largo plazo. Se puede concluir así que el género femenino está más sujeto a padecer una situación de riesgo de pobreza y exclusión social que los hombres (Figura 4).

Figura 4

Informe AROPE en España por sexo



Nota. Fuente: (EAPN, 2023)

Esta situación ha provocado que cada vez exista un mayor consumo de ansiolíticos e hipnosedantes sin receta por parte de las mujeres, ya que el deterioro en la salud mental está siendo significativo (Martínez-Mendía, 2023).

El perfil mayoritario de las mujeres en situación de sinhogarismo en España es de una media de edad de entre 18 y 29 años, y existe un alto porcentaje de mujeres migrantes. Las causas mayoritarias del abandono de su hogar son la violencia de género hacia ellas y hacia sus hijos, la falta de recursos económicos viviendo en pareja o la separación de esta. Se determina que el consumo de sustancias comienza porque el género femenino, generalmente, es más consciente de su estado de salud y acude de manera reiterada al médico, donde se le recetan estos hipnosedantes que funcionan como vía de evasión (Domínguez, 2022).

3. CONTEXTUALIZACIÓN

Este apartado se basa íntegramente en un análisis de la realidad que sirve de apoyo para el marco teórico. Se pretende observar y estudiar los fenómenos sociales que ocurren en España respecto al consumo (edad de inicio, en base a grupos de edad, prevalencia), las políticas públicas, los modelos de intervención existentes y el contexto exacto de donde tiene lugar el estudio.

3.1. REALIDAD DE LAS ADICCIONES DE ESPAÑA Y DE ASTURIAS

Para medir el impacto y la realidad social de las adicciones a nivel nacional se utiliza la Encuesta sobre Alcohol y otras drogas en España o Informe EDADES (2022). Esta encuesta se realiza cada dos años desde 1995 a ciudadanos de las edades comprendidas entre 14 y 65 años.

Los objetivos de realizar este sondeo son conocer la prevalencia de consumo, las características sociodemográficas, los patrones de consumo, la evolución temporal, etc. En 2022, la muestra poblacional recogida fue de 26.344 personas, de las cuales 1.296 fueron realizadas en la Comunidad el Principado de Asturias.

3.1.1. EDAD DE INICIO DE CONSUMO

Atendiendo a la edad de inicio de consumo se observa que, en España, las edades más tempranas se encuentran en las drogas legales, alcohol y tabaco, siendo una media de 16 años mantenida en el tiempo entre 1995 y 2022. Asimismo, el consumo de cannabis se encuentra en aproximadamente 18 años. En cambio, se observa que el consumo de hipnosedantes sin receta se ha disparado cada vez más en edades más bajas, al contrario del resto de sustancias psicoactivas que han ido aumentando su prevalencia a medida que se incrementa la edad (Tabla 1) (EDADES, 2022).

Tabla 1*Edad media de inicio en el consumo en la población española de 15-64 años entre 1995-2022.*

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022
Tabaco	15,9	16,6	16,7	16,5	16,5	16,4	16,5	16,5	16,5	16,4	16,4	16,6	16,6	16,6
Alcohol	-	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7	16,8	16,7	16,7	16,7	16,6	16,6	16,7	16,5
Cannabis	18,3	18,9	18,7	18,5	18,5	18,3	18,6	18,6	18,7	18,6	18,3	18,4	18,5	18,3
Inhalables Volátiles	17,7	19,0	18,1	17,5	17,5	17,8	19,7	19,2	19,7	19,4	20,5	20,1	21,5	19,8
Anfetaminas	19,2	19,4	19,2	18,8	19,6	19,2	19,7	20,1	20,2	20,8	20,2	20,4	20,6	20,1
Alucinógenos	19,3	19,0	19,3	18,9	19,9	19,0	19,9	19,7	20,5	20,9	20,3	20,9	21,2	21,0
Cocaína en Polvo	21,4	21,3	21,8	20,4	20,9	20,6	20,9	20,9	21,0	21,3	20,9	21,1	21,1	21,1
Éxtasis	21,1	20,0	20,7	20,2	20,3	20,1	20,8	20,5	20,8	21,1	20,7	21,1	20,7	20,5
Cocaína polvo y/o base	-	-	-	-	-	-	-	20,9	21,0	21,3	20,8	21,1	21,1	21,1
Heroína	20,3	20,1	19,0	20,7	22,0	20,2	21,7	22,9	20,7	21,5	22,2	22,7	22,6	21,2
Cocaína base	21,8	20,6	20,1	19,6	20,1	20,8	21,4	23,1	22,4	23,2	20,7	23,2	21,8	21,0
Hipnosedantes sin receta	35,2	28,7	29,2	29,5	30,0	-	29,1	29,5	27,8	31,2	32,5	31,6	30,6	30,8
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	33,8	34,5	34,5	35,2	35,6	34,4	34,4	35,0
Analgésicos opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32,6	35,3
Analgésicos opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27,7	25,6

Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (2022)

En cuanto al sexo, se puede observar que, en el año 2022, existen diferencias relevantes entre hombres y mujeres a la hora de iniciar el consumo. Los hombres consumen de manera más precoz la mayoría de las sustancias, exceptuando las anfetaminas, el GHB o éxtasis líquido, las metanfetaminas, la cocaína base y los analgésicos opioides sin receta (Tabla 2).

Tabla 2*Edad de inicio de consumo según el sexo en el año 2022.*

	Hombres	Mujeres
Tabaco	16,4	16,7
Alcohol	16,0	17,0
Cannabis	18,0	18,8
Inhalables volátiles	19,4	21,2
Anfetaminas	20,3	19,7
Alucinógenos	20,9	21,0
Cocaína en polvo	21,0	21,7
Éxtasis	20,5	20,7
Cocaína polvo y/o base	20,9	21,7
Setas mágicas	22,2	22,1
GHB	23,5	20,1
Heroína	20,8	23,2
Metanfetaminas	22,3	21,9
Cocaína base	21,2	20,2
Hipnosedantes sin receta	30,0	31,6
Hipnosedantes con o sin receta	34,7	35,2
Analgésicos opioides con o sin receta	34,8	35,7
Analgésicos opioides sin receta	26,3	24,5

Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (2022).

3.1.2. CONSUMO POR GRUPOS DE EDAD

Esta encuesta realiza una separación en dos grupos de edad: de 15 a 34 años y de 35 a 64, con el fin de estudiar la prevalencia de manera más acotada. Esta comparación se comenzó a realizar a partir del año 1999 (Figura 5).

Se puede observar cómo ha bajado apreciablemente el consumo de tabaco entre 1999 y 2022, pasando de casi un 50% en ambos grupos de edad a casi un 40%. El consumo de alcohol se ha mantenido estable a lo largo del tiempo entorno a aproximadamente el 75% en ambos grupos de edad, siendo más alto o bajo en diferentes años. El resto de las sustancias psicoactivas se mantienen en un consumo

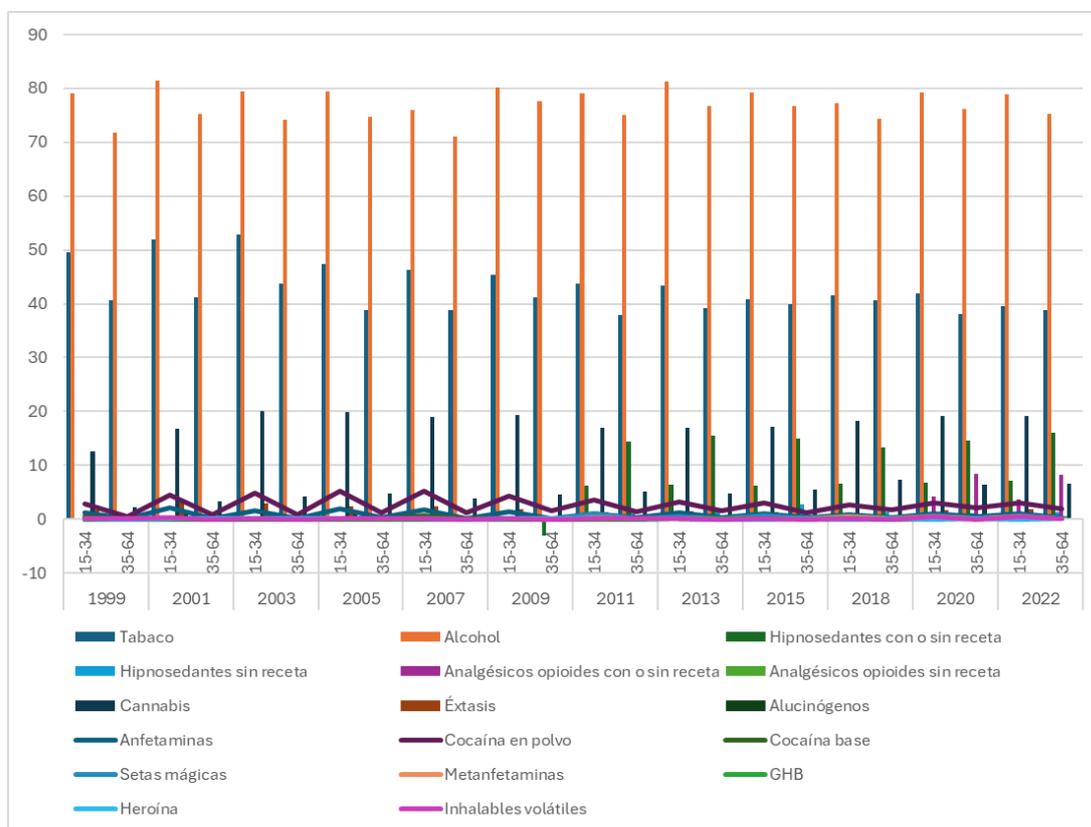
más o menos lineal en ambos grupos de edad a lo largo del tiempo, exceptuando los hipnosedantes con o sin receta y el cannabis.

