

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Comportamientos de autogestión en mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas: Una visión desde el Modelo de Reducción de Daños.

Postulante

Yordyn Steven Mora Jiménez

Director:

Jaime Caravaca Morera, PhD

Lectoras:

Ana Laura Solano López, PhD

Vivian Vílchez Barboza, PhD

2021



ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **12 de febrero 2021**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Yordyn Steven Mora Jiménez**, carné **B54715**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Tesis**, para optar el grado de **Licenciado en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Jaime Alonso Caravaca Morera, Director
Ana Laura Solano López, Lectora
Vivian Vílchez Barboza, Lectora
Derby Muñoz Rojas, Quinto miembro
Hanna Sanabria Barahona, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Yordyn Steven Mora Jiménez** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Yordyn Steven Mora Jiménez**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Comportamientos de autogestión en mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas: Una visión desde el Modelo de Reducción de Daños”**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.





Pág.2 de 2

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
12 de febrero 2021

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

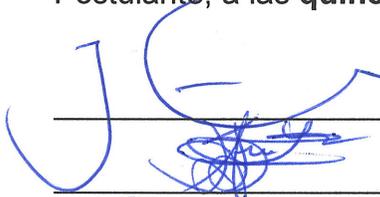
Aprobada

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciado en Enfermería**.

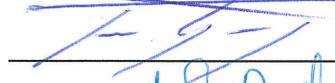
Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **quince** horas.

 _____ Jaime Alonso Caravaca Morera, Director

 _____ Ana Laura Solano López, Lectora

 _____ Vivian Vílchez Barboza, Lectora

 _____ Derby Muñoz Rojas, Quinto miembro

 _____ Hanna Sanabria Barahona, Preside

 _____ Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante



Dedicatoria

A todas las personas que se encuentran en situación de calle, espero que la presente investigación sea una chispa que encienda y de inicio a futuras investigaciones y de este modo, podamos iluminar el sendero que debemos seguir para que no haya más personas sin un hogar, por un mundo más inclusivo y equitativo, libre de prejuicios y estereotipos que nos separan como hermanos.

- Yordyn Steven Mora Jiménez

Agradecimientos

Primeramente, gracias infinitas a mi padre y creador Dios, ya que a pesar de tener todas las probabilidades en mí contra, él siempre me ha cubierto con sus alas y me ha protegido en cada paso que he dado y con su gracia me ha guiado durante mi breve estancia en el planeta para ser un mejor ser, digno de ser parte de su creación.

También, quiero agradecer al Estado y a la Constitución de mi país, haciendo mención histórica de nuestros antecesores visionarios que promovieron la educación gratuita y obligatoria. Me siento sumamente orgulloso de ser costarricense y que mis manos han empuñado un lápiz y nunca me veré obligado a levantar un arma contra mis hermanos.

Quiero agradecer a mi director de tesis Jaime Alonso Caravaca por sembrar y cuidar con tanto esmero durante estos cuatro años la semilla por el interés a la salud pública desde la disciplina de Enfermería en mi ser; siempre ha sido una gran figura de inspiración, orgullo y de motivación, al cual en su honor di nombre a mi hijo. Espero que en un futuro mi hijo sea igual de honorable, responsable y comprometido que mi tutor, siempre dispuesto a combatir por los seres que ama.

A mi madre, que a pesar de todas las desventajas y obstáculos que la vida le presento, nunca dejó que faltara a una clase, que pese a las dificultades económicas, siempre hizo el esfuerzo porque tuviéramos un lápiz y un cuaderno para estudiar. Sin su apoyo definitivamente no estaría donde hoy en día me encuentro y solo le pido a la vida que me permita poder agradecerle lo que nos quede de vida.

Por otra parte a todos mis amigos, que confiaron en mí y me ofrecieron una mano para salir adelante cada vez que caía; a mis amigos del colegio que me enseñaron el valor de la amistad y de la importancia de una sonrisa en los momentos más oscuros de la vida; a la familia Vargas Perez que me adoptaron como a un hijo, a Majo que desde que la conocí ilumino mi vida y me enseñó la importancia de la perseverancia.

A mi esposa y enfermera Devorah Mora, tú que me enseñaste a amar, eres la mujer más valiente y perfecta que he conocido, gracias ser mi apoyo en cada paso que doy, por ser mi polo a la tierra, por cada vez que me diste ánimo y por estar siempre presente con un abrazo y un beso en mis días malos y buenos, por acompañarme en esta parte de mi vida. Asimismo, quiero agradecer a aquel niño y ahora hombre que ha dado todo de su ser por ser una mejor persona, por dejar el odio y resentimiento atrás, por sacar las fuerzas para seguir adelante; ahora más que nunca estamos más cerca de cumplir nuestro sueño y ser el héroe que siempre quisimos ser, pronto podremos cuidar del mundo tal como este cuidado de nosotros, por eso quiero agradecer a mí yo del pasado, que aún hoy sin entender el cómo, obtuvo la fuerza para levantarse, sacudirse del polvo y la suciedad para regalar al mundo una sonrisa con la esperanza de llegar a los rincones más oscuros.

Y definitivamente y con especial énfasis, quiero agradecer a mi hijo Sebastián Alonso, tú siempre fuiste el motivo por el cual me levantaba todos los días y seguía con mi vida; y una vez que llegaste a mi vida, has sido una fuente infinita de inspiración, motivación y de amor. Eres el motor que hace latir mi corazón todas las mañanas, la luz de mis ojos y la energía para mi alma. Gracias por demostrarme que podía llegar a amar de esta forma tan inmensurable.

Tabla de contenido

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Lista de Figuras	v
Lista de Tablas.....	v
Capítulo I. Introducción.....	1
Objetivo general	18
Capítulo II. Marco Referencial.....	19
Antecedentes Internacionales	19
Antecedentes Nacionales	34
Capítulo III. Referencial teórico.....	41
A) Referencial Teórico - Político: Modelo de Reducción de Daños (MRD).....	41
B) Referencial teórico-conceptual: Educación para la Autogestión	47
Capítulo IV. Marco Metodológico	57
Abordaje de Estudio	57
<i>Acerca de la pregunta orientadora</i>	58
<i>Sobre la recolección de datos</i>	58
<i>Sobre la evaluación de datos</i>	65
<i>Sobre el análisis de datos</i>	66
<i>Acerca de la presentación de los resultados</i>	80
<i>Acerca de las consideraciones éticas en la investigación</i>	80
Capítulo V. Análisis	82
Sobre la dimensión social y estructural de la violencia.....	82
Sobre vulnerabilidades en salud y servicios de atención.....	95
Reinserción social: Los rostros de (Con) vivir con el estigma	108
Consideraciones finales y recomendaciones	119
Referencias	127
Anexos.....	133

Lista de Figuras

Figura 1. Esquema de relación entre la teoría de Educación en Autogestión y el Modelo de Reducción del Daño con relación a la persona.	55
Figura 2. Flujograma, según PRISMA, para la identificación, selección, elegibilidad y exclusión de estudios de RI sobre comportamientos de autogestión de mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas desde el paradigma del Modelo de Reducción de Daños.	66
Figura 3. País de origen de los artículos incluidos para la RI sobre comportamientos de autogestión de mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas.	79
Figura 4. Distribución de estudios incluidos en la RI con respecto al idioma.	79

Lista de Tablas

Tabla 1 Estrategias de búsqueda utilizadas en las bases de datos LILACS, SCIELO y EBSCO durante el periodo de 2016 – septiembre 2020.	61
Tabla 2 <i>Cuadro sinóptico de los artículos incluidos para la revisión integrativa, conforme a la codificación, datos de la publicación y objetivos.</i>	68
Tabla 3 Distribución de estudios incluidos en la RI con respecto a las revistas en que fueron publicados.	77
Tabla 4 Distribución de estudios incluidos en la RI con respecto al año en que fueron publicados.	78
Tabla 5 Distribución de estudios incluidos en la RI con respecto al tema principal.	80

Capítulo I. Introducción

“Creo que no nos quedamos ciegos, creo que estamos ciegos, Ciegos que ven, Ciegos que, viendo, no ven” (Saramago, 1995, p. 243).

El tema de la presente investigación surge de mi interés en trabajar y analizar a una población que se encuentra desplazada en lo que Fournier (2015) denomina la “línea del ser” por un sistema imperialista, capitalista y patriarcal. En mi experiencia personal, he podido participar en actividades como estudiante universitario, permitiéndome sensibilizarme con la población en situación de calle, lo cual dio origen a una serie de cuestionamientos, reforzados con la formación humanista de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

El primer acercamiento que tuve con la población se dio en el tercer año de universidad, cuando participé de forma voluntaria en un proyecto asistencial llamado “De la mano con la calle”. El mismo consistía en brindar alimento, ropa, asistencia clínica y un breve acompañamiento a las personas que se encontraban en situación de calle en la provincia de San José.

Confieso que durante (y posterior) a las actividades surgían una gran cantidad de problematizaciones y cuestionamientos que no dejaban de rondar en mi cabeza, sobre todo por la semilla de la salud pública enmarcada desde la Enfermería, que comenzaba a germinar en aquel momento. Principalmente, pensaba en lo difícil que debía ser para una mujer permanecer en situación de calle y todas las repercusiones que ellas podrían tener.

Además, surgían cuestionamientos tales como ¿Qué lleva a una persona a permanecer en situación de calle? ¿Cómo logran sobrevivir al día a día en una sociedad excluyente? ¿Cuáles son las consecuencias para su salud el permanecer en situación de calle? Sin embargo, la más inquietante a mi opinión ¿Cómo puedo ayudar desde mi profesión y como ser humano?

Al igual que Caravaca (2016), debido a mis profundos sentimientos de atracción hacia el tema, decidí ampliar mis conocimientos en la materia. De esta forma, realicé acercamientos teóricos enfocados a encontrar posibles respuestas, lo cual me derivó a quedar aún más cautivado con la temática. Por lo anterior, surgió mi motivación en iniciar una revisión integrativa que me permitiese analizar parte del vasto fenómeno.

Posteriormente, durante una pasantía del Módulo de Intervención de Enfermería en la Adulthood Mayor, se realizó una breve pero enriquecedora práctica profesional en el “Albergue de Rehabilitación al Alcohólico Adulto Mayor Indigente” y al “Centro

Dormitorio de la Municipalidad de San José”. De esta forma, confirmé mi deseo en iniciar el proyecto de investigación enmarcado en el área de investigación denominada “Sociedad, Cultura y Salud”; bajo la línea del “Fenómeno de las Drogas, Enfermería y Salud”.

La construcción de mi identidad académica tuvo un cambio radical desde que comencé a recibir clases con mi director. En ese entonces, comenzó a aflorar la semilla por el interés a la salud pública desde la disciplina de Enfermería, orientado a temas de sexualidad, el poder, género y exclusión social, pues tenía el cuestionamiento de como los discursos sociales que (re) producen estigma repercutían en la salud¹ de las personas.

Una vez expuesto lo anterior, me adentre en el entramado de la sociedad occidental, lo cual me llevó a preguntar la razón de algunos comportamientos de autogestión, principalmente, ¿En qué medida actuamos conforme a nuestra voluntad o somos un producto del proceso de socialización? Bajo esta inquietante posibilidad de vivir en una matriz que nos automatiza, llegué a observar una realidad que era totalmente ajena para mí.

Por ejemplo, y de igual forma que Caravaca (2016), me cuestionaba el verdadero significado de ser hombre o mujer, sobre todo en la construcción de aquellos comportamientos naturalizados y exigidos a conservar y reproducir diariamente, siempre ante el temor de una posible represión y exclusión, en caso de que se presente una conducta subversiva y considerada “anormal” por la sociedad.

Según lo anterior, el comportamiento de un hombre y de una mujer deben seguir una línea de roles que han sido consensuados por mandatos del género, conformando estructuras sociales rígidas y punitivas. Lo cual, genera nuevamente cuestionamientos sobre las implicaciones en la salud por el hecho social de ser mujer u hombre. Por ejemplo, el discurso social establece que las mujeres son más cuidadosas que los hombres y en caso contrario, si un hombre es cuidadoso se les juzga y se estigmatiza.

A pesar de que dichos roles han sido incorporados de forma transversal en nuestra cotidianidad, existe evidencia que demuestra que tales mandatos poseen implicaciones en los comportamientos de autogestión. Algunas normas y actitudes de género forman parte de la base de comportamientos riesgosos (Caravaca, 2016; King *et al*, 2019). Por ejemplo,

¹ Deseo subrayar, que a mi opinión, el concepto de la Salud es un estado subjetivo, en donde un conjunto de determinantes sociales brinda al ser, herramientas y valores que son utilizados como estrategias para promover la calidad de vida y es por ello, que debe ser visto como un derecho innegable e inherente a todo ser humano.

cuando era niño y se me decía que “los hombres no lloran”, repercutiendo en la expresión de mis sentimientos y una dificultad en buscar ayuda para problemas de salud mental.

Cabe destacar que, la autogestión es definida por Lorig & Holman (2003) como la responsabilidad en el cuidado diario de las personas en participar en el mantenimiento de comportamientos de salud y en el manejo de condiciones crónicas o situaciones de salud. En otras palabras, puede ser aplicado tanto a personas con enfermedades crónicas específicas tales como Diabetes, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, VIH y entre otras; o bien a personas sin enfermedades que deseen tener comportamientos saludables o bien cambiar comportamientos riesgosos.

Debido a lo anterior, resulta fundamental que el personal de atención primaria en salud, entre ellos las personas profesionales en Enfermería sean capaces de reconocer la importancia de la educación en autogestión en la población en situación de calle y el conjunto de determinantes sociales y ambientales de la salud y de las desigualdades de salud.

Por lo tanto, resulta fundamental determinar la influencia por parte del género, llevando a cuestionarme ¿Es lo mismo ser una mujer en situación de calle a ser un hombre en tal situación? ¿Pueden llegar a experimentar una cotidianidad similar? ¿Poseen las mismas estrategias de sobrevivencia y comportamientos de autogestión? Si una mujer consume sustancias psicoactivas y se encuentra en situación de calle ¿Es considerada subversiva y anormal?

De esta forma, recorrí los textos de Kate Lorig y Holman, sobre los comportamientos de autogestión con la intención de ir amalgamando al objeto de estudio, interesado principalmente en comprender como las personas son capaces de mantener el cuidado de sí mismos, pese a las situaciones y condiciones que pueden llegar a limitar sus acciones. En el caso de la presente investigación, los comportamientos de autogestión en las mujeres en situación de calle.

De este modo, destacó la importancia del objeto de estudio, puesto que al identificar los comportamientos de autogestión de las mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas como norte epistemológico, se me permitió establecer un análisis sobre los mismos y consecuentemente, se podrán establecer políticas, programas y acciones dirigidas, con base científica y costo - efectivas para el abordaje de la población. De esta forma, encontré una respuesta al cómo ayudar desde mi profesión y como ser humano.

Además, la investigación se propone apoyar a las políticas públicas actuales del país, tales como el “Plan Nacional de Drogas 2020 – 2024”, “Política del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica (2012 – 2022)”, la “Política Nacional para la Atención Integral para Personas en Situación de Abandono y en Situación de Calle (2016 – 2026)” y el “Modelo de Reducción de Daño para el abordaje del fenómeno de las drogas en Costa Rica (2017)” (ICD *et al*, 2017; Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión [MDHI], 2016).

La implementación de políticas y prácticas sin evidencia científica y sin un enfoque de derechos humanos, pueden instaurar o exacerbar riesgos y daños, ya que, la falta de investigación en definitiva aumenta las inequidades sociales, la tasa de criminalización del uso de drogas ilegales y prácticas violentas por parte de cuerpos policiales y prestadores de servicios de salud; lo cual, puede afectar directamente en sus comportamientos de autogestión de las personas en situación de calle.

Antes de continuar, es necesario recalcar la importancia de hacer mención del sujeto de estudio, como “mujeres en situación de calle”, distinto a los términos perniciosos tales como “habitante de la calle” o “indigente”; en lo cual, concuerdo con Caravaca (2019) en la afirmación que realiza con respecto al error semántico del primer término, que implica designar la pertenencia de la persona a la calle.

De igual modo, Núñez (2013) apoya en su tesis a Caravaca, afirmando que el lenguaje que utilizamos logra construir realidades, por lo que el término “persona en situación de calle” dota de un nuevo lugar social a la población. De igual modo, considero que el mismo “devuelve” la humanidad que se les fue arrebatada por el prejuicio y el estigma de una sociedad que establece, según Grosfoguel (2012), líneas de separación entre el “ser” y el “no – ser”.

Por otro lado, la expresión indigente derivado del latín *indigens* (carecer estar privado de), se encuentra entarquinado por un discurso social, en ocasiones violento que categoriza a la población como un grupo con escasez o nulidad de condiciones dignas, en la cual, se retira su condición de ser humano (Real Academia Española [RAE], 2017B; Caravaca, 2019).

Continuando con el debate conceptual, es necesario definir el fenómeno social como una situación más que una condición, debido a que el primero, hace énfasis al conjunto de contextos y factores que repercuten en un determinado tiempo a alguien o algo; mientras que el segundo se refiere a la naturaleza, índole o propiedad de las cosas

(Caravaca, 2019; RAE, 2017A; RAE, 2017C; Lara & Rodríguez, 2017). Por lo tanto, el término utilizado para hacer referencia al grupo poblacional será “mujeres en situación de calle”, pues el fenómeno, es un momento de exclusión situacional por el cual pasan algunas personas debido a sus contextos y no una condición insuperable e inherente a la misma.

Con relación a lo anterior, según el Sistema de Información de la Población Objetivo del IMAS (SIPO), se registraron aproximadamente 3733 personas en situación de calle a nivel nacional. De las cuales, la mayoría son registradas en el cantón central de San José. Según la Ficha de Información Social a Personas Institucionalizadas (FISI), la cual obtiene la información por medio de los diferentes dispositivos²; la capital registra un total de 1176 personas en situación de calle, lo cual me hacen preguntar ¿Cuáles son las causas detrás tal fenómeno? (ICD *et al*, 2017; MDHI, 2016; Mora, 2019).

Sin embargo, en el SIPO del 2019 se registraron 1724 personas en situación de calle en la capital. Conviene subrayar que los datos suelen ser muy inexactos debido a las características nómadas de la población y en algunas ocasiones los requisitos solicitados por los dispositivos suponen una barrera para acceder a los mismos (Rodríguez, 2020).

Además, cabe señalar que aproximadamente el 14% de la población, son mujeres en situación de calle. No obstante, la mayoría de los dispositivos y organizaciones de tratamiento suelen ser para hombres, por lo que puede existir un importante subregistro con relación a la cantidad de mujeres que no han sido representadas por las barreras institucionales (Rodríguez, 2020; ICD *et al*, 2017; Lara & Rodríguez, 2017; Moreno *et al*, 2017).

En Costa Rica, se cuenta con treinta y nueve centros acreditados por el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y cincuenta y nueve organizaciones de Bienestar Social. Aunado a lo anterior, el país estableció la “Política Nacional de Atención Integral para Personas en Situación de Calle 2016 - 2026”, la cual, posee como objetivo principal el desarrollo de redes de atención por medio de la capacitación de los gobiernos locales para la atención de las necesidades de las personas en situación de calle.

² Un dispositivo, es la instancia que puede establecerse entre distintos elementos, pensado en atender las necesidades relativas al consumo de drogas, en donde se ofrece un abanico de servicios orientados a reducir riesgos y daños para el usuario de SPA. Los dispositivos en Costa Rica para la atención de personas en situación de calle son; Centros de Escucha, La Carpa, Centro de Convivencia, Centro Dormitorio y Albergues (Instituto Costarricense sobre Drogas [ICD] *et al*, 2017)

Por consiguiente, una de las principales necesidades identificadas en la Política, es brindar el acceso a servicios de salud a las personas en situación de calle, debido a que un 38% de la población no cuenta con un seguro de salud. Lo anterior, trae consigo amplias implicaciones en tanto la salud del individuo como en la colectiva. Un reflejo directo de la falta de seguridad social es el agravamiento y/o la cronicidad de padecimientos que en muchos de los casos son prevenibles, tales como la discapacidad, tuberculosis, SIDA y complicaciones ligadas a situaciones de necesidades especiales (ICD *et al*, 2017; Moreno *et al*, 2017).

Por otra parte, Yajaira *et al* (2014) agrega que las enfermedades que se encuentran con mayor incidencia en la población se encuentran las fibromialgias, pulmonía, trombosis, diabetes, presión alta, infartos y daños físicos (pulmones, manos, rodillas, columna). Siendo las comorbilidades de las enfermedades crónicas, las que representan un mayor peligro para la vida y consecuentemente, la necesidad de acudir a la utilización de los servicios de salud y/o a los distintos dispositivos.

En este punto, me surgen varios (otros) cuestionamientos respecto a lo anterior, inicialmente ¿Por qué existe un porcentaje tan alto de personas en situación de calle que no poseen un seguro de salud, en un sistema de salud que se dice ser universal y solidario? ¿Será que el personal de salud y administrativo de los distintos niveles de atención se encuentran realmente capacitados para el abordaje de la población según las distintas políticas, planes y programas? Y principalmente ¿Cómo hace este porcentaje de la población cuando se encuentran con una situación de salud complicada?

Derivado de lo anterior, podríamos deducir que, en algunas ocasiones, estar en situación de calle se supone una dificultad o incapacidad de cumplir con ciertos comportamientos necesarios para la salud. Entre ellas, la falta de un espacio seguro para dormir, alimentación inadecuada, carencia de espacios para el aseo personal y entre otras que repercuten de forma (in) directa en los comportamientos de autogestión (Moreno *et al*, 2017).

Además, quienes logran cumplir con algunos de los comportamientos, me surge el cuestionamiento de ¿Cómo logran para llevarlas a cabo? ¿Bajo qué experiencias deben someterse a diario para cumplir con sus necesidades? ¿Cuáles estrategias son utilizadas para disminuir los riesgos que implica estar en situación de calle?

Por otro lado, cabe recordar la definición de salud como derecho inherente, incuestionable e inalienable del ser humano, el cual debe ser uno de los pilares transversales en cuanto al abordaje de la población que se encuentra en situación de calle.

Lo anterior, con el objetivo de fortalecer comportamientos de autogestión saludables y pensar de forma conjunta en estrategias de abordaje en enfermedades crónicas prevenibles y garantizar el acceso a los servicios de salud sin recibir discriminación ni un trato desagradable.

En definitiva, el fenómeno de las personas en situación de calle debe ser abordado mediante intervenciones integrales³ e intersectoriales, incluyendo la prestación de servicios de salud de la CCSS, políticas públicas del país y gobiernos locales, el sistema judicial, las instituciones especializadas, los distintos dispositivos y a la producción de investigaciones y conocimiento, por parte de universidades y profesionales; las cuales, deben trabajarse de forma articulada.

Cabe destacar, que dichas intervenciones deben contar un adecuado conocimiento sobre el consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Por lo anterior, es que forma parte de una de las características fundamentales que entretienen la presente investigación. Las mismas son definidas como toda sustancia, legal o ilegal, con el principio activo de estimular, deprimir o perturbar el Sistema Nervioso Central (SNC) al ser introducida en el organismo por cualquier vía de administración, permitiendo crear dependencia física o psicológica (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia [IAFA], 2016; Farías & Vera, 2017; Schlemper, 2018).

De acuerdo con lo anterior, existe una gran diversidad de SPAs consumidas en Costa Rica. Según las encuestas realizadas por el IAFA (2018) el mayor consumo se ve acentuado en el alcohol y el tabaco, haciendo cuestionar el verdadero costo social que implica naturalizar ambas con su carácter de legalidad. Posteriormente y de forma creciente, se encuentra la marihuana⁴ y en un menor porcentaje el consumo de cocaína y el crack, siendo estas últimas tres ilegales.