En primer lugar, el consumo de hipnosedantes como droga no se comienza a registrar hasta el año 2011. Es importante observar que dentro de la tabla se establecen dos categorías: “Hipnosedantes con o sin receta” e “Hipnosedantes sin receta”. Siendo mucho mayor el porcentaje de la primera categoría que la segunda, lo que quiere decir que el mayor patrón de consumo se está realizando de manera prescrita por los médicos por problemas de estrés emocional o ansiedad. El consumo, tanto con receta como sin ella, ha ido aumentando de manera progresiva en ambos grupos de edad, siendo las personas de entre 35 y 64 años las que más los utilizan, llegando a ser el doble de consumo que las personas de entre 15 y 34 años (Payá y Pizzi, 2019).

Por otro lado, el consumo de cannabis se lleva registrando desde el año 1999. En este caso, las personas de entre 15 y 34 años lo consumen más del doble que las personas mayores de 35 años.

Figura 5

Comparativa del consumo por grupos de edad en los últimos 12 meses entre los años 1999 y 2022.



Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta sobre Alcohol y Drogas (2022).

3.1.3. PREVALENCIA SEGÚN EL SEXO

Anteriormente, se ha analizado la edad de inicio de consumo según el sexo donde se determinaba que, aunque el inicio más temprano por lo general era del sexo masculino, en algunos casos eran las mujeres.

En este apartado, lo que se pretende estudiar es como se mantiene ese consumo a lo largo del tiempo (Tabla 3). En todas las sustancias la mayor prevalencia es la de los hombres, siendo la excepción los hipnosedantes donde las mujeres superan en casi 10 puntos porcentuales a los hombres (García y Mira, 2014).

Tabla 3

Comparativa de la prevalencia de consumo por sexo en los últimos 12 meses entre el 2011 y 2022.

	2011		2013		2015		2018		2020		2022	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	44,2	36,0	44,2	37,2	44,4	36,0	46,0	35,8	44,4	34,2	44,0	34,0
Alcohol	83,2	69,9	83,2	73,4	82,9	72,1	81,3	60,2	82,7	71,6	82,1	70,8
Hipnosedantes con o sin receta	7,6	15,3	8,5	16,0	8,3	15,8	8,1	14,1	9,4	14,7	10,3	16,0
Hipnosedantes sin receta	1,1	1,2	1,1	1,3	1,6	2,9	1,2	1,4	1,3	1,2	1,4	1,3
Analgésicos opioides con o sin receta	-	-	-	-	-	-	5,9	7,4	6,2	8,1	5,8	7,9
Analgésicos opioides sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,7	0,7	0,5
Cannabis	13,6	5,5	12,9	5,4	13,3	5,6	15,4	6,6	14,6	6,3	14,4	6,8
Éxtasis	1,0	0,4	1,0	0,3	0,9	0,3	1,0	0,3	1,4	0,4	1,0	0,5
Alucinógenos	0,6	0,2	0,5	0,1	0,8	0,3	0,7	0,2	1,0	0,2	0,7	0,4
Anfetaminas	0,9	0,3	0,8	0,4	0,8	0,3	0,8	0,2	0,9	0,4	0,8	0,3
Cocaína (polvo y/o base)	3,6	0,9	3,3	1,0	3,1	0,9	3,4	1,0	4,1	1,0	3,6	1,1
Cocaína en polvo	3,6	0,9	3,3	0,9	2,9	0,9	3,2	0,8	4,0	0,9	3,5	1,0
Cocaína base	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,4	0,2	0,3	0,1	0,3	0,1
Setas mágicas	0,6	0,2	0,3	0,1	0,5	0,2	0,4	0,1	0,6	0,1	0,5	0,3

Metanfetaminas	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,1	0,4	0,2	0,3	0,2
GHB	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0
Heroína	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Inhalables volátiles	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,3	0,1

Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta sobre Alcohol y Drogas (2022)

En definitiva, la realidad social de consumo en España es que, tanto la edad de inicio como la prevalencia son mayores en hombres menores de 34 años. Sin embargo, existen patrones de consumo emergentes con una tendencia preocupante entre las mujeres.

3.2. ADICCIONES Y SALUD PÚBLICA

En España, el Gobierno utiliza el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) para coordinar y potenciar las políticas en materia de adicciones que se utilizan en las entidades sociales y la Administración Pública desde el año 1985.

Entre sus objetivos se encuentra reducir el impacto social y sanitario de las adicciones. Para llevar a cabo esta regulación existen distintas estrategias. Actualmente y desde 2017 se establecen dos metas: Conseguir una sociedad más informada y saludable y una sociedad más estable y segura (Tabla 4). Estas metas se pretenden conseguir a través de áreas de actuación específicas, objetivos estratégicos y el uso de áreas transversales.

Tabla 4

Áreas de actuación dentro del PNSD

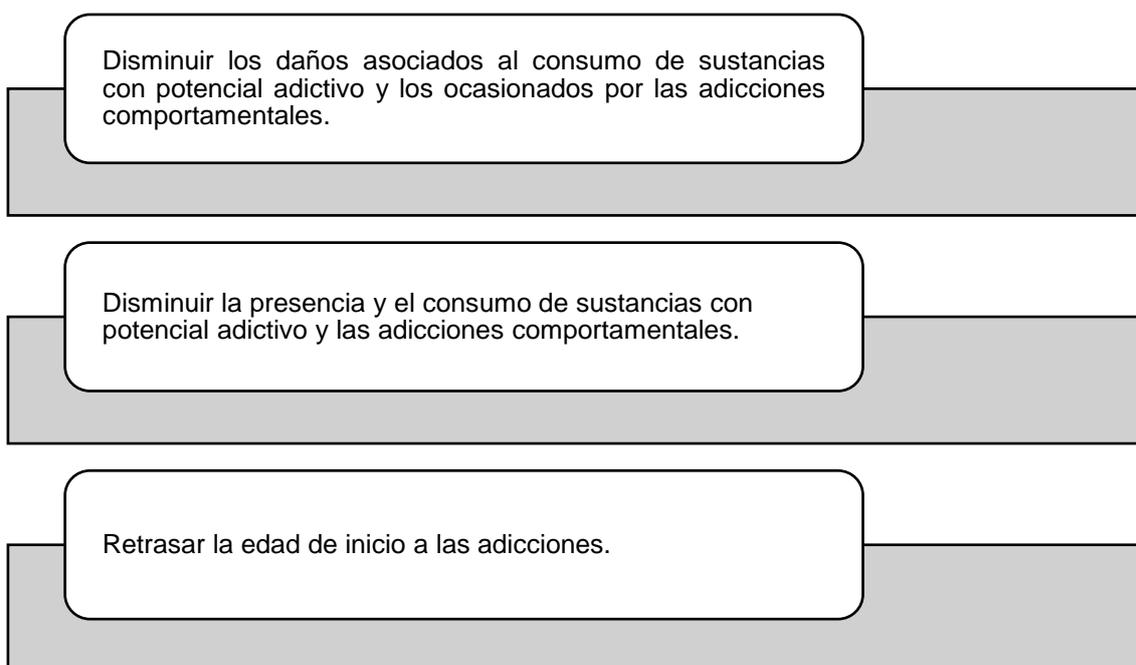
ÁREAS DE ACTUACIÓN	
META 1	META 2
SOCIEDAD MÁS INFORMADA Y SALUDABLE	SOCIEDAD MÁS ESTABLE Y SEGURA
-Prevención y reducción del riesgo	-Reducción y control de la oferta
-Atención integral y multidisciplinar	-Revisión normativa
-Reducción de daños	-Cooperación judicial policial a nivel nacional e internacional
-Incorporación social, con especial hincapié en la integración laboral	

Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de Plan Nacional Sobre Drogas (2017) Ministerio de Sanidad.

Este documento hace un estudio exhaustivo sobre la realidad de las adicciones en España, teniendo en cuenta también las adicciones comportamentales. Asimismo, contempla los retos, límites y tendencias sociales. Todo ello para lograr los tres objetivos generales que se proponen (Figura 6).

Figura 6

Objetivos generales de la estrategia 2017-2024 del PNSD.



Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de Plan Nacional Sobre Drogas (2017). Ministerio de Salud.

Todo esto no podría lograrse sin la existencia de las distintas áreas transversales que ya han sido mencionadas anteriormente. Estas áreas se basan en la coordinación, la legislación, la formación, la difusión, la comunicación, la evaluación y la cooperación internacional.

Estas estrategias se enmarcan dentro de “El Plan de Acción sobre Adicciones” (PNSD, 2021). Este contiene las acciones que se van a realizar para la consecución de los distintas metas y objetivos. Se revisa y edita cada 4 años, de modo que actualmente el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024 se estructura en torno a 6 ejes: Atención integral, coordinación, prevención y sensibilización, cooperación internacional, la mejora de la formación o conocimiento y la reducción de oferta. Estos ejes se desarrollan dentro de cada meta con actuaciones muy específicas que responden a cada objetivo.

Además, existe un plan autonómico de drogas específico para cada Comunidad Autónoma que, en el caso del Principado de Asturias, dirige la Dirección General de Salud Pública a través de la Consejería de Salud. Vinculando el Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030, el Plan de Drogas y Adicciones para Asturias y los Planes municipales del Principado de Asturias.

3.3. MODELOS DE INTERVENCIÓN

Este apartado se compondrá de distintos sistemas, programas y organismos que existen en España para prevenir e intervenir en España y en el Principado de Asturias.

3.3.1. SISTEMA ESPAÑOL DE ALERTA TEMPRANA (SEAT)

El objetivo general del SEAT es desarrollar y mantener un sistema de alerta rápido con el fin de detectar, intercambiar información, evaluar y responder ante las drogas de nueva aparición o eventos relacionados con el consumo de sustancias que supongan un problema para la salud pública. Este sistema trabaja en dos niveles: a nivel estatal y a nivel autonómico y se complementa con el Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (PNSD, s.f.).