No obstante, en el caso de las personas en situación de calle, los porcentajes varían respecto a la población en general. Igualmente, en el caso del alcohol y el tabaco, son las SPAs más consumidas, pero el crack sobrepone a la marihuana como la tercera SPA que más se consume, seguido por la marihuana, la cocaína, benzodiazepinas y el bazuco. Cabe señalar, que el alcohol y el crack son las sustancias que generan más problemas y

³ Según el Modelo de Reducción de Daños, se hace referencia a intervenciones que reconocen más allá del consumo. Por otro lado, concuerdo con Aguayo & Mella (2015) en su definición cuando se hace referencia a un abordaje que toma en cuenta lo biológico y psicosocial del individuo. Por lo tanto, se abarcan las dimensiones tanto biológicas, psicológicas, sociales como familiares de las mujeres en situación de calle.

⁴ Un incremento del 400% de los pacientes tratados en el IAFA del 2010 al 2015.

necesidades de atención, entre ellas, derivadas muchas veces por los patrones de consumo (IAFA, 2018; Campos *et al*, 2015; ICD *et al*, 2017).

De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud), se establece una clasificación para dichos patrones. Entre ellos, conviene señalar el consumo ocasional⁵, perjudicial⁶, problemático⁷ y de riesgo⁸ (IAFA, 2018; OMS, 1994; SENDA, s.f). Su conocimiento posee una trascendental importancia, principalmente debido a los distintos efectos en la salud físico – emocionales sobre el consumidor y el nivel de dependencia que se desarrolle a la SPA.

Un ejemplo de lo anterior es el consumo riesgoso de drogas inyectables con jeringas contaminadas y compartidas con otros consumidores, aumentando el riesgo de contraer infecciones, tales como el VIH. Por lo tanto, nos debemos cuestionar ¿Cómo disminuir el riesgo que implica el consumo? ¿Existe una población más propensa al riesgo? Y ¿En qué medida se puede disminuir el riesgo con los comportamientos de autogestión?

Teniendo en consideración todo lo anterior, primeramente, me cuestioné lo establecido por el National Institute on Drug Abuse (NIH, 2018), al afirmar que la adicción es una enfermedad que perturba la fisiología del cuerpo, en la cual, se ven involucrados cambios en el funcionamiento de los circuitos del cerebro, implicados en los mecanismos de recompensa, el estrés y el autocontrol. Por ende, me posiciono desde la visión de Marc Lewis (2016) y Caravaca (2013) al problematizar el modelo médico del consumo de SPA como una enfermedad.

Bajo el sustento en la tesis de Lewis (2016), se establece el consumo de SPA como un desorden de comportamiento. Es decir, está más relacionado con la búsqueda de objetivos recurrentes, el desarrollo de hábitos profundos desde el aprendizaje pavloviano y la desconexión prefrontal. Lo anterior, analizado desde los conceptos de autoorganización, neuroplasticidad y desarrollo de la personalidad.

En el caso contrario, Caravaca (2013) defiende que de ningún modo el fenómeno (o como él prefiere llamarlo – los fenómenos) del consumo de sustancia representan un espiral enmarañado de factores principalmente sociales, económicos y políticos que

⁵ Uso intermitente sin hábito y con intervalos de abstinencia.

⁶ Uso que genera un daño físico o mental.

⁷ Uso repetido que origina un efecto perjudicial para la persona consumidora o su entorno, en otras palabras, produce problemas de salud, interpersonales, incumplimiento de obligaciones y problemas legales.

⁸ Consumo que aumenta el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para la persona.

atrapan a los individuos dentro de entes condicionantes complejos. Por lo tanto, en su visión sería limitado y reduccionista solo pensarlo en cuanto enfermedad individual.

Además, problematizo la categorización de establecerla como una enfermedad, pues estaríamos ampliando aún más la brecha que existe entre el “ser” y el “no – ser”. Es decir, se estaría estratificando a la persona no solo por su situación de calle, situación de económica, nacionalidad, orientación sexual, color de piel, etnia, credo religioso, sino que también se agregaría al discurso un “estado de enfermedad”. Tal como, lo afirman Gonçalves dos Santos & Cornelli (2019), la enunciación de una persona como enferma, puede llevar a provocar la exclusión social debido a los valores culturales y morales.

Algo semejante ocurre con el sistema de género, puesto que si las mujeres son un grupo poblacional patriarcalmente subalternizado y socialmente invisibilizada (Caravaca, 2016); ¿Qué ocurre cuando se les agrega una situación de consumo de sustancias psicoactivas, pobreza y encontrarse en situación de calle?

Con el fin de responder a lo anterior, Muehlmann (2018) explica que el género se entrelaza con otras identidades, tales como el color de piel, clase, nacionalidad, orientación sexual y entre otras. De esta forma, la interseccionalidad argumenta que los sistemas de opresión se refuerzan basados en la suma de tales categorías. Por lo tanto, se expresan diferentes formas de comportamiento y de interacciones sociales.

Por lo tanto, los privilegios y las opresiones no resultan ser las mismas para una mujer caucásica y una mujer afroamericana que consumen sustancias psicoactivas. Las relaciones y los comportamientos opresores se agudizan en la mujer afroamericana por el racismo, empeorando si consideramos que es una mujer transexual en situación de calle e inmigrante irregular.

En el caso de Costa Rica, el medio de prensa nacional “La Nación” expone que cada vez son más las mujeres que se encuentran en situación de calle, atribuyéndose ese cambio a la diversificación en la oferta de sustancia psicoactivas como la marihuana, cocaína y crack (Chinchilla, 2016). No obstante, uno de los elementos comunes en los testimonios presentados en ambas noticias es el alcoholismo, lo cual me hace volver a cuestionar el costo social que está provocando la naturalización de la sustancia en el país.

Por lo tanto, cabe la posibilidad de cuestionarnos si las mujeres en situación de calle están siendo debidamente representadas en los estudios y encuestas realizadas por las instituciones e investigadores, en donde el fenómeno de la “situación de calle” se encuentra polarizado por el género masculino y como consecuencia, la mayoría de los

dispositivos de medio umbral son dirigidos para los varones, entonces ¿Cuáles son las posibilidades para esas 395 mujeres en situación de calle?

Cabe señalar que la violencia estructural⁹ de género, la inequidad en el acceso al trabajo, inaccesibilidad a la participación, el irrespeto a sus derechos y la violencia simbólica¹⁰; son contextos que colocan a las mujeres en situación de calle en constante vulnerabilidad, tales como la inseguridad, la falta de hogar, la falta de trabajo, los problemas familiares, la exclusión social, el estereotipo y discriminación, el trabajo sexual y las barreras de acceso a servicios como la salud y sobre todo, una dificultad para llevar a cabo sus comportamientos de autogestión (ICD *et al*, 2017).

En especial énfasis, en los comportamientos de autogestión de las mujeres en situación de calle se agregan, debido a la inseguridad que representan las calles, el trabajo de sexo servicio para solventar parcialmente sus necesidades y/o para el consumo de SPA que, en algunas ocasiones, son un puente de salida para conllevar las dificultades cotidianas y la difícil realidad que cargan estas mujeres (Yajaira *et al*, 2014).

Por lo tanto, se ven expuestas a un mayor número de manifestaciones de la violencia, que trascienden la dimensión simbólica. Siendo la salud sexual y reproductiva una de las mayores afectaciones, debido a las agresiones sexuales, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual; la invisibilización y exclusión en políticas públicas y marcos metodológicos con escasa perspectiva del género (Caravaca, 2019; Yajaira *et al*, 2014).

Consecuentemente, dicho contexto coloca a las mujeres en situación de calle en una situación de vulnerabilización, en donde la falta de espacios para la atención y en miras de una perspectiva de género, producen el desarrollo de nuevas condiciones, mientras que los padecimientos crónicos, se acentúan hasta el punto en que la salud se convierte en una lucha por la supervivencia (Lara & Rodríguez, 2017).

Todas estas observaciones se relacionan también con la salud mental y psiquiátrica que forman parte de las enfermedades presentes en las mujeres en situación de calle. Tal como se enlista en Moreno *et al* (2017), los principales padecimientos son: el trastorno antisocial de personalidad, trastorno afectivo bipolar, rasgos e intentos suicidas y, sobre todo, trastornos psiquiátricos como la depresión y ansiedad.

⁹ De acuerdo con Galtung (1990) la explotación que obtiene la clase dominante obteniendo beneficios de la interacción con el resto de la estructura, en lo que denomina eufemismo desigual.

¹⁰ Refiere a aquella que, a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, iconos o signos tramite y reproduce dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad. (Bourdieu, 2000)

Por ende, las mujeres en situación de calle pueden presentar numerosos padecimientos que en su gran mayoría son prevenibles y que poseen implicaciones en la salud pública del país y por lo tanto deben cobrar un interés especial la salud colectiva¹¹ y en la integración a las políticas, planes y programas relacionados al tema.

Sobre todo, manteniendo presente la necesidad de una perspectiva de género en las mismas. Tomando en consideración, las necesidades y formas de comportamiento, en la cuales se manejan las distintas rutas, cuando se hace referencia a las mujeres en situación de calle, con el fin último de promover y mantener todos los derechos inherentes al ser humano.

Entre ellos, los Derechos Humanos de Segunda Generación, definidos por Gil y Vilches (2017) como los derechos involucrados en la salud, alimentación, trabajo, vivienda digna, educación de calidad, a la cultura, a la planificación familiar y al disfrute de la sexualidad, siendo requisitos, y a la vez fines de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Además, el estudio resulta de gran importancia, puesto que Costa Rica es un país signatario de gran cantidad de convenios internacionales relativos al tema, que se enmarcan en los derechos humanos. Entre ellos, cabe destacar el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR) en 1966; y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) en 1979.

Añadiendo, las recomendaciones medidas para el abordaje de las mujeres en el problema mundial de las drogas durante la sesión extraordinaria de la Asamblea Especial de la Naciones Unidas (UNGASS, 2016) y la firma del compromiso de los ODS, puesto que, es de vital importancia reconocer los objetivos que se encuentran implícitos e inherentes en la mayoría de las metas propuestas que se encuentran en el presente estudio.

Entre ellos destacan, el poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo, el fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición, la buena salud y la promoción del bienestar, la igualdad de género y empoderamiento de las mujeres, la garantía de la accesibilidad al agua potable y su saneamiento, el acceso a un empleo digno para el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, la

¹¹ Conjunto de prácticas, pensamientos, políticas y económicas desarrolladas de un proceso dialéctico en el abordaje de la salud - enfermedad - cuidado como un contexto social, cuyo fin se centra en la comprensión y solución de las necesidades de la sociedad (Bertolozzi & De la Torre, 2012; Feltri, 2018; Iriart *et al* 2002).

reducción de las desigualdades en los países y el logro de ciudades y asentamientos humanos inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles (United Nations, 2018).

Los anteriores, son de vital importancia, debido a que son derechos que se ven violentados en la cotidianidad de la mayoría de las mujeres en situación de calle, repercutiendo en sus comportamientos de autogestión y en la salud pública del país. De este modo, se resalta la importancia de intervenciones basadas en la perspectiva de género, especializadas para la atención de las necesidades y características de las mujeres, fomentando el empoderamiento sobre su salud y la posibilidad de obtener un empleo digno.

En caso particular del empleo, los datos demográficos demuestran la difícil situación de desempleo que limitan a las mujeres en situación de calle para alcanzar a satisfacer sus necesidades y cumplir con los adecuados comportamientos de autogestión. Por lo que, se ven obligadas a realizar trabajos informales ocasionales y que representan un alto riesgo (MDHI, 2016).

Consecuentemente, el desempleo perpetúa la desigualdad y la incapacidad de obtener una vivienda digna, formando un ciclo vicioso que excluye cada vez más a las mujeres en situación de calle. Por lo tanto, se debe tener un amplio acceso al empleo, a la vivienda y a la equidad de condiciones, para alcanzar los objetivos y contribuir con los ODS relacionados al tema de investigación.

Por ende, podemos condensar lo dicho hasta aquí, que en la presente investigación toma como sujeto de estudio a las mujeres que se encuentran en situación de calle consumidoras de SPAs, puesto que, a consecuencia de su estado, se ven limitadas a ejercer algunos comportamientos de autogestión, derivado principalmente de las numerosas transgresiones a sus derechos como seres humanos. Lo anterior, afecta directamente a su salud, siendo un atropello que no se puede seguirse permitiendo en pleno siglo XXI.