3.3.2. PROGRAMAS DE DISMINUCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS (PDDR)

Estos programas se basan en el desarrollo de actividades que tienen el objetivo de evitar que el consumo experimental o esporádico se convierta en uso continuado y disminuir o al menos limitar los efectos negativos en la salud y en el ámbito sociosanitario (PNSD, s.f.).

Dentro de estas actividades se encuentra el programa de jeringuillas. Esta medida se estableció, a finales de los años 90 en España, como una respuesta rápida ante la crisis socio-sanitaria de la expansión de la enfermedad del SIDA provocada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Su mecanismo se basa en que las personas que realizan un consumo activo mediante jeringuillas acudan a puntos de intercambio, ubicados normalmente en los programas de disminución de daños. Aquí se les provee de tantos Sani-Kits como de agujas usadas tengan en su posesión. Un Sani-Kit está formado por material de inyección esterilizado, materiales necesarios para reducir infecciones como toallitas y un preservativo. Además, los profesionales les brindan a

las personas información sobre la transmisión del VIH, atienden todas sus dudas y posibilitan el acceso a distintos los recursos de tratamiento (Romero et al, 2005).

Finalmente, los programas de baja exigencia adaptada se encuentran enmarcados dentro de los Programas de Disminución de Daños y Riesgos (PDDR). Como ya ha sido mencionado anteriormente, satisfacen las necesidades básicas de las personas de una manera individualizada a través del acompañamiento socioeducativo (Díaz, 2023).

3.3.3. UNIDADES DE TRATAMIENTO DE TOXICOMANÍAS (UTT)

Estas unidades desarrollan programas específicos para el tratamiento sustitutivo de opiáceos con Metadona o Metasedin. Para su acceso se requiere una derivación del Centro de Salud Mental de cada paciente en específico. El objetivo es que las personas acudan a tomar su dosis diaria y a citas con un psiquiatra de referencia para que progresivamente vayan adhiriéndose al tratamiento con el fin de ir abandonando el consumo de sustancias (AsturSalud, 2018).

3.3.4. UNIDADES DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA (UDH)

Están destinadas a que las personas realicen los procesos de deshabitación y desintoxicación en un régimen de hospitalización en aquellos casos específicos en los que no sea posible realizarlo de forma ambulatoria. Existen dos en el Principado de Asturias, una en el Hospital Monte Naranco (Oviedo) y otra en el Hospital de Cabueñes (Gijón). En este caso, la derivación se realiza desde tres servicios: el Centro de Salud Mental de referencia, el Programa de Adicciones de las UTT o los Servicios de Medicina Interna (AsturSalud, 2018).

3.3.5. LA UNIDAD DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL (UCOSAM) Y LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

La Unidad de Coordinación de Salud Mental en el Principado de Asturias se encarga de promover y coordinar un modelo comunitario de atención a los pacientes del área de Salud Mental basado en la autonomía, la continuidad, la accesibilidad, la comprensión, la equidad, la recuperación personal, la responsabilidad y la calidad (AsturSalud, 2019).

Las personas para poder entrar en Comunidad Terapéutica deben ser derivadas por este organismo dependiente del Servicio de Salud del Principado de Asturias. La prestación de este servicio se compone de plazas limitadas lo que genera listas de espera y estas plazas se adjudican por orden y son de carácter público, por lo que son gratuitas. Asimismo, este organismo puede imponer sanciones a las personas que incumplen alguno de los requisitos o normas como, por ejemplo, la privación del acceso a Comunidad Terapéutica durante 6 meses (AsturSalud, 2024)

Las Comunidades Terapéuticas son centros residenciales orientados a la desintoxicación, la deshabituación y la rehabilitación de personas con adicciones. Estos centros pertenecen a entidades sin ánimo de lucro y pueden acceder todas las personas mayores de 18 años de forma voluntaria, que deben de haber vivido durante al menos 6 meses en Asturias de forma demostrable y que no hayan sido expulsados o dados de alta voluntaria seis meses antes de la nueva solicitud. Las personas con necesidades de apoyo y con diversidad funcional no pueden participar de estos proyectos, ya que se carece del personal cualificado necesario. Por último, remarcar que la plaza debe solicitarla la propia persona, no pudiendo así interceder las familias (AsturSalud, 2024).

3.4. CONTEXTUALIZACIÓN DEL CEA

En Asturias, el Plan Nacional sobre Drogas (2017) se lleva a cabo a través de la Administración Pública Autonómica y local. En colaboración, con distintas asociaciones y organizaciones sin ánimo de lucro como, por ejemplo, Amigos contra la droga, Asociación para la rehabilitación de adicciones e integración social (ARAIS) o Cáritas Diocesana (AsturSalud, 2023).

En el caso de Cáritas Diocesana existen distintos tipos de programas. Por un lado, el centro terapéutico de rehabilitación de alcohol “La Santina” ubicado en Gijón. Y, por otro lado, la Casa de Encuentro y Acogida (CEA) en Oviedo, que se coordina con los albergues Cano Mata Vigil de Oviedo y el municipal de Avilés, así como con el Centro de Acogida nocturno “Calor y Café de Oviedo” (AsturSalud 2023). Ambos centros están gestionados por Cáritas. Sin, embargo el albergue de Avilés pertenece al Grupo 5 Acción y Gestión Social.

Al centrarse de manera específica en el caso del CEA, este proyecto, ubicado en el barrio de Ventanielles de Oviedo, tiene como objetivo conseguir la reducción de daños en personas en situación sinhogarismo que experimenten adicciones, y sirve como

servicio puente hacia otros recursos (Unidad Pastoral de Villalegre/La Luz, 2019). Se utiliza un modelo biopsicosocial centrado en la persona desde una perspectiva de baja exigencia, permitiendo que participen así consumidores en activo en el recurso. Entre sus objetivos específicos se pueden encontrar (CEA, 2022):

- Proporcionar la cobertura de las necesidades básicas a las personas con un consumo activo para conseguir estabilidad y una mejora de la calidad de vida.
- Ofrecer un acompañamiento socioeducativo individualizado.
- Sensibilizar a la comunidad acerca de la problemática de exclusión social.
- Acompañar, acoger y capacitar a las personas voluntarias del proyecto.
- Promover la coordinación y la comunicación de los recursos.

Este proyecto se encuentra en funcionamiento los 365 días al año durante 24 horas. Se trata de una casa que ofrece 16 plazas, de las cuales 4 están reservadas únicamente para mujeres, existiendo posibilidades de ampliación. Se busca proveer a las personas de una estabilidad que les permita conseguir sus metas personales a través de la mejora de la calidad de vida inmediata, al contar con todas las necesidades básicas cubiertas. Estas metas personales pueden ser desde la recuperación de la salud debido a la cronificación de la situación de sinhogarismo hasta la deshabitación y entrada en proyectos de alta exigencia, es decir, Comunidades Terapéuticas (CEA, 2022).

La casa es una vivienda unifamiliar compuesta de dos plantas con cinco habitaciones, sala común, dos baños, cocina, despacho, espacio de usos múltiples, huerto y jardín. Y cuenta con el siguiente equipamiento: electrodomésticos, menaje, equipos informáticos, telefonía fija y móvil, conexión a internet, televisión y multimedia (Unidad Pastoral de Villalegre/La Luz, 2019).

El mínimo de estancia es de 15 días, aumentándose a meses o incluso un año a las personas que se encuentran en procesos de deshabitación y espera para entrar en estas comunidades. Este período puede verse acortado en los casos en los que las personas no cumplen las reglas básicas del centro (Tabla 5). Aunque, la baja exigencia no tenga tantas normas como la alta, sí que tiene muchos límites. Igualmente, este centro funciona como punto abierto de intercambio de Sani-Kits con el fin de reducir el uso reutilizado y compartido de jeringuillas.

La metodología de este centro está basada en que ninguna de las personas puede consumir dentro del centro y sus sustancias deben permanecer guardadas en unas taquillas individuales, que se ponen a su disposición junto con otros bienes personales como el móvil. Si estas personas quisieran consumir o utilizar su teléfono móvil deben salir de la casa. Para acceder a las taquillas deben pedir acceso al profesional de referencia, ya que estas taquillas se encuentran dentro del despacho. Este hecho le facilita al profesional trabajar con las dosis de consumo negociando con las personas. Asimismo, se exige que todas las personas realicen una tarea básica del hogar por las mañanas y que se respeten los horarios de las comidas. Por último, todas las estrategias que están dentro de esta metodología se aplican a la persona, ya que se trata de un plan de intervención individualizado en función de las necesidades y potencialidades. Se da el caso de personas que se encuentran en fase de seguimiento, esto significa que su objetivo es entrar en una Comunidad Terapéutica y realizan el proceso de deshabituación previo en el CEA. En este caso, no se les está permitido salir a la calle sin compañía de un profesional o un voluntario, ya que es la única manera en la que se puede controlar el no consumo.

Tabla 5

Resumen de las normas del centro.

NORMAS

- 1- No se puede consumir dentro de la casa.
- 2- Las sustancias deben permanecer en las taquillas.
- 3- Las personas que salgan a consumir fuera tienen que alejarse del barrio.
- 4- No está permitido comprar droga en el barrio.
- 5- No se puede fumar dentro de la casa y el tabaco debe guardarse en las taquillas por la noche.
- 6- No se puede salir a partir de las 23:00h que es cuando se cierra la puerta.
- 7- El uso del móvil no está permitido dentro de la casa, debe permanecer en la taquilla.
- 8- Se desayuna a las 08:00 h y no se puede fumar hasta que se acabe y se tome la medicación.
- 9- Todas las personas tienen asignada una tarea del hogar y deben cumplirlas.
- 10- No se puede entrar en las habitaciones del sexo contrario.
- 11- No se puede tener sexo entre compañeros.

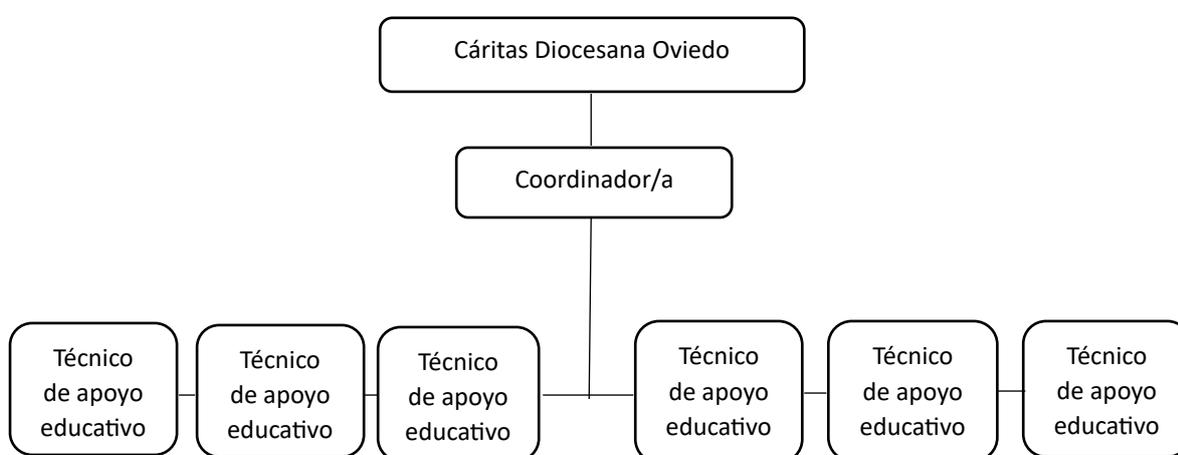
Nota. Fuente: Elaboración propia.

Algunas de las técnicas y herramientas utilizadas por el equipo técnico para detectar las necesidades y preferencias para poder diseñar los planes individualizados son: la entrevista personal centrada en soluciones y el Plan de acompañamiento personal.

Este equipo está formado por 1 coordinador/a y 6 técnicos de apoyo educativo (Figura 7). Dentro de las categorías profesionales, los profesionales cuentan con los estudios de trabajo social, pedagogía e integración social.

Figura 7

Organigrama



Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de (CEA, 2022).

4. METODOLOGÍA

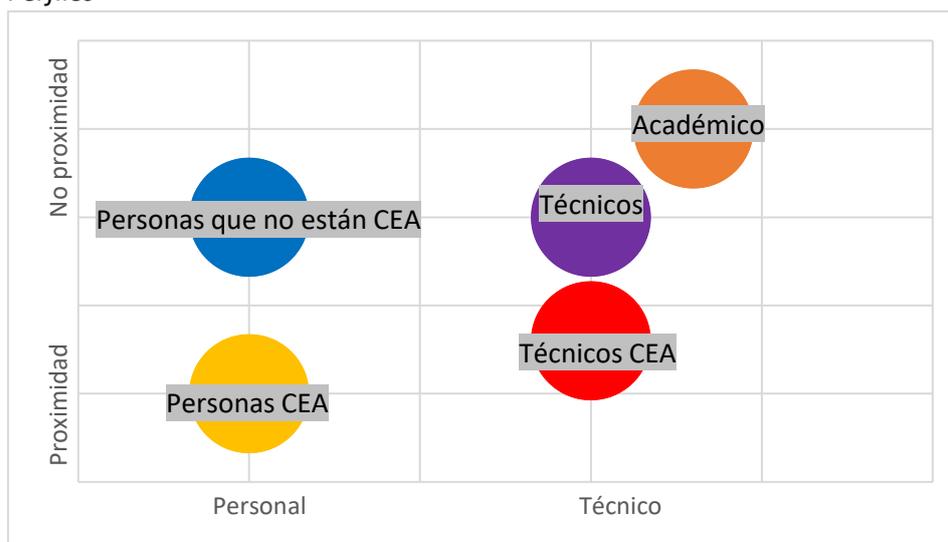
Este apartado tratará íntegramente sobre el método utilizado para realizar esta investigación de estudio de caso. Está conformado por cuatro subapartados: muestra, procedimiento, herramientas y análisis de datos. Los cuáles no son estancos, sino que están interrelacionados entre sí. Se centran en diferentes ítems comunes a todos, como son los niveles de discurso, que son llevados a cabo a través de la técnica cualitativa de entrevistas.

4.1. MUESTRA

Las entrevistas realizadas para esta investigación han sido llevadas a cabo a través de un orden de niveles de discurso con el ánimo de conseguir un punto de vista holístico y completo. Se han tomado como referencia cinco niveles de discurso (Figura 8) con el ánimo de que los discursos de todas las personas se cohesionasen en puntos comunes de especial interés. Para especificarlos se tuvieron en cuenta dos binomios: proximidad-no proximidad y personal-técnico. El binomio proximidad-no proximidad se mide a través de la cercanía de las personas con el consumo de sustancias y el binomio personal-técnico se mide por el papel que juegan estas personas con respecto al consumo. De esta manera los niveles de discurso se ubicarán de lo más próximo y personal a lo más alejado y técnico de manera gradual.

Figura 8:

Perfiles



Nota. Fuente: Elaboración propia.

En total, se han realizado 13 entrevistas (9 mujeres y 4 hombres). Divididas de la siguiente forma: personas que estaban en el CEA en el momento de la investigación, personas que estuvieron en el CEA en el pasado, trabajadoras del centro, perfiles profesionales de otros recursos relacionados con este y perfiles académicos (Tabla 6).

Tabla 6

Niveles de discurso según el perfil

Perfil	Número	Nivel de discurso	Ocupación
Personas en el CEA	4	Discurso personal o experiencial	
Personas que han estado en el CEA	2	Discurso personal o experiencial	
Técnicos del CEA	3	Discurso técnico o especializado	Coordinadora y técnicas de apoyo educativo
Técnicos de otros recursos relacionados	2	Discurso técnico o especializado	Psicóloga y enfermera
Perfil académico	2	Discurso académico o científico	

Nota. Fuente: Elaboración propia.

4.2. PROCEDIMIENTO

La recogida de datos para el trabajo de campo fue llevada a cabo entre los meses de noviembre de 2023 y abril de 2024. Esta investigación utiliza el método cualitativo con un guion de entrevistas semiestructurado, con la finalidad de realizar un análisis de discursos (Anexo 1). Esta técnica es importante para acceder a la parte vital de las personas, la cual está conformada por cotidianidad y sus relaciones sociales. En cuanto a la tipología de las entrevistas se trata de entrevistas con preguntas abiertas redactadas con anterioridad, pero se deja libertad a las personas para que contesten lo que crean oportuno dentro del marco de las preguntas (López Estrada y Deslauriers, 2011).

Todas las personas entrevistadas firmaron una declaración de consentimiento informado en el que figuraba la naturaleza del proyecto, la voluntariedad, la finalidad del uso de datos y confidencialidad de la grabación de voz (Anexo 2).

El orden de entrevistas fue escogido por nivel de discurso, ya que en algunos casos era prioritario realizar algunas de ellas en un determinado tiempo y forma debido a las características del perfil. Como las de las personas del discurso personal, ya que algunas de las personas estaban siendo derivadas a otros recursos en el momento en

el que se desarrollaba esta investigación. En cuanto a la modalidad, todas fueron realizadas de manera presencial, exceptuando las de los perfiles académicos, que fueron online.

El proceso de selección de personas fue diferente según el perfil, pero siempre basada en la voluntariedad de las personas. Los perfiles más próximos y personales, es decir, las personas que están y las que estuvieron en el CEA fueron seleccionadas durante la duración de las prácticas externas de la investigadora en el centro. El único criterio utilizado para ello fue la paridad de género. En segundo lugar, los perfiles menos próximos y técnicos fueron elegidos según su profesión. Siendo todos ellos personas conocidas por la investigadora.

4.3. HERRAMIENTAS

Para poder atender a las demandas de la investigación y realizar el guion de las entrevistas se elaboraron cuatro ejes que responden a cada uno de los objetivos del trabajo, tanto general como específicos. Cada eje está conformado por distintas categorías que corresponden a la información que se pretende recoger y son comunes a todas los niveles de discurso, haciendo mayor hincapié en unas u otras categorías según el perfil entrevistado. A continuación, se relacionan los objetivos con sus correspondientes ejes y categorías:

Objetivo general: Identificar y analizar los procesos por los que pasan las personas que participan en un programa de baja exigencia y de reducción de daños para la mejora de su calidad de vida.

- **Eje 1: Características de un proyecto de baja exigencia y de reducción de daños.**

Categorías del eje temático 1:

1. Características específicas de los perfiles estándar que pasan por el centro.
2. Diferencia con los programas de reducción de daños de carácter ambulatorio.
3. Perfil de profesionales.
4. Procesos de sensibilización comunitaria.

Objetivo específico 1: Identificar cómo y cuándo se dan los procesos de sensibilización comunitaria.

- **Eje 2: Capacidad de acompañamiento y de mejora de calidad de vida del recurso.**

Categorías del eje temático 2:

1. Manifestación del acompañamiento.
2. Reflexión sobre la mejora de calidad de vida.

Objetivo específico 2: Reflexionar sobre la mejora de la calidad de vida y el sentimiento de acompañamiento socioeducativo que proporcionan estos programas.

- **Eje 3: Calidad de atención e inclusión social en los diferentes recursos.**

Categorías del eje temático 3:

1. Características del trato por parte de otros profesionales externos al centro (médicos, personal de banca, funcionarios de juzgados, servicios sociales, etc.)
2. Nivel de dificultad a la hora de realizar los trámites.
3. Puntos fuertes y débiles de la atención del Sistema Público de Salud Mental.