Avanzando con nuestro razonamiento, debemos cuestionarnos ¿Es suficiente lo que está realizando el Estado para erradicar las transgresiones a los derechos humanos de las mujeres en situación de calle? Así mismo, y con la necesidad de responder a las inquietudes que fueron surgieron a través de mis estudios y experiencias con la población, germinó el objetivo de la presente revisión, con el fin último de influir (in) directamente en la confección de futuras políticas públicas y proyectos de intervención; como el Modelo de Reducción de Daños (MRD)¹².

¹² Conjunto de estrategias e intervenciones dirigidas a disminuir las consecuencias adversas sobre la salud, sociales y económicas que radican del consumo de SPA, ya sean legales o ilegales con el fin de mejorar la

Frente a la anterior afirmación, resulta de vital importancia detallar la influencia de la Enfermería y su aporte a la confección de futuras políticas públicas y proyectos de intervención. Por lo que resulta necesario partir de las afirmaciones de Osario (2016) según el patrón de conocimiento socio – político, el cual invita al profesional de Enfermería a cuestionar de forma bilateral el contexto entre la persona usuaria y su relación con la sociedad.

Por lo tanto, el avance de la ciencia de Enfermería se encuentra sujeta al conocimiento de distintas variables contextuales, entre ellas el alcance a los sujetos de estudio y la claridad en vacíos de conocimientos teóricos y prácticas. Así entonces, el avance en el patrón de conocimiento socio – político permite al profesional de Enfermería al desarrollo de políticas públicas, transformaciones en el sistema de salud, la propuesta de proyectos de intervención, políticas, redireccionamiento de la formación y educación y entre otras (Osario, 2016).

Aunado a lo anterior, el MRD enfatiza en la necesidad de profundizar en el diseño de políticas públicas contextualizadas en intervenciones biopsicosociales y con enfoque de género, con el cual se espera obtener mejores resultados y para ello, es indispensable conocer los comportamientos de autogestión que efectúa la población en estudio, puesto que, tal como se ha descrito, es un grupo poblacional con vastas barreras estructurales, sistemáticas, sociales y personales, por lo que se debe tener en cuenta la vulnerabilidad social del individuo, las familias y de las comunidades (ICD *et al*, 2017).

Por la misma razón, el contexto internacional apoya el abordaje del fenómeno de las drogas desde la perspectiva de los Derechos Humanos para todas las personas, dando un carácter universal e interdependencia de los derechos como la salud, servicios sociales, trabajo y entre otros, que trabajen enmarcados bajo un enfoque de género; fundamentados con la evidencia científica pertinente (ICD *et al*, 2017).

Por otra parte, a nivel nacional, la legislación costarricense que atienden al enfoque de reducción de daño y justifica su implementación nacional son Ley Constitutiva de la CCSS, Ley de Creación del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), Ley General de Salud, Ley de la defensoría de los habitantes de la República, Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de Salud Públicos y Privados y la Ley General de la Persona Joven (MDHI, 2016; ICD *et al*, 2017).

calidad de vida de los distintos grupos poblacionales, especialmente aquellos con situaciones vulnerables (ICD *et al*, 2017).

Asimismo, se cuenta con múltiples entidades estatales que trabajan en promoción al MRD, en el estudio del fenómeno de las drogas y en materia de salud. Entre las que destacan: IAFA, el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), el Ministerio de Salud (MINSA), Instituto Nacional de la Mujer (INAMU), la Municipalidad de San José (MSJ) y dispositivos para el abordaje de la población.

Además de lo estatal, el MRD menciona la importancia de la sociedad civil, lo cual me hace cuestionar ¿Cuál es y cuál debe ser el rol que las personas ciudadanas en la implementación de dicho modelo? Primeramente, cabe señalar que el consumo de SPAs ilícitas es percibido por lo individuos de distintas maneras. Algunas personas que ven el consumo como un comportamiento indebido y distinguen como solución al sistema judicial, mientras otros ven el tratamiento médico o la abstinencia forzada (ICD *et al*, 2017; Ford, 2010).

Un ejemplo de lo anterior se encuentra en el discurso utilizado por el medio nacional Repretel (2019) en la cual, expresan el sufrimiento de los comerciantes por el aumento de las personas en situación de calle en la capital, a lo cual ellos solicitan la colaboración de las autoridades, sobre todo de la Policía Municipal. Lo anterior, podría deberse a las medidas prohibicionistas y sobre todo de la “guerra contra las drogas” que se han establecido las últimas décadas, principalmente en América Latina (Tizoc *et al*, 2017).

No obstante, el MRD establece la importancia de capacitar a la sociedad civil en la defensa del modelo y de permitir su participación en la formulación y aplicación de políticas y programas. Tal como lo sucedido en Canadá, uno de los países con mayor evidencia sobre los beneficios de la reducción de daños, fue la propia sociedad civil en conjunto con la comunidad científica y de salud, quienes lograron la permanencia de programas de atención a usuarios de drogas después de que el gobierno federal intentara eliminar las intervenciones gubernamentales dirigidas hacia este modelo de intervención (Tie & Kerr, 2014; ICD *et al*, 2017).

Conviene subrayar la necesidad de reforzar la coordinación intersectorial¹³ por parte de estas entidades. Tanto el ICD, IAFA, IMAS, MSJ, COMAI, MINSA, CCSS,

¹³ El concepto de interseccionalidad viene dado por la relación de coordinación, cooperación, homologación de información e integración de instituciones que representan a más de un sector social, con el fin de participar en procesos de toma de decisiones e intervenciones dirigidas a la búsqueda de soluciones integrales a problemas multicausales vinculados con la salud, bienestar y calidad de vida. Para lo cual, resulta necesario la compartir recursos, información, líneas estratégicas y realizar una planificación para abordar el tema en cuestión (OPS, 2017; FLACSO, 2015; Ministerio de Salud de Chile, 2014).

ACEID, las ONG, la sociedad civil y los distintos tipos y umbrales de dispositivos; como entidades gubernamentales de mayor peso como el Poder Judicial. Según el MRD, estas son puertas de entrada para las poblaciones vulnerables, por lo que se debe de realizar una labor articulada para cumplir con los objetivos del modelo (Tizoc *et al*, 2017; ICD *et al*, 2017).

De este modo, el enfoque de reducción de daños ofrece ser integral, pragmático, factible y seguro; cuya implementación muestra un fuerte impacto gracias al trabajo intersectorial, sobre todo en las poblaciones vulnerabilizadas, como la población LGBTIQ+, personas con discapacidad, adultas mayores, migrantes – refugiados, en situación de calle, personas privadas de libertad, que viven con VIH y otras ITS y mujeres. Simultáneamente, se garantiza que el presupuesto invertido para la atención, por ejemplo, de las mujeres en situación de calle obtenga resultados tangibles, efectivos – eficientes, integrales y graduales (ICD *et al*, 2017).

Con esto quiero decir que la presente investigación contribuye con las inversiones realizadas para la ejecución de políticas y prácticas dirigidas a la población en estudio; dado que propondrá una base para el fortalecimiento de un abordaje basado en la evidencia y en el costo – efectividad; al ofrecer información sobre las principales necesidades y comportamientos de la población.

Por ejemplo, en el 2016 la inversión presupuestaria del Centro Dormitorio de San José (SJO) fue de ¢152.749.505.21 con una atención diaria de 102 personas (14% mujeres y 86% hombres). No obstante, según el informe de labores de la Municipalidad de SJO de ese mismo año, solamente 24 personas lograron reincorporarse en la sociedad (Araya, 2017).

Lo dicho anteriormente no supone que se haya realizado una inadecuada inversión del dinero, sino que al ejecutarse intervenciones basadas en la evidencia que propone la siguiente investigación, se aumentará el costo – efectividad, es decir incrementar el número de personas reincorporadas a la sociedad, sobre todo en la población femenina, con la misma inversión presupuestaria. Ahora bien, si conversamos de un financiamiento nacional de ¢2.235.000.000,00 para el abordaje de personas en situación de calle para el 2018, los resultados prometen ser aún más tangibles.

Por tanto, podemos condensar lo dicho hasta aquí, que el contexto, en un sentido amplio, puede llegar a influir en la capacidad de autogestión de las personas en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas. Dicha autogestión puede llegar a ser percibido como un comportamiento riesgoso para la salud individual y/o colectiva. De

esta forma, es necesario articular con el modelo de reducción del daño, con el fin de fomentar comportamientos de autogestión que logren disminuir los daños asociados al consumo tanto en el individuo, la familia, la comunidad y/o las organizaciones.

En consonancia con lo expuesto por Ramírez (2015) la enfermería se basa en un cuidado humanizado en búsqueda de las respuestas humanas. Por tal motivo, el cuidado debe estar centrado en la persona y en sus necesidades. Teniendo en cuenta que enfermería es muchas veces el primer contacto que tienen las personas en situación de calle consumidoras de SPA con proveedores de salud, por lo que, en un principio, se debe velar por los derechos humanos y combatir contra la discriminación y inequidad social.

Por consiguiente, el abordaje disciplinar de la enfermería desde la visión del modelo de reducción de daño vinculado con la autogestión, posee como objetivo promover la participación del sujeto en el proceso con el fin de minimizar los daños por las SPA, reducir riesgos asociados al consumo, detección y tratamiento de enfermedades infecciosas como VHB, VIH, Tuberculosis y entre otras; y establecer redes de apoyo para el tratamiento que garanticen comportamientos saludables y menos riesgosos.

Considerando lo anterior, se puede mencionar algunos abordajes que la enfermería puede manejar dentro del modelo de reducción del daño entre ellos, la revisión de esquemas de vacunación, curación de heridas, administración de fármacos (metadona, tuberculosis, psicofármacos, antirretrovirales), intercambio de jeringuillas, entrega de preservativos, educación para la salud, valoración integral del estado de salud y la derivación de la persona a otros profesionales como medicina, trabajo social y/o psicología (ICD *et al*, 2017; Lightfoot, 2009).

Por otro lado, cabe destacar la factibilidad del tema en estudio debido a la amplia disposición de herramientas que se encuentran embebidas en los cursos de Licenciatura para Enfermería, tales como: Salud Sexual y Reproductiva, Módulo de Intervención de Enfermería en la Adolescencia, el Módulo de Intervención de Enfermería en la Adulthood Mayor y el curso optativo de Salud Internacional del Fenómeno de las Drogas; los cuales pueden mejorar los resultados de las inversiones presupuestarias.

Aunado a lo anterior, se fundamenta la importancia del papel de Enfermería con el decreto No. 3478414 “Declaratoria del consumo de drogas que producen dependencia como problema de salud pública y de interés público y nacional” el cual, establece el tema de interés de salud pública desde la disciplina de Enfermería, para el disfrute máximo del

¹⁴ Decreto aprobado en el 2008 por el Ministerio de Salud Pública de Costa Rica durante la administración ejecutiva del expresidente Oscar Arias Sánchez.

derecho de la salud y que su dependencia requiere de políticas de atención integral e inclusión social, así como el establecimiento de respuestas centradas en las personas.

Por lo tanto, Enfermería debe ser partícipe en establecer, dirigir, planificar y apoyar estrategias orientadas bajo el marco del MRD; debido a que es una ciencia que cuenta con diversas herramientas para el establecimiento de relaciones interpersonales, que permiten una mayor proximidad y relaciones de confianza con las usuarias; aunado al vasto conocimiento en materia de salud pública, justicia social, fenómeno de las drogas y en materia de salud sexual y reproductiva que se encuentra en su plan de estudios (Centro de Evaluación Académica [CEA], 2019).

Tal como lo sustenta Romero (2018), la profesión posee la capacidad de fortalecer tanto la prevención como el abordaje del consumidor; así como mejorar el desarrollo a nivel disciplinar en la profesión, dado al aumento en el consumo de SPA en la población latinoamericana. Por lo tanto, el profesional en Enfermería debe encargarse tanto de lo administrativo como en la educación, el cuidado directo y la investigación que esté relacionada con el tema de la presente tesis.

De este modo, el profesional debe contar con programas para la promoción de la salud y prevención de daños de los consumidores y consumidores pasivos, centrándose en la educación para la salud, la generación de nuevo conocimiento, la mejora de comportamientos de autogestión, patrones y actitudes tanto a nivel individual como colectivo (Jiménez, 2016). Siendo el eje fundamental, el fomento a la adquisición de habilidades y destrezas en las personas con el fin último de disminuir el riesgo asociado.

Por otro lado, la alta presencia de problemas de salud en la población en situación de calle, más un alto porcentaje de desconocimiento sobre sus derechos a la salud, resultan en un importante número de personas que no cuentan con el seguro social, lo cual, incita y exige la participación de Enfermería en procesos para el mejoramiento de la salud, así como velar y promover la inclusión social y derechos humanos (MDHI, 2016).

Debido a todo lo anterior, Enfermería debe estar presente y ser protagonistas en el desarrollo de políticas y prácticas para la promoción de la salud de la población. Siendo el ejercicio de la gestión y promoción educativa dirigida a las usuarias, las familias, la comunidad, el personal a cargo, población en general y otros actores de las ciencias de la salud, como una de las actividades de mayor prioridad que se encuentran de forma tácita en el MRD (CECR, 2012; ICD *et al*, 2017).

De manera que, la presente investigación pretender otorgar una caja de herramientas para las personas profesionales de Enfermería al delinear como pregunta

orientadora ¿Cuáles son los comportamientos de autogestión de mujeres en situación de calle con consumo de sustancias psicoactivas desde la visión del Modelo de Reducción de Daños? Dado que, al reconocer la literatura existente relacionada a los comportamientos de autogestión de las mujeres en situación de calle, se ofrecerán recursos científicos para la futura confección de intervenciones, investigaciones y políticas nacionales con enfoque de género y costo – efectivas en materia de derechos humanos, justicia social, situación de calle y consumo de sustancias psicoactivas.

Considerando lo anterior, se optó por una Revisión Integrativa bajo el protocolo PRISMA, como parte del diseño metodológico de la investigación. Dicha metodología me permitirá amalgamar y sintetizar los resultados obtenidos de diversos estudios publicados en las bases de datos de LILACS, SCIELO y EBSCO, para lo cual se utilizará la pregunta orientadora como base para el inicio de la búsqueda (Crossetti, 2012).

Mi motivación por escoger una Revisión Integrativa como parte de la metodología, se debe a su capacidad de representar un recurso para la (re) construcción del conocimiento en Enfermería y de este modo, contribuir con la práctica clínica e integrar las conclusiones a las intervenciones de Enfermería y Salud planteadas en sus planes de acción (Crossetti, 2012).

Objetivo general

Analizar los comportamientos de autogestión de mujeres en situación de calle consumidoras de SPA desde la perspectiva del Modelo de Reducción de Daños.

Capítulo II. Marco Referencial

*“Cero a la izquierda social...
Mis lagrimas son para ti
Aún cuando tu vida es ajena.”
(Castro, 2018).*

Antecedentes Internacionales

En el presente apartado se realizó una búsqueda de referencias actuales en bases de datos que abordaban la situación de calle en las mujeres, sobre el consumo de SPA y acerca de los comportamientos en autogestión de dicha población; con el fin de establecer un amplio panorama actualizado sobre las investigaciones referentes al tema de investigación.

En este punto, es necesario recalcar que la búsqueda de los antecedentes sobre la autogestión, la mayoría se encuentran delimitadas por la presencia de enfermedades crónicas. No obstante, me gustaría recordar que el consumo de SPA no es una enfermedad sino una condición rodeada por situaciones colectivas y sociales que impactan en el comportamiento de las personas, por lo tanto ¿En qué medida es aplicable el modelo de autogestión?

Koon *et al* (2010) es su estudio, establecieron como fin determinar el papel del proveedor de atención primaria en la prestación de servicios a las personas en situación de calle.

De esta forma, los autores reconocen la autogestión como una de las pautas confiables basadas en evidencia para el cuidado de las personas en situación de calle que deben seguir los proveedores de atención primaria. Entre las intervenciones, ellos destacan la promoción de comportamientos saludables por medio de intervenciones individuales, grupos pequeños y de las comunidades haciendo uso de la reducción de riesgos y la asesoría sobre habilidades sociales (Koon *et al*, 2010).

Para lo anterior, la organización National Health Care for the Homeless Council (NHCHC) plantea cinco recomendaciones para la atención de las personas en situación de calle, entre ellas, Plan y Gestión. En la misma, se encuentra la educación y autogestión, la cual busca la prevención y reducción de riesgos, el cambio del comportamiento, asesoría nutricional, apoyo de pares y la educación diversos actores sociales que intervienen con la población (Bonin *et al*, 2010).

En lo referente a los cambios de comportamiento, Bonin *et al* (2010) hicieron referencia sobre su efecto positivo en la autogestión de las personas en situación de calle. Por lo tanto, los autores recomiendan la utilización de entrevistas motivacionales con el fin de que la población valore la importancia de solucionar los cambios que ellos consideren necesarios.

Al igual que Koon *et al* (2010), dentro de las recomendaciones de autogestión en personas en situación de calle que proponen Bonin *et al* (2010), se reconoce la importancia que posee el personal encargado de la atención primaria en salud en el abordaje de las necesidades de la población por medio de equipos interdisciplinarios, siendo necesario que cada uno se despoje de los prejuicios y estereotipos.

Por lo tanto, se logra inferir de lo anterior que la autogestión se ve interrumpida en algunas ocasiones por las barreras que contextualizan el diario transitar de las personas en situación de calle. Es claro, entonces, que es determinante contar con ciertos requisitos que influyen de manera (in) directa para mantener algunos comportamientos saludables y poco riesgosos. Un abordaje más profundo sobre estos fenómenos lo realizan Parsell *et al* (2017), quienes se plantearon como objetivo examinar las experiencias de los inquilinos del Modelo de Atención de Salud Integrada y Vivienda de Apoyo e identificar si mejoró el acceso y atención de la salud.

Consistió en un estudio de tipo mixto, con una encuesta que alcanzó una muestra de 75 personas en situación de calle y 20 entrevistas cualitativas. Dentro de sus resultados, encontraron que hubo una mejoría en la salud de las personas en situación de calle que accedieron a las viviendas de apoyo permanente, tanto a nivel de búsqueda de ayuda de las personas profesionales de salud como en la dieta, salud física y satisfacción con la vida; e igualmente se detalló una correlación significativa de estos aspectos con la autonomía (Parsell *et al*, 2017).

Finalmente, encontraron que permanecer en situación de calle socavaba la autoestima de las personas, lo que a su vez disminuyó la confianza para acceder a la atención médica y de participar sobre su proceso de salud. Además, la falta de vivienda resultó en una exclusión de los recursos que eran necesarios para lograr un estándar razonable de bienestar, salud y satisfacción de la vida y evitó la autogestión de las personas en situación de calle (Parsell *et al*, 2017).

Los autores concluyeron que la falta de vivienda contribuye directamente a una mala salud y a ser excluidas de los servicios médicos, lo cual, a su vez, favorece perversamente a generar barreras para acceder a una vivienda. Por otro lado, las personas

en situación de calle que lograban acceder al programa conseguían aumentar su autogestión mejorando su salud física y satisfacción de la vida; por lo que, podían satisfacer sus necesidades y a un mejor acceso a los servicios de salud (Parsell *et al*, 2017).

Tal como lo afirman los autores, la vivienda es un determinante social proximal de la salud. No obstante, los enfoques de brindar recursos básicos de higiene, lavandería y duchas a las personas en situación de calle son manifiestamente inadecuados y perpetúan su devaluada posición social (Parsell *et al*, 2017). Por tanto, resulta sugestivo incorporar los resultados de la investigación, debido a que propone una explicación que amalgama el autoestima y empoderamiento como claves para el acceso al derecho de la salud. De igual modo, determina la importancia que involucra poseer una vivienda digna y perpetua para promover la autogestión.

Sin embargo, considero que el acceso a una vivienda digna y permanente, debe ser una política integral que aborde a la persona desde todas sus dimensiones, desde el hecho de reconocer que representa para la persona el comenzar a vivir en una vivienda hasta el cambio que involucra en su cotidiano, por lo tanto, me cuestiono ¿Cómo pueden llegar a afectar las políticas a las personas en situación de calle?

Debido a lo anterior, cabe destacar en marco de la presente investigación la gestión biopolítica¹⁵ sobre las personas en situación de calle. En la investigación cualitativa realizada por Zamudio (2017) se planteó como objetivo analizar la manera en que las políticas dirigidas hacia la situación de calle contribuyen al desarrollo humano integral o transgreden la vida desde la base teórica del desarrollo humano integral y el concepto de necropolítica¹⁶ desde Achille Mbembe contestando la idea de biopoder¹⁷ de Foucault.

Dentro de los resultados del estudio, la autora afirma que las políticas han contribuido al desarrollo humano integral en las personas en situación de calle que utilizan los Centros de Atención, en el cual muchas ocasiones poseen un estilo panóptico. Es decir, posee un aspecto carcelario, una estructura opaca con puertas negras y gruesas; añadiendo la rigidez que pueden tener estos lugares.

¹⁵ Hace referencia a la regulación de la vida a través del cuerpo social, por medio de dispositivos de control como las políticas que son implementadas desde la institucionalidad del Estado (Díaz, Salamanca & Carmona, 2013).

¹⁶ La necropolítica es entendida en palabras sencillas como aquellas políticas diseñadas para dar muerte sin que las vidas acaben, en la cual las vidas de las personas son cosificadas y se utiliza el uso de la fuerza como ley (Chacón & Umaña, 2018).

¹⁷ El biopoder según Choque (2019), es la planificación y la regulación de las poblaciones, consistiendo en el poder sobre la vida de las personas (biología, física, fisiológica), es decir trata de gestionar factores como la natalidad, la mortalidad, la esperanza de vida, conductas sexuales, normas higiénicas y entre otras.

De este modo, Zamudio (2017) amplió afirmando que conforme sea el compromiso de la persona por cambiar, la estructura le recompensará con el traslado a un Centro de Atención con infraestructura diferente a la anterior, contando con espacios verdes, espacios de recreación y para el desarrollo de múltiples actividades.

Por otro lado, se ejerció una violencia estructural contra las personas que no muestran compromiso en el Centro de Atención, por ende, no se ejercieron acciones institucionales o se omiten las mismas, dando como resultado la manifestación de necropolíticas al no garantizar las condiciones óptimas de vida para las personas en situación de calle.

Los hallazgos de la autora son valiosos para la presente investigación debido a que expone las limitaciones que impone la (bio) política sobre las personas en situación de calle y la representación social que puede significar para una persona permanecer en un Centro de Atención con un estilo carcelario y la letra que realiza la sociedad civil. De este modo, sitúa a la persona entre la espada (permanecer en situación de calle) y la pared (ingresar a un Centro de Atención que puede transgredir su desarrollo humano).

No sólo Zamudio (2017) sino también Clifford & Piston (2017) hacen referencia a las implicaciones contraproducentes que resultan de las políticas. De esta forma, los autores expusieron que existe un aumento en las políticas que excluyen y ponen en riesgo a las personas en situación de calle tales como la prohibición de dormir en sitios públicos y mendigar. Por lo tanto, llevaron a cabo un estudio cuantitativo experimental y observacional de dos muestras, en donde los autores colocaron a prueba sus especulaciones teóricas para determinar las causas del apoyo a las políticas de apoyo y exclusión en las personas en situación de calle.

Entre las principales conclusiones, los autores hacen referencia a que el “disgusto” juega un rol importante en el apoyo de las políticas que ponen en riesgo a las personas, sobre todo cuando los medios centran la atención en las enfermedades impactante la sensibilidad de la sociedad civil, generando así la antipatía hacia las personas en situación de calle de las esferas públicas. Sin embargo, pese al deseo de distancia física, no necesariamente provoca que la sociedad civil desee retirar el apoyo a políticas de apoyo como las viviendas subsidiadas (Clifford & Pistón, 2017).