Objetivo específico 3: Analizar la calidad de atención en los diferentes recursos.

- **Eje 4: Propuestas de mejora.**

Categorías del eje temático 4:

1. Aspectos de mejora en los recursos de baja exigencia.
2. Aspectos de mejora en cuanto a la atención del resto de recursos.

Objetivo específico 4: Analizar las propuestas de mejora.

4.4. ANÁLISIS DE DATOS

Como técnica de análisis de contenido se opta por el análisis de discursos, el cual nace a partir de diferentes prácticas intelectuales, como el análisis conversacional, que permiten entender la realidad social de una situación (Íñiguez-Rueda & Antaki, 1994).

Los discursos se forman a través de actos de habla en los que se analiza, no sólo el contenido de lo que se dice, sino que son relativos a las preferencias, conocimientos y evaluaciones, tanto de los que hablan como de los que escuchan, desde el punto de vista de la pragmática (Meersohn, 2005). Por lo que se puede determinar que el análisis de discursos compone una técnica de estudio muy dúctil y precisa, ya que parte de construcciones teóricas que preceden a la demostración empírica y viceversa. Su utilización es óptima cuando el tema escogido por el investigador se ajusta a las necesidades que el análisis brinda (Sayago, 2014).

En concreto, esta investigación utiliza una clasificación basada en ejes y categorías discursivas que facilita la posterior jerarquización y distribución de la información y de los roles de los participantes (Marchese, 2021). Las herramientas utilizadas fueron las entrevistas semiestructuradas. Para ello cada guion fue confeccionado siguiendo las mismas categorías discursivas, pero enfocando las preguntas y el lenguaje utilizado de diferente manera según el perfil entrevistado. Este tipo de entrevista facilita a los interlocutores la libre expresión de sus preferencias, intereses y expectativas (De Toscano, 2009).

5. RESULTADOS

Este apartado se desarrolla en base a los ejes, las categorías y los niveles de discurso establecidos. Dentro de los niveles discursivos cada persona tiene adherido un código correspondiente (Anexo 3).

Eje 1. Características de un proyecto de baja exigencia.

- CA.1. Características específicas de los perfiles estándar que pasan por el centro.

Desde una perspectiva holística, todos los perfiles coinciden en que las características generales de las personas que utilizan estos recursos son, normalmente, la situación de desamparo y búsqueda de un equilibrio ya sea temporal o con el objetivo de ser derivados a otros recursos. Asimismo, dependiendo de estos objetivos entran en juego otra serie de aspectos como es el consumo activo o el proceso de deshabitación: *“la baja exigencia al final es adaptar las necesidades de la persona en función de sus características”* (técnico CEA 1). Se recalca de manera reiterativa esta idea: *“nosotros no buscamos el que la gente no consuma, sino que consuma de una manera ordenada [...] Nos adaptamos un poco a los consumos de la gente, intentando que el riesgo sea el mínimo”* (técnico CEA 2). Esta perspectiva es la que consigue que las personas con consumos en situación de sinhogarismo tengan más oportunidades: *“un proyecto de baja exigencia se centra en atender a personas que de otra manera no tendrían acceso a los recursos”* (técnico externo 1).

- CA.2. Diferencia con los programas de reducción de daños de carácter ambulatorio.

Por otro lado, comparando las diferencias con los programas de carácter ambulatorio. Algunas de las personas que se encuentran en el nivel de discurso personal han pasado por alguno de ellos, y narran que es más complicado para ellos habituarse a asistir a las citas donde el consumo se controla a través de analíticas, por lo que se encuentran más estables en los centros residenciales de baja exigencia: *“Sí, yo estuve en Proyecto Hombre ambulatorio y no tiene nada que ver. En Proyecto Hombre [...] hacen analíticas cada dos días, tres días como mucho. [...] Pero lo que falta es terapia”* (persona CEA 1). Sobre esta misma línea, los técnicos consideran que los ambulatorios son un recurso que se usa sobre todo tras una pequeña recaída después

de salir de Comunidad Terapéutica. Recalcan que la baja exigencia es más funcional en estos casos, porque se trata de una exigencia adaptada a las necesidades y potencialidades de las personas. Por otro lado, el perfil académico cree que tanto la reducción de daños residencial como la ambulatoria son meramente asistencialistas a corto plazo y que esto ocurre por falta de recursos. Se define como: *“Estás todo el día apagando fuegos. Son centros meramente asistenciales de primeras necesidades y paliativos por falta de recursos”* (académico 1). Esta idea se retomará posteriormente en el eje número 2.

- CA.3. Perfil de profesionales.

En cuanto a los perfiles profesionales que trabajan en estos recursos, existen posturas muy diversas. Las personas que utilizan o han utilizado estos centros de manera asidua no saben realmente con qué profesionales están trabajando. Reconocen abiertamente que les llaman “educadores”, pero creen que han estudiado carreras como psicología, enfermería, derecho o magisterio. Tienen claro que existe la figura de trabajadores y trabajadoras sociales porque acuden a las Unidades de Servicios Sociales a realizar trámites, pero en su mayoría desconocen la existencia de los educadores sociales: *“Para mí son como educadores, para mí son como prácticamente psicólogos. [...] No sé los títulos que tiene la gente [...]. Gente, muchos voluntarios”* (persona CEA 3).

En segundo lugar, el resto de los perfiles reconocen la existencia de trabajadores sociales, educadores sociales y auxiliares de educador en estos centros, y hacen una reivindicación de la necesidad de psicólogos y personal sociosanitario para gestionar algunas de las situaciones. En el caso de los psicólogos, para poder tratar las problemáticas como, por ejemplo, de trastornos de ansiedad desde un punto de vista terapéutico de un profesional formado en el campo. Y, en el caso del personal sociosanitario, las personas en situación de sinhogarismo suelen sufrir lesiones severas que precisan de unos cuidados de curación específicos o en el caso de que alguna persona ingiera una sustancia que le provoque una respuesta adversa. Se precisaría la existencia de una figura en el centro que sepa cómo actuar en esos primeros momentos cruciales hasta que se disponga de atención médica.

- CA.4. Procesos de sensibilización comunitaria.

Finalmente, se llevan a cabo procesos de sensibilización comunitaria en los que algunas de las personas participan activamente. El problema que se encuentran los técnicos es *“No sabemos participar, ellos no quieren participar y la gente no hace accesible que participen”* (técnico CEA 3). En estos procesos de sensibilización suelen tomar parte distintas asociaciones y no consiguen, en su mayoría de veces, que los vecinos se involucren. Por ejemplo, una de las técnicas que se encarga de realizar estos procesos afirma lo siguiente: *“Hay cosas que no acabamos de llegar [...] Y luego hay actividades como la fiesta y demás que [...] tú pones carteles y ahí se llena aquello, pero increíble, o sea muchísima gente y participan todos y ahí pues lo mismo”* (técnico CEA 2).

Eje 2. Capacidad de acompañamiento y de mejora de calidad de vida en el recurso.

En cuanto al segundo eje, se analizará la calidad del acompañamiento y si estos centros mejoran la calidad de vida de las personas en base a las distintas perspectivas de los distintos niveles de discurso.

- CA.1. Manifestación del acompañamiento.

En primer lugar, las personas se sienten acompañadas en sus procesos emocionales e incluidos, *“Es que ellas hacen que me integre, que no me aparte”* (persona CEA 5).

En cambio, entre los técnicos existen dos posturas:

- Los que trabajan en estos recursos opinan que el acompañamiento socioeducativo no es efectivo debido a la falta de recursos, ya que podría ser mucho mejor si hubiese más personal y herramientas: *“Yo creo que se podría hacer mejor, pero porque bueno, tú lo has visto, no damos abasto, no hay personal suficiente como para la cantidad de demanda de las personas o de atención que necesitan.”* (técnico CEA 1).
- Los técnicos externos consideran que sí que existe un acompañamiento efectivo, porque si no las personas no llegarían a sus recursos con la predisposición con la que llegan: *“Es que yo creo que las personas que llegan a Comunidad Terapéutica de los recursos de baja exigencia es que lo necesitan es que, si no, no llegarían, no, no podrían.”* (técnico externo 1).

En cuanto al perfil académico, creen que son recursos que no tienen capacidad de acompañamiento: *“muchas veces yo creo que no se da y que se queda [...] en un recurso que también es meramente asistencial, que no tiene igual esa parte real y efectiva de un acompañamiento. [...] Igual no, pero igual sí”* (académico 2).

- CA.2. Reflexión sobre la mejora de calidad de vida.

Por último, todos concuerdan en que la baja exigencia y la reducción de daños produce una mejora de la calidad de vida inmediata desde en el momento en el que se cubren sus necesidades. Por un lado, las personas que utilizan estos recursos sienten que su calidad de vida ha mejorado porque han sido capaces de retomar rutinas, el deporte y los vínculos con algunos de sus familiares. Pero los otros niveles de discurso opinan que es efectivo a corto plazo, pero para encontrar un equilibrio de continuidad necesitan ser derivados a otros recursos, ya que estos centros los denominan como programas “puente” necesarios. Este concepto hace referencia a que los programas de exigencia adaptada funcionan como el paso previo a las Comunidades Terapéuticas muchas veces, ya que es un lugar donde las personas pueden comenzar sus procesos de deshabitación de forma más estable y segura.

Eje 3. Calidad de atención e inclusión social en los diferentes recursos.

Dentro de este eje se disponen tres categorías que influyen en la calidad de atención y de inclusión de las personas.

- CA.1. Características del trato por parte de otros profesionales externos al centro (médicos, personal de banca, funcionarios de juzgados, servicios sociales, etc.)

En primer lugar, las características del trato por parte de otros profesionales externos al centro. Es decir, como los profesionales se refieren a las personas es de crucial importancia para conseguir o no un sentimiento de pertenencia en la sociedad.

A nivel personal las personas han tenido malas experiencias debido a los prejuicios de los profesionales, e incluso han llegado a tener desencuentros verbales y diagnósticos negligentes achacados al consumo. Llegando incluso a normalizar estas situaciones: *“Tengo de ir al hospital y que me digan: Otra vez vienes porque te pones mala por el colocón y están hasta las narices y me dicen: Tía, deja de drogarte y no te pondrás mala”* (persona CEA 2).

Por otro lado, también relatan que han tenido buenas experiencias con profesionales muy implicados, pero por regla general no suele ser así.

El nivel de discurso técnico es muy consciente de que estas cosas ocurren y suelen acompañar a las personas a realizar los trámites y consultas. Lo hacen para, en la medida de lo posible, preservar la dignidad de las personas: *“a la administración le falta humanidad”* (técnico CEA 3). Los perfiles académicos concuerdan con esta última postura.

- CA.2. Nivel de dificultad a la hora de realizar los trámites.

A continuación, se estudian las barreras que se presentan para estas personas a la hora de hacer los trámites. Existe una opinión uniforme respecto a la excesiva burocracia, la disgregación de los servicios y la brecha digital: *“A ver, yo creo que vivimos en una época complicada para ellos, porque esta transición a lo digital, sobre todo desde la pandemia”* (técnico CEA 1). Estos problemas que suelen tener todas las personas a la hora de realizar trámites tienen barreras añadidas cuando se trata de personas en situación de sinhogarismo. No tienen un teléfono móvil, si lo tienen no pueden cargarlo, no existe nadie que les ayude y explique cómo se hacen las cosas y se encuentran en una situación muy cronificada en la que ya no saben ni qué día ni qué hora es.

- CA.3. Puntos fuertes y débiles de la atención del Sistema Público de Salud Mental.

Y, por último, se trata de hacer una radiografía completa de los puntos fuertes y débiles de la atención del Sistema Público de Salud Mental, ya que es el servicio que utilizan todas las personas que acuden a los centros de exigencia adaptada y precisan de su específica derivación para lograr acceder a las Comunidades Terapéuticas.

Como puntos fuertes, todos concuerdan en que existen muy buenos profesionales que están muy implicados y que el servicio es gratuito.

Por otro lado, los puntos débiles son más notables. Desde la falta de personal, la sobresaturación de los psiquiatras, las largas listas de espera y la falta de psicólogos: *“Quería citas con la psicóloga de salud mental y me denegaban, conseguí entrar en lista de espera y ahora estoy yendo una vez al mes y mejor”* (persona CEA 6); Hasta la sobre medicación de las personas: *“sobre medicación que acaba en adicción”* (técnico

CEA 3); la falta de continuidad de las citas para realizar un seguimiento efectivo y la falta de coordinación entre los propios servicios de salud pública a nivel local y autonómico.

Eje 4. Propuestas de mejora.

Dentro de este eje se plantean dos categorías. En primer lugar, los aspectos de mejora de los centros de baja exigencia o exigencia adaptada y, en segundo lugar, los aspectos de mejora del resto de recursos implicados con este colectivo:

- CA.1. Aspectos de mejora en los recursos de baja exigencia.

Las personas que han residido en el CEA consideran que está bien como está. Sin embargo, los técnicos difieren con esa idea. Ellos creen que un mayor número de perfiles profesionales en plantilla como los psicólogos, de recursos y de formación en salud mental sería crucial para mejorar el acompañamiento: *“Ciertos traumas que yo suelo no evitar, pero tocar por encima, porque sé que puedo tocar en un botón equivocado y hacer mucho daño, entonces yo ahí y yo creo que nos hace falta mucha formación o añadir perfiles”* (técnico CEA 2).

Además, también acusan falta de personal en general y no sólo la introducción de nuevos perfiles: *“Más personal es importante porque al final el personal también nos quemamos. Cansas mucho a nivel mental, a nivel emocional, a nivel laboral, porque no das para todo lo que tienes que dar y esto repercute a las personas con las que trabajamos”* (técnico CEA 2). Y, señalan también que una mejora de los espacios, de la estructura y de la coordinación mejoraría también la calidad de atención del recurso: *“yo para hacer una cosa en el barrio, tengo que preguntar si puedo hacer con el sello de la entidad o no”* (técnico CEA 2).

Por otro lado, el perfil académico hace hincapié en el aspecto de coordinación y del perfil profesional: *“No debería haber profesionales que tengan una formación que no sea social [...] Debería haber más organización para hacer ese acompañamiento. Citas, reuniones, momentos”* (académico 1).

- CA.2. Aspectos de mejora en cuanto a la atención del resto de recursos.

En cuanto a los demás recursos, se destaca la mejora en dos de ellos: las Comunidades Terapéuticas y el Sistema Público de Salud Mental.

Las personas que han estado en programas de alta exigencia creen que falta terapia y que no debería ser tan generalizada: *“normalmente es todo muy grupal y no se enfocan tanto en tí”* (persona CEA 3). Además, desearían que hubiese mayor rapidez en la derivación: *“me gustaría haberlo logrado antes”* (persona CEA 6).

A continuación, los profesionales se centran en el Sistema Público de Salud Mental y consideran que la cantidad de citas que existen son insuficientes: *“Lo ideal que es cada 10 días o 15 días para hacer un seguimiento correcto, aquí se alargan a 3 meses”* (técnico externo 2). Desde los recursos de Salud Mental, se destaca que el problema de coordinación muchas veces es por los programas informáticos: *“se trabaja en diferentes programas informáticos, entonces nosotras sí que tenemos acceso a al manejo de la medicación y toda la historia clínica de primaria, pero los médicos de primaria no tienen acceso a milenio, entonces no saben”*(técnico externo 2). Por último, el perfil académico concuerda con todas estas ideas.

En conclusión, el rechazo y los prejuicios profesionales que muchas veces sienten estas personas, junto con las dificultades que se les presentan a la hora de realizar trámites burocráticos y la falta de recursos y coordinación que existe en el Sistema Público de Salud Mental provocan que este colectivo se sienta mucho más vulnerable y aislado de la sociedad en la que vive.

6. DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta los resultados y los datos obtenidos se precisa reparar de nuevo en los objetivos planteados para dar respuesta a esta investigación.

1- Identificar y analizar los procesos de acompañamiento realizados en los programas de exigencia adaptada para la mejora de la calidad de vida de las personas.

Este objetivo se ha cumplido. Se concluye que los procesos de acompañamiento realizados en estos centros son individualizados en función a las necesidades y potencialidades de cada uno e impulsan a las personas a que sigan dando pasos hacia delante en su recuperación. Además, se determina que la calidad de vida mejora desde el primer momento en el que pueden cubrir sus necesidades básicas.

González (2018) considera que hay personas que no consiguen recuperarse y fracasan de manera reiterada viviendo toda su vida en situación de sinhogarismo y vagando de un centro a otro sin rumbo. Por lo que, este autor destaca la importancia de comprender a estas personas y centrar esta actuación en mejorar su calidad de vida, ofreciéndole recursos desde estos centros para cubrir sus necesidades básicas. En este sentido, este autor afirma que las personas que están una en situación de sinhogarismo tan cronificada no son capaces de cuidar de sí mismos ni de conectarse con la realidad social, por lo que los centros de baja exigencia o exigencia adaptada son vitales.

Por otro lado, Díaz (2023) indica que los centros de baja exigencia trabajan desde una perspectiva individualizada y humanista aceptando que en ocasiones hay personas que no pueden dar nada. Por lo que la exigencia adaptada se guía por la no renuncia y trata de motivar a las personas para que realicen procesos de mejora y avancen en el camino a la reinserción social a través del impulso desde distintos recursos.

2- Identificar los procesos de sensibilización comunitaria.

Respecto a este objetivo se ha observado que no se dan procesos de sensibilización comunitaria efectivos, a pesar de que existan intentos de aproximación a la comunidad desde las asociaciones.

Para que se consiga una participación activa real y efectiva deben de existir una serie de condiciones predeterminadas y preestablecidas como el consenso, la proximidad social y la información (Pasek de Pinto et al, 2015). Por lo que, si los individuos que

forman parte de estos procesos no tienen predisposición ni interés no se logrará la participación en ninguna de las actividades que se planteen.

A principios del s. XXI la Revista Española de Ciencia Política publicó un número en el que se hablaba sobre una crisis participativa de la ciudadanía (Morales, 2005). El movimiento asociativo ha ido dispersándose y se ha organizado en función de las limitaciones de los colectivos y no de favorecer la igualdad de las personas (Velázquez, 2021).

3- Demostrar la mejora de la calidad de vida y el sentimiento de acompañamiento que proporcionan estos programas.

El acompañamiento socioeducativo se define como ser parte del camino de una persona, adoptando la proximidad adecuada y necesaria (Alonso & Funes, 2009).

En este caso, las determinaciones que se sacan de los resultados extraídos en relación con este objetivo son que la mejora de la calidad de vida es inmediata a corto plazo y que las personas se sienten acompañadas por los profesionales de estos recursos.

Para conseguir este acompañamiento se debe desarrollar el vínculo socioeducativo para poder trabajar las necesidades y potencialidades individuales de esta forma. Sin embargo, se dan abandonos de estos procesos porque las dinámicas dialógicas no se utilizan adecuadamente, muchas de las veces por falta de tiempo (Fernández Simo et al, 2023).

Asimismo, Schalock y Verdugo (2002) determinan que existen 7 dimensiones que determinan una buena calidad de vida, a las cuales se llegaría a través de un correcto acompañamiento socioeducativo: Bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

4- Analizar la calidad de atención en los diferentes recursos.

Los prejuicios y el estigma que existen en la sociedad se deben a la desinformación y al desinterés de las personas (Martín, 2022). Lo que afecta a la calidad de atención directa del personal sanitario, administrativo, etc.