Desde el punto de vista del poder social, el categorizar a una persona en situación de calle como enferma, la condena a ser estratificada en los niveles más bajos de la sociedad; generando sentimientos de disgusto y barreras estructurales que se encuentran admitidas y reproducidas por distintos grupos sociales, pues desde el punto de vista de la

medicina, es peligroso mantener una corta distancia física. Asimismo, intuitivamente podemos dar mayor soporte a la tesis del por qué el consumo de SPA no debe ser visto como una enfermedad, además de los argumentos fisiológicos.

En consonancia con lo anterior, se podría argumentar que la personas en situación de calle que consumen sustancias psicoactivas podrían parecer ominosas para el poder social y mientras más tiempo sus cuerpos irán representando las transgresiones a sus derechos humanos, perpetuando aún más la subalternización y el desplazamiento hacia el “No ser”. Herrero & López (2014) confirman la afirmación anterior en su estudio que buscó conocer las características que diferencian a las personas que recién se encuentran en situación de calle con aquellas que posee un mayor período.

Los autores trabajaron con un total de 86 personas en situación de calle, mediante un estudio cuantitativo con entrevistas estructuradas. Los resultados demostraron que entre los principales problemas de las personas participantes que acarreaban con más de 5 años en esta situación tenían algún tipo de discapacidad, mostraban una peor situación de salud y el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (Cocaína, Heroína, Cannabis y Sedantes) fue mucho más habitual comparado con el grupo que llevaban menos de 12 meses (Herrero & López, 2014).

Por ende, los autores concluyeron que existen diferencias correlacionadas con el tiempo que las personas permanecen en situación de calle. En consecuencia, de lo anterior, recomiendan que los programas de intervención deben responder a tales contrastes en función de dos principales engranajes, los problemas principales y tiempo en la calle (Herrero & López, 2014).

No obstante, discrepo parcialmente de los autores, pues considero que un eje fundamental debe estar centrado en la persona; en otras palabras, brindar una atención individualizada pues cada persona es única y con características que poseen una gran cantidad de matices que la vuelven singular. Por lo tanto, se deben descifrar tales elementos para propiciar que la persona puede aumentar su autogestión y de este modo, que sea ella la protagonista en la búsqueda de sus oportunidades de mejora.

Por lo tanto, no puedo dejar de concordar con Caravaca (2019) en la afirmación de que las acciones deben estar orientadas a promocionar los comportamientos de cuidado y atención de las personas en situación de calle, fundamentadas en aspectos inherentes a los derechos humanos. El autor realizó un estudio cualitativo por medio de historias de vida con el objetivo de analizar la corpografía de la desafiliación social y el estigma de

personas en situación de calle en Brasil, utilizando como referentes teóricos a Goffman (Teoría de Estigma) y a Robert Castel (Teoría de Vulnerabilidad y Desafiliación social).

De esta forma, se corporizaron las historias de 20 personas en situación de calle (15 personas autopercebidos como hombres cisgénero y 5 personas identificadas con el género femenino, 4 cisgénero y 1 mujer trans). Los resultados plasmados concuerdan con Clifford & Piston (2017) y con Herrero & López (2014) pues el autor afirma que los sujetos de estudio pasaron por sucesivas pérdidas que se registraban en sus cuerpos que provocaron una desafiliación de su identidad y colectiva, por lo que la exclusión se daba por parte de la otredad (sociedad) y por si mismos (Caravaca, 2019).

Además, entre los resultados se evidenció que la población pasó a estar en la calle debido a problemas con las sustancias psicoactivas. En el caso específico del crack, Caravaca (2019) menciona que posee un “significado dicotómico”, en otras palabras, representa la vida y a su vez la muerte para las personas en situación de calle. De esta forma, dicho significado propicia una interferencia directa en el cotidiano de las personas consumidoras y con la representación que la sustancia psicoactiva tenga ante la sociedad.

Considerando lo anterior, se comprende el efecto que ejerce sobre las personas estar en situación de calle y el consumo de sustancias psicoactivas, no solo en aspectos fisiológicos sino también en la materialización de la auto – exclusión, el estigma y la desafiliación social que vulnera a la población; y que termina permeando de forma negativa la salud y otros derechos humanos. Sin embargo, considero importante empezar a puntualizar las transgresiones sobre el género femenino.

De este modo, Pérez *et al* (2009) realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de comprender mejor los desafíos en las vidas de las personas en situación de calle en 11 áreas de Dhaka con un muestreo de 448 mujeres y 448 hombres (896 encuestados). Dentro de sus resultados, se evidenció la constante violencia en el cotidiano de las mujeres en situación de calle. Entre los principales tipos que se encontraron fue la violencia física por medio de asaltos y la sexual, desde propuestas acosadoras hasta violaciones sexuales. Los principales protagonistas de dichos fenómenos son sus esposos, parejas, extraños y personal de la ley como policías. Los autores concluyeron en la necesidad de llevar a cabo programas desde la prevención primaria. Por ejemplo, la creación de viviendas de bajo costo, actividades generadoras de ingresos, préstamos para empresas pequeñas y programas de educación y concientización específicos. Por medio de estas, se pretende disminuir los altos porcentajes de violencia que experimentan tanto mujeres como hombres en situación de calle.

Sin embargo, no dejo de pensar en todas las secuelas que los autores exponen sobre la constante violencia y sus implicaciones tanto físicas, emocionales, psicológicas, espirituales y sexuales que forman parte del cotidiano de estar en situación de calle; las cuales, van pasando factura de una u otra manera sobre la autogestión y la salud de las mujeres. No obstante, ¿Por qué se perpetua la violencia en las mujeres que se encuentran en situación de calle?

Para responder a lo anterior, Wesely (2009) expone por medio de un estudio cualitativo mediante entrevistas a profundidad a 20 mujeres que se encontraban en uno de los dos centros para personas en situación de calle. Primeramente, deseo subrayar que las experiencias de violencia sexual hacia las mujeres en situación de calle constituyen un elemento de especial énfasis en la literatura.

De esta forma, Wesely (2009) se planteó el objetivo de examinar las experiencias vividas de un grupo de mujeres en situación de calle, con especial atención a su sexualización desde el enfoque interaccionista simbólico. En el cual, establece un “continuo de la sexualización” por medio de la construcción de los cuerpos de las mujeres y de múltiples niveles, a través de un enfrentamiento con énfasis cultural en su apariencia sexual como parte de la formación de identidad. Dentro de los resultados, se menciona que las mujeres en situación de calle que han sido violentadas sexualmente reflejan experiencias vividas de sexualización infantil que se ven enmarcadas desde la degradación sexual, el abuso que erosiona su autoestima y hasta la victimización sexual. A lo cual, la autora propuso el uso del enfoque interaccionista simbólico como medio para ubicar las experiencias individuales de personas en situación de calle, incluyendo recursos económicos, políticos y culturales inadecuados, así como también el estigma social. De este modo, se contextualiza la identidad dentro de las relaciones de poder dominantes y las estructuras de desigualdad de género (Wesely, 2009).

La idea de ser objetos sexuales por ser mujeres se interioriza, enseñando desde el principio que pueden ser utilizadas y abusadas. Tal como lo refiere Wesely (2009), las experiencias de cada mujer a lo largo del continuo de sexualización se incorporan, en cierta medida y grado, en la construcción de su identidad femenina y en consecuencia en su desempeño.

Según lo anterior, el estudio reveló que la situación de calle en las mujeres, (re) produjo el conocimiento de una identidad femenina, objetivado por una personificación sexualidad que no se puede, ni siquiera por un momento, ser desvalorizada sin sufrir las consecuencias. Además, propuso que se deben desafiar las inequidades estructurales de

género como la educación inadecuada, poco poder de ingresos, trabajo limitado y de redes de apoyo fragmentadas; y las relaciones de poder en una sociedad patriarcal que limitan la supervivencia y salud de las mujeres en situación de calle (Wesely, 2009).

Lo expuesto hasta aquí por la autora, resulta de gran interés en la investigación sobre el fenómeno en estudio. Al igual que Caravaca (2019) y Parsell *et al* (2017), el enfoque interaccionista simbólico apoya la tesis de la corpografías que exponen la desafiliación identitaria y personal de las personas en situación de calle y la pérdida de la autoestima que genera barreras para el empoderamiento de su salud y de comportamientos de autogestión. La auto – exclusión de las mujeres llega a ser representadas en sus cuerpos debido a las experiencias de violencia a lo largo de su historia.

Por lo tanto, llegados a este punto, me surge la pregunta de ¿Cómo estas experiencias de violencia afectan el desarrollo y la orientación moral de las mujeres? Además, alcancé a reflexionar por medio de mi discusión con los anteriores investigadores, que las mujeres en situación de calle deben lidiar de forma cotidiana con numerosas experiencias de violencia desde todas sus representaciones, en especial con las agresiones sexuales.

Es por lo anterior, que coincido con Da Silva & Passarella (2015) quienes realizaron un estudio con el método de la cartografía con el objetivo de traer a la reflexión situaciones de violencia en la vida de mujeres en condición de calle en la ciudad de São Paulo, Brasil.

En el trabajo de campo se interactuó con un aproximado de 100 mujeres en situación de calle y 22 mujeres entrevistadas en albergues. Dentro de los resultados de la investigación se evidenció que la vida de las mujeres se ve permeada por pobreza, experiencias de violencia, trastornos mentales, dependencia de alcohol y otras drogas, falta de amor y rupturas de los vínculos familiares y sociales. Cada mujer reconoce haber experimentado al menos dos de las anteriores situaciones (Da Silva & Passarella, 2015).

Además, las autoras destacan la violencia como un tema transversal en la vida de las mujeres en situación de calle que adquirieron cierta tolerancia a formas no físicas de violencia plasmadas en sus diálogos. Entre los diversos discursos, los resultados mostraron como la vivencia en las calles las dejó expuestas a la violencia y vulnerabilidad; y como el (ab) uso de SPA crearon un ciclo que retroalimenta y degrada progresivamente la situación de vida de la mujer (Da Silva & Passarella, 2015).

De este modo, se apunta a una estrecha relación en el consumo de SPA y la constante de violencia, lo cual afectó directamente en múltiples aspectos en la vida de la

población en estudio. Además, resulta interesante reconocer en la literatura las implicaciones de los discursos sobre los comportamientos de autogestión de las mujeres en situación de calle y la vulnerabilidad en su salud como parte de los comportamientos cotidianos.

Dentro de la literatura, numerosos autores constatan el concepto de la salud en sus estudios, debido a que el mismo atraviesa y permea de forma inherente el fenómeno en estudio. Entre ellos, Rocha *et al* (2016); Da Silva & Passarella (2015); Paloma (2015) y Sánchez & Mendes (2015).

En caso de Rocha *et al* (2016) condujeron un estudio cualitativo, mediante siete entrevistas semiestructuradas a mujeres que asistieron al “Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas” (CAPs AD) con el objetivo de describir vivencias de mujeres que usan drogas en su contexto de vida.

Los autores registraron que el abordaje y manejo de la población se torna más difícil cuando además de la situación de calle, se le agrega el género femenino y el uso de SPA, debido a las marcas sociales, estigmas que reducen a la persona. A lo cual Fournier (2015), expondría como la interseccionalidad que la sociedad genera a partir de ciertas características de la población.

Considero que dicha estratificación en la mujer se encuentra relacionada sobre todo con los modelos socializadores de género en el rol de la mujer. En otras palabras, el discurso draconiano establece que, si la mujer deja a un lado su rol de cuidadora y protectora de la familia para el consumo de SPA y estar en situación de calle, no debe ser considerada como “no persona” y por lo tanto no es merecedora de los derechos humanos como la salud, vivienda, trabajo, educación y entre otros que se ven transgredidos por dichas marcas sociales.

Por otra parte, los autores afirman en la necesidad de conocer específicamente los compartimientos de vida de las mujeres consumidoras de SPA y que viven en situación de calle, en especial aquellas que experimentaron en el contexto familiar y en construcciones sociales que mantienen la vulnerabilidad; debido a una sociedad dominada por los hombres y la relación de poder desigual entre los sexos, agravado por el contexto de situación de calle.

Asimismo, dentro de los resultados señalan la necesidad de desarrollar acciones multiprofesionales de salud, tales como la inserción de la Enfermería en servicios sustitutivos como agentes terapéuticos y ofreciendo un servicio abierto, instrumentalizado, basado en la comunidad y enfocado en el territorio que permiten

alcanzar aspectos de la vida del individuo, considerando aspectos como la construcción de género y el estatus socioeconómico, raza/color y generación.