Farías (2021) realizó un estudio sobre la calidad de atención en el ámbito sociosanitario de emergencias desde el punto de vista del paciente en un hospital de Argentina. Se demostraba que un 49% de las respuestas era desfavorable ante el tiempo de espera y un 81% de las personas se mostraban descontentas por el trato

recibido. Dentro del Sistema Sanitario las personas en situación de sinhogarismo a los servicios que más acceden son las emergencias.

Asimismo, el Sistema Público de Salud Mental se encuentra colapsado desde la emergencia sanitaria del COVID-19 debido a un aumento de la prevalencia de trastornos de salud mental en la sociedad general (Caballero-Domínguez y Campo-Arias, 2020). Esto implica que las listas de espera se hayan extendido.

Finalmente, en el resto de los sectores la problemática que se encuentran son los prejuicios y la burocratización excesiva de los procesos.

5. Analizar las propuestas de mejora.

Las entidades privadas sin ánimo de lucro deben realizar actividades para lograr sus fines y los beneficios deben ir únicamente para esos fines (Ley 49/2002).

El problema muchas veces está en que las asociaciones no llegan a poder cubrir sus gastos (González-Quintana, 2003).

7. CONCLUSIONES

En este apartado, se presentan las conclusiones extraídas del análisis exhaustivo realizado a lo largo de esta investigación. Estas se basan en los resultados obtenidos y en la discusión detallada en relación con los objetivos propuestos.

Por un lado, se observa que la falta de herramientas para gestionar algunas situaciones y la falta de personal provoca una sobrecarga en el equipo técnico, que este ve como algo que entorpece que se pueda realizar un acompañamiento socioeducativo efectivo. En cambio, los técnicos externos y las personas que utilizan o han utilizado estos recursos consideran que este acompañamiento, ya que en la mayoría de los casos les permite avanzar en sus procesos en mayor o menor medida.

No se daría el ingreso en Comunidades Terapéuticas la mayoría de las veces, si no existiese la exigencia adaptada que les facilita y les apoya en el proceso de deshabitación previo. Asimismo, se afirma la necesidad de la introducción de nuevos perfiles y un nuevo sistema de terapia en todos los recursos, ya sean de baja o de alta existencia.

A continuación, en cuanto al resto de recursos y profesionales existen prejuicios y barreras que imposibilitan una atención y una gestión adecuadas. En concreto, dentro del Sistema de Salud Mental es donde las personas de este colectivo se ven más afectadas. Esto es debido a las largas listas de espera, la sobre medicación, la lejanía entre una cita y otra y las sanciones impuestas por el UCOSAM cuando una persona da un traspies en su proceso de recuperación.

Por otro lado, la participación activa no existe en los procesos de sensibilización, ya que las iniciativas realizadas por las distintas asociaciones no funcionan. Esta problemática reside en que ni las entidades saben trabajar bien la participación ni la comunidad quiere ser partícipe de ello.

Finalmente, aunque la educación social sea de vital importancia en estos proyectos y sea reconocida por los profesionales, no lo es como tal por las personas que utilizan estos recursos. Y, realmente, estas personas son las primeras que deberían saber lo que es un educador social y por qué son importantes en su proceso, ya que con otras profesiones no ocurre esta confusión. Como ya ha sido mencionado, por los profesionales sí que está recogida, aun así, siguen existiendo procesos de intrusismo laboral dentro de las entidades.

8. REFERENCIAS

- Aimaganbetova, O., Syrgakbaeva, A., Zhantikejev, S., Lashkova, Y., Nurbekova, Z. y Zhanazarova, Z. (2020). Study of family system characteristics in co-dependent women. *Archives of Psychiatry & Psychotherapy*, 22(3), 79-88. <https://doi.org/10.12740/APP/119384>
- American Psychological Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. American Psychological Association.
- Alonso, I. y Funes, J. (2009). El acompañamiento social en los recursos socioeducativos. *Educacion social*, 42, 28-46. https://www.izangai.org/wp-content/uploads/2019/11/EI-Acompanamiento-en-Izangai_1.pdf
- Alonso, I. M. y Poo, M. (1999). Drogodependencias: Disminución de riesgos y programas de sustitución. *Norte de Salud Mental*, 3(7), 41-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830398>
- AsturSalud (5 de marzo de 2024). Comunidades Terapéuticas. Preguntas frecuentes. <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/comunidades-terapeuticas-preguntas-frecuentes>
- AsturSalud (11 de febrero de 2019). La Unidad de Coordinación de Salud Mental (UCOSAM). <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/la-unidad-de-coordinacion-de-salud-mental-ucosam->
- AsturSalud (10 de febrero de 2023). Plan sobre Drogas para Asturias y sus actuaciones. <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/plan-sobre-drogas-para-asturias-y-sus-actuacion-1>
- AsturSalud (16 de noviembre de 2018). Red de Salud Mental. <https://www.astursalud.es/documents/35439/38037/Organizacion%20Servicios%20SM.pdf/e8e9e3c0-cc0f-12d8-d1c2-9566c3dd5477>
- Barral Picado, C. (2019). Caracterización clínica de los pacientes con comorbilidad de un trastorno relacionado con sustancias y un trastorno límite de personalidad. *Universitat Autònoma de Barcelona*. <http://hdl.handle.net/10803/669463>
- Bravo Figueroa, D. F., Diaz Rivera, L. F., Guerrero Estrada, M. F., Hernández Thomas, M. J., Mera Romo, E. N., Mompotes Pantoja, E. B. y Ruiz Imbaqui, E. N. (2024). Salud mental y determinantes sociales de salud en jóvenes de la ciudad de San Juan de Pasto. <https://hdl.handle.net/10946/8326>
- Caballero-Domínguez, C. C. y Campo-Arias, A. (2020). Problemas de salud mental en la sociedad: un acercamiento desde el impacto del COVID 19 y de la cuarentena. *Duazary*, 17(3), 1-3. <https://doi.org/10.21676/2389783X.3467>
- Calvet Barot, G. (2002). El paradigma de la reducción de riesgos: hacia una nueva política sobre drogas. <http://hdl.handle.net/10810/25258>
- Calvo, F., Fitzpatrick, S., Fàbregas, C., Carbonell, X., Cohort Group, y Turró-Garriga, O. (2020). Individuals experiencing chronic homelessness: A 10-year follow-up of a cohort in Spain. *Health & Social Care in the Community*, 28(5), 1787-1794. <https://doi.org/10.1111/hsc.13005>

- Casa de Encuentro y Acogida (2022). Memoria anual año 2022. *Cáritas Diocesana Oviedo*.
- de la Fuente-Roldán, I. (2023). La realidad conceptual del sinhogarismo. Reflexiones para un abordaje comprensivo. *Cuadernos de trabajo social*, 36(1).
<https://doi.org/10.5209/cuts.81320>
- de Sola Gutiérrez, J., Rubio Valladolid, G. y Rodríguez de Fonseca, F. (2013). La Impulsividad: ¿Antesala De Las Adicciones Comportamentales? *Health & Addictions / Salud y Drogas*, 13(2), 145–155.
<https://doi.org/10.21134/haaj.v13i2.211>
- de Toscano, G. T. (2009). La entrevista semi-estructurada como técnica de investigación. *Graciela Tonon (comp.)*, 46, 45-73.
- Díaz Díaz, M. (2023). La metodología de la baja exigencia aplicada a personas en situación de sinhogarismo: Sentido, utilidad e influencia en los procesos de reinserción social desde la Educación Social. *Indivisa. Boletín de estudios e investigación*, 23, 1-16. <https://doi.org/10.37382/INDIVISA.VI23.101>
- Domínguez Cladera, M. (2022). Sinhogarismo invisible: Las mujeres sin hogar.
<https://uvadoc.uva.es/handle/10324/56967>
- European Anti Poverty Network (2023). *El estado de pobreza: seguimiento de los indicadores de la agenda UE 2030*. Red Europea de Lucha Contra la Pobreza y la Exclusión Social en España.
- Espino García, S. (2021). La feminización de la pobreza en España: Un enfoque desde la perspectiva de género. *International Journal for 21st Century Education*, 8(1), 37–46. <https://doi.org/10.21071/ij21ce.v8i1.13662>
- Farías M. E. (2021) Calidad de atención y cuidado de enfermería en servicio de emergencia visto desde la perspectiva del paciente. *Salud Cienc. Tecnol.* 1, 39.
<https://doi.org/10.56294/saludcyt202139>
- FEANTSA. (2013). *On the Way Home? FEANTSA Monitoring report on Homelessness and Homeless Policies in Europe*. European Federation of National Organisations working with the Homeless, AISBL.
- Fernández Simo, D., Carrera-Fernández, M. V., Cid-Fernández, X. M. y Campos, E. C. (2023). Buenas prácticas y oportunidades de mejora en el acompañamiento socioeducativo con juventud en protección durante la transición a la vida adulta. *Revista Complutense de Educación*. <http://hdl.handle.net/10400.19/8315>
- Fine, D. R., Dickins, K. A., Adams, L. D., De Las Nueces, D., Weinstock, K., Wright, J., Gaeta, J. M. y Baggett, T. P. (2022). Drug Overdose Mortality Among People Experiencing Homelessness, 2003 to 2018. *JAMA network open*, 5(1), e2142676. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.42676>
- Ford, M. y Håkansson, A. (2020) Problem gambling, associations with comorbid health conditions, substance use, and behavioural addictions: Opportunities for pathways to treatment. *PLoS ONE*, 15(1), e0227644.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227644>
- Ibáñez, C., Cáceresa, J., Brucher, R., y Seijas, D. (2020). Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: una comorbilidad compleja y frecuente.