Tal como se ha discutido, las vivencias de las mujeres en situación de calle se ven impregnadas de inequidad de género y derechos humanos, entre ellos la dificultad de acceso a los servicios de salud y la violencia cotidiana. Un abordaje más profundo sobre este fenómeno fue realizado por Biscotto *et al* (2015) mediante una investigación fenomenológica social realizada con la participación de 10 mujeres asistidas por un albergue con el objetivo de comprender la vivencia de mujeres en situación de calle.

Utilizando como referente teórico la fenomenología social de Alfred Schütz y literatura temática, se evidenció la violencia física y sexual como una de las principales adversidades en el contexto de la calle, utilizando los albergues como un medio para disminuir las experiencias y como espacio para satisfacer sus necesidades básicas como la higiene y alimento.

Sin embargo, ¿Qué sucede cuando la demanda para acceder a los dispositivos es limitada en su mayoría solo para el género masculino? ¿Será que para la sociedad es más conveniente resocializar a los hombres que a las mujeres o solo se basan en estadísticas demográficas? O tal como lo cuestiona Caravaca (2019B), cuando los mismos dispositivos generan barreras estructurales tales como restricciones de libertad, horas estrictas de entrada y salida, prohíben la entrada de mascotas, estar bajo influencia de SPA o su uso dentro de las instalaciones.

Finalmente, develaron el conflicto entre el deseo de salir y permanecer en situación de calle. Las complejidades de las vivencias de las mujeres en situación de calle se ven permeadas por el consumo de SPA, tráfico de drogas y el sexo – servicio, como medios para sobrevivir a la realidad, pero que dilatan la brecha entre ese deseo de salir y la realidad, no obstante, los abordajes de servicios sociales, sectoriales y de personas son capaces de acercar ambos polos.

Todas estas observaciones se relacionan también con estrecha relación entre salud, género y del fenómeno en estudio, por lo tanto ¿Cómo afecta el estigma, la desafiliación social, la violencia y las barreras estructurales en los comportamientos de autogestión de las mujeres y en su salud?

En ese sentido, Rosso & Dos Santos (2017) realizaron una investigación cualitativa, con el objetivo de discutir sobre algunos entrecruzamientos del cuidado en salud de esas mujeres, los cuales se refieren a las relaciones con otras personas en situación de calle, con los servicios de salud y las relaciones de género. Los datos fueron

obtenidos por medio de la observación participante apoyada en las calles de una ciudad del interior de Río Grande del Sur, Brasil y de dos mujeres en situación de calle. Dentro de los resultados de la investigación, se encontraron cómo la salud de las participantes se encontró permeadas por la opresión de género. El modo de ser, de concebir como mujer y del cómo es vista, interfiere directamente en la manera en cómo cuidan su salud. Inclusive, dentro de los diálogos se percibió como las inequidades de género expresadas en las relaciones cotidianas y personales se encontraban en los servicios de salud. Esta investigación concluye que las relaciones de género son transversales en la salud de las mujeres. Desde las relaciones interpersonales hasta las institucionales de los servicios de salud, se ven impregnadas por la inequidad de género, la cual afecta y se producen en la interacción entre las mujeres en situación de calle y las demás personas de ese medio, así como los servicios y políticas creados para su atención; desencadenando una dificultad a la hora de tratar de ejecutar sus cuidados en salud.

Los resultados de la investigación motivan a cuestionar ¿En qué medida los servicios de salud son reproductores del estigma y promocionan la exclusión de las mujeres en situación de calle? Por lo tanto, es importante recalcar que los profesionales y colaboradores que formen parte del equipo intersectorial en atención de la población deben deconstruir de forma consciente aquellas ideas opresoras sobre el género que se camuflan en el subconsciente y reproducimos en nuestras acciones y discursos.

Hecho esta salvedad, resulta indispensable continuar analizando la representación social de las mujeres en situación de calle, con el fin de comprender la configuración realizada por el contexto social a términos tales como la ciudadanía, el estigma, la invisibilización y la exclusión.

De esta forma, Silva *et al* (2011) efectuaron una investigación cualitativa desde una perspectiva hermenéutica, por medio de ejercicios de observación, historias de vida y entrevistas semi – estructuradas, con el objetivo de analizar las representaciones sociales de ciudadanía que se configuran en torno a su situación, aplicando trece relatos de vida de mujeres en situación de calle en dos ciudades de Colombia (Bogotá y Bucaramanga). Los resultados de la investigación demostraron que las interacciones de las mujeres en situación de calle son escasas, por el contrario, asumieron una postura más individual ante la búsqueda de recursos para sobrevivir; destacando que los roles y tareas de la vida diaria son definitivamente diferentes para unos y para otros. Además, señaló que ellas han establecido una interacción con instituciones en algún momento de su experiencia. Los autores concluyeron que el concepto de ciudadanía se encontraba permeado por el

desempeño cotidiano de las actividades, roles y desafíos que se asumían de forma diaria. Agregaron la necesidad de reconocer la complejidad del fenómeno, así como una modificación sustantiva de la estructura socioeconómica vigente en el país.

Asimismo, Silva *et al* (2011) establecieron que los espacios de participación y socialización, permite, a las mujeres en situación de calle, resignificar su vida, con la capacidad de asumir retos y compromisos personales y sociales, asumiéndose como sujetos de derechos.

De lo anterior, resulta indispensable recalcar las ideas del concepto de ciudadanía sobre las mujeres en situación de calle y las intervenciones inclusivas que proponen los autores. Primeramente, la develación de como las mujeres en situación de calle pueden llegar a perder su identidad como ciudadanas debido a las actividades de su cotidiano. El discurso capitalista establece que al “no ser sujetos productivos para la sociedad” no tienen capacidad de ser reconocidas como ciudadanas y, por lo tanto, no tiene los mismos derechos.

Por otra parte, sobre las intervenciones inclusivas que establezcan espacios de participación para la población en situación de calle, concuerda con las tesis planteadas por otros estudios tales como Dias *et al* (2014), Tizoc *et al* (2017) y Moraes (2011) los cuales, sugirieron la utilización de programas de intervención y estrategias con visiones basadas en la participación activa de las mujeres en situación de calle y con perspectiva de género, con el fin de garantizar los derechos de las mujeres en situación de calle y adecuar las mismas a sus necesidades específicas.

En el caso de Dias *et al* (2014) expuso que los comportamientos de consumo de crack son diferentes entre ambos géneros. En su estudio exploratorio – descriptivo, pretendieron caracterizar las condiciones sociodemográficas y los patrones de consumo de 16 mujeres usuarias de crack en la ciudad de Pelotas, Brasil, por medio de una entrevista semi – estructurada. Los resultados del estudio mostraron un alto nivel de efectividad en la influencia de las relaciones de género en los comportamientos experimentados por las mujeres usuarias de crack; así como de las estrategias de reducción de daño usadas para alivianar los efectos negativos del uso del crack, los cuales merecen especial cuidado de la salud. Los autores concluyeron que las estrategias deben estar dirigidas no únicamente al uso abusivo de crack. Sino también a factores que pueden poner en riesgo la calidad de vida y tratar a las personas de forma singular debido a las diferencias individuales que presentan las mujeres.

Los hallazgos de la investigación son muy valiosos para la presente investigación, debido al planteamiento sobre las estrategias de reducción de daño que realiza las autoras proporcionó un soporte teórico – conceptual del abordaje con perspectiva de género y del Modelo de Reducción del Daño, lo que supondría a una mejora en los comportamientos de autogestión y la calidad de vida de las mujeres usuarias de SPA en situación de calle.

De acuerdo con lo anterior, es trascendental abordar el tema entorno a la visión de reducción de daños, con el fin de valorar los estudios que exponen la importancia del modelo para las poblaciones usuarias de sustancias psicoactivas, así como la estrategias e intervenciones dirigidas a disminuir las consecuencias adversas que radican de su consumo.

De forma aproximada, Sánchez & Mendes (2015) realizaron un estudio cualitativo utilizando 29 entrevistas en profundidad (15 mujeres y 14 hombres) en Buenos Aires, cuyo objetivo fue problematizar las nociones de riesgos y autocontrol desde la perspectiva del consumo de SPA. Los resultados expusieron el ejercicio de autoconocimiento como una orientación a un proceso de aprendizaje práctico y reflexivo, el cual parece contraponerse a la compulsión asociada al uso de SPA. De este modo, Sánchez & Mendes (2015) reflexionaron que el problema no es la sustancia, sino la interacción de esta con un conjunto de elementos que desencadenan situaciones problemáticas y conlleva a una afectación de la autogestión. Por ende, entre las principales conclusiones realizadas, se constata la necesidad de implementar prácticas de reducción de daños, las cuales requieren de autoconocimiento y autocontrol. De este modo, la investigación permite dejar de lado la naturalización de la escisión entre el uso de SPA y comportamientos de autogestión. Además, realiza una breve mención sobre el aumento progresivo de comportamientos de riesgo por parte de las mujeres, lo cual conlleva una reconfiguración de las relaciones de género.

Por otra parte, en un estudio sistemático realizado por Paloma (2015) se propuso “analizar las intersecciones de las posiciones liminares del consumo de SPA con el paradigma de la reducción de daños”. De sus conclusiones, cabe destacar el discurso sobre la gestión biopolítica realizada del “problema de la droga” que condenan a la población usuaria de SPA por las políticas prohibicionistas. De igual modo, la autora señaló la ineficacia de dichas políticas y propuso reforzar la implementación de estrategias de promoción de la salud, prevención del consumo de SPA y la reducción de daños. Algunas de las medidas propuestas son: promover los programas de educación para la salud en escuelas, las campañas de consumo responsable en jóvenes, optimizar el acceso a

tratamientos sustitutivos disponibles, así como incentivar la investigación para diversificar las opciones terapéuticas existentes, como la heroína oral o la cocaína bajo prescripción médica y ampliar la dotación de unidades móviles de venopunción en los escenarios urbanos de consumo (Paloma, 2015). Finalmente, Paloma (2015) termina añadiendo que los dispositivos asistenciales deben estar dotados de equipos multidisciplinarios, así como revocar las leyes draconianas que perpetúan la vulnerabilidad de los derechos de las personas relacionadas con el consumo de SPA.

De esta forma, se puede inferir que las propuestas van dirigidas a promocionar el cuidado de las personas consumidoras de SPA por medio de la reducción de los daños asociados al consumo de estas y, por ende, la Enfermería, cuyo objeto de estudio se centra en el cuidado de las personas, debe formar parte del equipo multidisciplinario de los dispositivos. Asimismo, ser protagonista en materia de promoción de la salud y de la autogestión en los usuarios con consumos riesgosos, peligrosos y perjudiciales.

Debido a lo anterior, no puedo dejar de concordar con lo expuesto por Tizoc, Rivera, Rieke y Cruz (2017) los cuales, efectuaron una investigación con el objetivo de documentar las bases del modelo de reducción de daños y el impacto en el panorama epidemiológico actual en el uso y abuso de sustancias.

Dentro de los resultados encontrados, se evidencia numerosas estrategias de reducción de daños por distintos países. Tales como las salas de consumo de drogas y uso de los kits de Naloxona y sitios de inyección segura (Canadá), la terapia asistida con medicación (Estados Unidos) y agencias de cuidado por parte de Enfermeras (Francia). Por otro lado, existen países que poseen políticas ambiguas, en donde destinan fondos, pero la prescripción de metadona o Buprenorfina está prohibida (Tizoc *et al*, 2017).

Los autores señalaron que el quehacer de Enfermería en torno al consumo de SPA es amplio y se encuentra en constante crecimiento. Como el ejemplo de Francia, en donde las Enfermeras hacen la utilización de la reducción de daños para proponer una agencia de cuidado para tratar el fenómeno, reforzando el cuidado de las personas que utilizan SPA mediante su cultura y el balance de la realidad (Tizoc *et al*, 2017).