Revista Médica Clínica Las Condes, 31(2), 174-182.
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.005>

- Ministerio de Sanidad (2022). *Informe Nacional EDADES (2022)*. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España.
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf
- Instituto Nacional de Estadística (2024). Encuesta de Condiciones de Vida.
<https://www.ine.es/dynqs/Prensa/ECV2023.htm>
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos. La comorbilidad.
<https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/la-comorbilidad#:~:text=La%20%22comorbilidad%22%2C%20tambi%C3%A9n%20conocida,o%20uno%20despu%C3%A9s%20del%20otro>
- Íñiguez-Rueda, L. & Antaki, C. (1994). El análisis del discurso en psicología social. *Boletín de psicología*, 44(1), 57-75.
https://www.researchgate.net/publication/275153654_El_analisis_del_discurso_en_Psicologia_social
- García, S. E. (2021). La feminización de la pobreza en España: un enfoque desde la perspectiva de género. *International Journal for 21st Century Education*, 8(1), 37-46. <https://doi.org/10.21071/ij21ce.v8i1.13662>
- García, P. O., & Mira, E. C. (2014). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis de discurso. *Acta sociológica*, 64, 121-144. [https://doi.org/10.1016/S0186-6028\(14\)70485-2](https://doi.org/10.1016/S0186-6028(14)70485-2)
- García García, S. (2023). El sinhogarismo y la salud mental.
<http://hdl.handle.net/11531/74132>
- García Patiño, A. (2022). Transcender la adicción. Una persona no es su adicción : Transcend addiction. A person is not their addiction. *Revista Española de Drogodependencias*, 47, 11–21.
- González, J. M. D. y Hernández, J. R. y Álamo, M. J. R. (2022). Análisis del conflicto en un recurso para personas en situación de sinhogarismo: diseño y validación de la hoja de registro de los factores asociados. *Cuadernos de trabajo social*, 35(1), 71-80. <https://dx.doi.org/10.5209/cuts.75872>
- González, P. A. M. (2018). La baja exigencia: una manera de entender y cuidar a personas largo tiempo sin hogar. *Cuadernos de psiquiatría*, 9.
- González-Quintana, M. J. (2003). El modelo de información contable en las Entidades Privadas Sin Ánimo de Lucro: una propuesta de mejora para las Asociaciones.
<http://hdl.handle.net/10630/2542>
- Ley 49/2002, de 23 de diciembre, de régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al mecenazgo. Boletín Oficial del Estado, 307, 24 de diciembre de 2002.
<https://www.boe.es/eli/es/l/2002/12/23/49/con>

- Liñares Mariñas, D. (2023) Adicciones con y sin sustancia en adolescentes gallegos. *Prevalencia y variables asociadas*. <http://hdl.handle.net/uniovi.idm.oclc.org/10347/30480>
- López Estrada, R. E., y Deslauriers, J. P. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/2711>
- Marchese, M. (2021). Categorización discursiva diferencial-selectiva: análisis crítico sobre la representación sociodiscursiva problemática habitacional en la CABA. *Signo y seña*, 40. <https://doi.org/10.34096/sys.n40.10502>
- Martín Gómez, A. (2022). Análisis de la influencia de la esquizofrenia y el consumo del alcohol en el mantenimiento del sinhogarismo. Una aproximación desde la psicología social. <http://hdl.handle.net/11531/61250>
- Martínez-Mendia, X. y Bacigalupe de la Hera, A., Martín Roncero, U. & Barbuscia, A. (2023). Desigualdades de género en el consumo de ansiolíticos e hipnosedantes por parte de adolescentes en España: un estudio transversal. *Revista Española de Salud Pública*, 97.
- Meersohn, C. (2005). Introducción a Teun Van Dijk:: Análisis de Discurso. Cinta de Moebio. *Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales*, (24), 6.
- Morales, L. (2005). ¿ Existe una crisis participativa? La evolución de la participación política y el asociacionismo en España. *Revista Española de Ciencia Política*, 13, 51-87.
- Naciones Unidas. (2023). *Informe Mundial sobre Drogas 2023*. Organización de Naciones Unidas.
- Observatorio de Drogas Colombia (ODC). (2017). Reporte de drogas Colombia 2017. *Minjusticia*. <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reporte drogas colombia 2017.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (s.f.). Abuso de sustancias. *Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Organización Mundial de la Salud (2019). Clasificación Internacional de Enfermedades. 11ª revisión. [https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20\(version%2014%20n%202019\).pdf](https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(version%2014%20n%202019).pdf)
- Organización Mundial de la Salud (13 de julio de 2023). VIH y sida. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Pasek de Pinto, E., Ávila de Vanegas, N. y Matos de Rojas, Y. (2015). Concepciones sobre participación social que poseen los actores educativos y sus implicaciones. *Paradigma*, 36(2), 99-121. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1011-22512015000200006
- Payá Castiblanque, R. y Pizzi, A. D. (2019). El impacto de los factores socio-laborales sobre la salud, el consumo de hipnosedantes y adictivos en España. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 28(4), 311-327. <https://scielo.isciii.es/pdf/medtra/v28n4/1132-6255-medtra-28-04-311.pdf>

- Paz, J. y Arévalo, C. (2020). Pobreza en hogares con jefatura femenina en Argentina. Una comparación entre el norte grande y el resto del país. <https://hdl.handle.net/20.500.12219/3555>
- Pedroza Molina, D. Y., Taborda Mazo, D. P., y Varela Chacón, J. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas desde la perspectiva de la terapia familiar. *Poiésis*, (39), 53–74. <https://doi.org/10.21501/16920945.3752>
- Plan Nacional Sobre Drogas (s.f.). Disminución del riesgo y reducción del daño. Ministerio de Sanidad. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/disminucionRiesgo/home.htm>
- Plan Nacional Sobre Drogas (2021). Plan de Acción sobre Adicciones. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/home.htm>
- Plan Nacional Sobre Drogas (2002). Memoria anual. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/memorias/docs/memo2002.pdf>
- Plan Nacional Sobre Drogas (2017). Ministerio de Sanidad. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/Introduccion/home.htm>
- Plan Nacional Sobre Drogas (s.f.). Sistema Español de Alerta Temprana. Ministerio de Sanidad. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm>
- Portero Lazcano, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuadernos de Medicina Forense*, 21(3-4), 96-104. <https://pavlov.psyciencia.com/2022/02/02-original01.pdf>
- Rodríguez, M. R. Hodann-Caudevilla, R. M., Páramo, Í. A. y Molina-Ruiz, R. M. (2023). Adicciones sin sustancia o adicciones comportamentales. *Medicine- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(85), 4998-5009. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.08.011>
- Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud colectiva*, 4, 301-318. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v4n3/v4n3a04.pdf
- Romaní, O. (2003). Prohibicionismo y drogas: ¿ Un modelo de gestión social agotado? *Sistema penal y problemas sociales*, 429-450. <https://www.pensamientopenal.com.ar/index.php/system/files/2016/11/doctrina44372.pdf>
- Romero, M., Oviedo-Jokes, E., Cerdà, J. C. M. y Alonso, I. M. (2005). Programas de jeringuillas. *Adicciones*, 17 (SUPL 1).
- Sandín, B. (2014). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255–286. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.3.2013.12925>
- San, L., y Arranz, B. (2016). Clinical guideline for the treatment of dual pathology in the adult population/Guia de práctica clínica para el tratamiento de la patología dual en población adulta. *Adicciones*, 28(1),

- Sayago, S. (2014). El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales. *Cinta de moebio*, (49), 1-10.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2014000100001>
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2002). *The concept of quality of life in human services: A handbook for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Vásquez Marín, J. S. (2023). Revisión sistemática sobre estudios realizados en familiares de consumidores de sustancias psicoactivas: Codependencia.
<http://hdl.handle.net/10757/667639>
- Vega, M. A. (2021). *Feminización de la pobreza y políticas públicas. Aporte del Programa "Ellas hacen"*. Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Luján.
<http://ri.unlu.edu.ar/xmlui/handle/rediunlu/1388>
- Velázquez, E. D. (2021). El asociacionismo en el ámbito de la discapacidad: un análisis crítico. *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*, 14(2/2), 29-47.

9. ANEXOS

ANEXO 1. GUIÓN SEMIESTRUCTURADO DE LAS ENTREVISTAS.

- 1. Características de la baja exigencia y diferencia con programas ambulatorios.**
- 2. Perfiles profesionales.**
- 3. Mejora de calidad de vida y acompañamiento.**
- 4. Sensibilización.**
- 5. Trámites.**
- 6. Puntos fuertes y débiles de Salud Mental.**
- 7. Propuestas de mejora.**

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.



Universidad de Oviedo

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE:..... APELLIDOS:.....

DNI:.....

Esta entrevista se realiza con el objetivo de analizar e identificar los procesos por los que pasan las personas que participan en proyectos de baja exigencia y reducción de daños para la mejora de su calidad de vida.

Todos los datos serán tratados de manera anónima y serán analizados junto a datos de otras entrevistas. La necesidad de escribir el nombre, los apellidos y el DNI en este documento es únicamente para firmar el acuerdo de consentimiento informado sobre la anonimidad.

La finalidad de la entrevista es únicamente académica en el contexto de una investigación universitaria para el trabajo de fin de grado de la alumna Nerea Gutiérrez García y el Profesor Investigador de la Facultad Padre Ossó (Centro Adscrito de la Universidad de Oviedo) que tutela este trabajo José Antonio Llosa Fernández.

FIRMA PARTICIPANTE:

FIRMA INVESTIGADORA:

ANEXO 3. CÓDIGOS.

Persona CEA 1	Persona que está en el CEA
Persona CEA 2	Persona que está en el CEA
Persona CEA 3	Persona que está en el CEA
Persona CEA 4	Persona que está en el CEA
Persona CEA 5	Persona que ha estado en el CEA
Persona CEA 6	Persona que ha estado en el CEA
Técnico CEA 1	Técnico CEA
Técnico CEA 2	Técnico CEA
Técnico CEA 3	Técnico CEA
Técnico externo 1	Psicóloga
Técnico externo 2	Enfermera
Académico 1	Perfil académico
Académico 2	Perfil académico