Asimismo, por medio de la revisión sistemática de literatura, el estudio concluyó que el personal de Enfermería es quien realiza frecuentemente el primer acercamiento, en donde funge como eje que articula un trabajo multidisciplinario y siendo factible la ejecución de actividades como la comunicación entre pares, provisión de servicios que mejoren la seguridad de los consumidores, apoyo en el tratamiento médico de sustitución para la dependencia de opiáceos y grupos de ayuda.

De este modo, la literatura internacional relativa a los temas a desarrollar en la presente investigación, se puede realizar un análisis de la necesidad de continuar con los estudios sobre el fenómeno del *sinhogarismo* desde la perspectiva de género tomando en consideración el cotidiano de las mujeres, plasmadas por la violencia física, sexual y estructural, como temas transversales en dicha población.

A lo cual, se añaden estudios tales como Sánchez & Mendes (2015), Tizoc *et al* (2017), Dias *et al* (2014) y Zamudio (2017) que sugieren la utilización de estrategias de reducción de daño para abordar el fenómeno del consumo y se infiere en el discurso la implementación de comportamientos de autogestión antes, durante y posterior al uso de las SPA.

En resumen, las investigaciones a nivel internacional enmarcan el riesgo para las mujeres que se encuentran en situación de calle. Principalmente la salud puede llegar a verse limitada sobre todo por biopolíticas ominosas y necropolíticas draconianas que limitan el acceso a los derechos humanos como la salud, vivienda y trabajo, así como un aumento a experiencias cargadas de violencia y pérdida de su cuerpo e identidad.

Además, se resalta la importancia que las personas profesionales en salud del primer nivel utilicen un abordaje de la Autogestión en las personas en situación de calle haciendo uso de la reducción del riesgo, habilidades sociales y entrevistas motivacionales, sino antes despojarse de todos los prejuicios y estereotipos hacia la población.

No obstante, resulta importante destacar la necesidad de profundizar de forma específica en los comportamientos de autogestión de las mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas, así como deslumbrar su percepción de riesgo en la salud derivado de los mismos.

Asimismo, se extrae la necesidad de abordar desde el quehacer de la Enfermería, un estudio sobre tales comportamientos. Por ende, en el caso de la presente investigación, se prioriza la identificación y análisis de los comportamientos de autogestión de las mujeres en situación de calle con consumo de SPA con el fin de proporcionar información para el futuro desarrollo de políticas basadas en evidencia.

En consecuencia, y por las razones expuestas anteriormente, se destaca la importancia de analizar los comportamientos de autogestión realizadas por las mujeres consumidoras de SPA bajo en enfoque del modelo de reducción del daño, no obstante, no queda más que cuestionarnos ¿Qué se ha discutido sobre los temas referentes a desarrollar por la presente investigación a nivel nacional?

Antecedentes Nacionales

Inicialmente, cabe destacar que, a nivel nacional, en la búsqueda de información relativa a los comportamientos de autogestión, los resultados fueron limitados ya que no existen investigaciones nacionales referentes al objeto de estudio y que se utilice la teoría de Lorig & Holman.

Con relación a las aproximaciones realizadas sobre las personas en situación de calle, se encuentran investigaciones hermenéuticas, tal como Rojas (2006), quien realiza una revisión de literatura, con el fin de contribuir a la comprensión de la situación de calle centrándose en nociones conceptuales y explicativas del fenómeno, específicamente en el cantón central de San José.

De este modo, la autora aludió al trabajo conjunto en la elaboración de estrategias que respondan a las necesidades de las personas en situación de calle, permitiendo articular la defensa, exigencia y promoción de los derechos humanos, tomando en consideración el estigma del colectivo social.

Además, en su estudio afirmó que la exclusión social es la raíz del fenómeno. La cual, avasalla a la población en pauperización llevándola consigo al desarraigo, así como a la frustración subjetiva, en donde las personas tienden a buscar mecanismos para eludir la realidad, siendo el consumo de SPA, la puerta abierta para lograr su objetivo, lo cual a su vez agrava la exclusión social, formando un círculo vicioso entre la exclusión y el uso de SPA (Rojas, 2006).

No obstante, considero descontextualizada la afirmación realizada por Rojas (2006) sobre la raíz del fenómeno. En donde hoy en día existen variadas causas y raíces, que van desde las dinámicas familiares, agentes de socialización y múltiples factores biopsicosociales en las personas que deben ser vistos de forma holística.

Por otra parte, la trabajadora social Brenes (2015) realizó una práctica dirigida ante las manifestaciones de personas en situación de calle en el cantón central de Cartago, en la cual plantea la existencia de una relación estrecha entre los conceptos de pobreza extrema, exclusión, vulnerabilización y desigualdad extrema.

Su práctica dirigida presentó como objetivo la participación en los procesos y acciones de trabajo que se ejecutan desde la Oficina de Equidad de Género y Desarrollo Social de la Municipalidad de Cartago. Específicamente con la temática de las personas en situación de calle que proporcionaron el fortalecimiento de capacidades personales y profesionales a nivel teórico – metodológico y técnico – operativas.

En dicha práctica, la situación de calle presenta un amplio espectro de manifestaciones. Entre ellas, cabe resaltar la afirmación por Brenes (2015) en donde explica que el fenómeno puede presentar múltiples condiciones sociales que complejizan la intervención, como, por ejemplo, problemas en la salud mental y emocionales, el temor a la resocialización y en caso de la presente investigación, el consumo de SPA lícitas o ilícitas y la construcción social de género.

Además, destacan la desatención Estatal y la exclusión de programas, proyectos y acciones de las políticas públicas por parte de las ONG, por medio de vacíos en políticas sociales dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas en situación de calle, en donde las respuestas suelen ser coyunturales y empíricas, centradas en la atención asistencialista y de corte religioso de las necesidades más inmediatas de la población como el vestido, la alimentación y atención médica.

Por lo tanto, se analiza los resultados y conclusiones de la práctica, manifiestan que el país no escapa de las gestiones necropolíticas, involucradas en la exclusión sistemática de los programas, leyes, proyectos y decisiones de las políticas públicas, sobre todo aquellas relacionadas con las figuras pertenecientes al sistema judicial.

No obstante, en la actualidad ya existen amplias estrategias y políticas en Costa Rica que se encuentran en vigencia; tales como la “Política del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica (2012 – 2022)”, la “Política Nacional para la Atención Integral para Personas en Situación de Abandono y en Situación de Calle (2016 – 2026)” y el “Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de las drogas en Costa Rica” (2017).

Cabe señalar que, Costa Rica posee la “Política nacional para la atención integral para personas en situación de abandono y en situación de calle” del Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión, la cual plantea como objetivo el devolver la dignidad humana y el cumplimiento de los derechos humanos de todas las personas que se encuentran en situación de calle y en abandono. Esta política hace mención del registro de 1176 personas en situación de calle registradas mediante la aplicación de la Ficha de Información Social a personas Institucionalizadas (FISI) realizadas por el SIPO (Sistema de Información de Población Objetivo) del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) en el 2019.

Señala que, del total de la población, la alta presencia de personas en situación de calle se sitúa en la capital del país y que el 14% de la población pertenece al sexo biológico

femenino. Por otro lado, se añade el registro de 3733 personas en situación de calle que son atendidas por organizaciones de sociedad civil a nivel nacional. Por lo tanto, las cifras rondan alrededor de 5105 de personas bajo el mismo fenómeno, existiendo la posibilidad de duplicidad de personas, lo que dificulta brindar un dato exacto de la proporción de la población.

La política indica que el principal problema de las personas en situación de calle es el acceso limitado de sus derechos y a la satisfacción de sus necesidades, llevando consigo efectos tales como el deterioro de la calidad de vida de las personas, aumento de la población, desarraigo familiar y comunitario, inseguridad ciudadana, privación de libertad y contaminación, situaciones todas de interés de salud pública.

De igual forma, Campos *et al* (2015) presentan un estudio con el propósito de analizar las experiencias de vida de las personas en situación de calle que consumen drogas legales e ilegales y que utilizan los servicios del Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. El estudio cualitativo logró caracterizar a 30 personas en situación de calle con consumo de SPAs, obteniendo como resultado destacable el círculo vicioso de la exclusión social ligada a la pobreza, el desempleo y la drogodependencia, así como encontrarse en situación de calle. Por ende, la persona encuentra como única salida el dejar el consumo de drogas, afectando gravemente su salud (Campos *et al*, 2015).

En la investigación se destacó las consecuencias físicas del consumo de drogas, en donde se encuentran principalmente la ansiedad relacionada con la dependencia física y el síndrome de abstinencia. Sin embargo, debemos analizar las implicaciones que presenta el fenómeno en las mujeres en situación de calle en Costa Rica.

En ese sentido, Granados & Ramírez (2013) presentan un estudio cualitativo de corte fenomenológico con el objetivo de analizar las condiciones y experiencias de vida que viven las mujeres gestantes en situación de calle del casco metropolitano. Se realizaron cuatro entrevistas a profundidad a mujeres adultas gestantes en situación de calle.

Dentro de los resultados, se destaca que las condiciones diarias que las mujeres gestantes en situación de calle están determinadas por los denominadores comunes de la situación: consumo de SPA (alcohol), sexo – servicio, violencia física, sexual y psicológica; y la delincuencia. Siendo experiencias que ponen en riesgo la vida tanto de la madre como del feto.

Las autoras hicieron mención del objeto del sexo/servicio en las mujeres en situación de calle. Dichos comportamientos suponen un riesgo para ellas, debido a la probabilidad de ser contagiadas de alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS) y a la posibilidad de quedar embarazadas. Siendo un escenario esencial de analizar en la presente investigación debido a los comportamientos de autogestión durante la sexualidad, así como en el proceso de la gestación.

Por otra parte, a nivel nacional, no se encuentra producción científica relacionada sobre el MRD en mujeres en situación de calle debido a que el mismo entro a regir en el país a partir de enero del 2017; por lo que es una estrategia muy novedosa en Costa Rica.

El surgimiento del “Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de las drogas en Costa Rica” fue preparado por la Subcomisión del Modelo de Reducción de Daños, la cual comenzó a regir a partir del 2017, por lo que, no se han registrado datos de los resultados que se han obtenido por su poco tiempo de legitimidad.

El objetivo del modelo es implementar estrategias de abordaje a personas consumidoras de drogas, que responda a las necesidades y realidades de los grupos poblacionales, con el fin de disminuir el riesgo y las consecuencias adversas asociadas al consumo de SPA, mediante el fortalecimiento y nuevos enfoques de atención.

Cabe señalar que una de las poblaciones metas son las personas consumidoras de SPA y las personas en alta vulnerabilidad como las personas en situación de calle y personas LGTBI, trabajadoras del sexo, personas con discapacidad y entre otras; estando de forma implícita el abordaje desde la perspectiva de género. Lo cual, reafirma y justifica la realización de investigaciones relacionada con las mujeres en situación de calle con consumo de SPA y el MRD.

Una de las investigaciones que se aproximan al fenómeno desde el aporte teórico del MRD en mujeres en situación de calle, es realizado por Lara & Rodríguez (2017) con el objetivo de analizar las percepciones de las mujeres en situación de calle, que asisten a los servicios del Centro Dormitorio y Atención Primaria para Habitantes de Calle, sobre su cotidianidad, con el fin de visibilizar la negación de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC).

La investigación de carácter exploratorio - descriptivo realizada entre siete mujeres que asisten al dispositivo, utilizando la técnica de entrevista a semi – estructurada. Se destaca dentro de sus resultados la evidencia de una mayor vulnerabilidad y posición de desventaja de las mujeres en situación de calle con respecto a los hombres, debido al sistema patriarcal que oprime de forma incesante la cotidianidad de las mujeres

(Lara & Rodríguez, 2017). Según las autoras, dicha opresión se manifiesta por medio de la violación de derechos, tales como la inequidad al acceso al trabajo, inaccesibilidad a la participación, a la vivienda, seguridad social, salud integral, educación y maternidad; en violencia sexual, física y estructural; y en la discriminación cargada de estereotipos.

La negación de los derechos de las mujeres en situación de calle afecta de forma constante su diario vivir. Siendo las distintas manifestaciones de violencia por parte de la estructura, (ex) parejas y/o familias y la exclusión social los detonantes que entretejen las historias de vida de las mujeres entrevistadas. A nivel de la sociedad, han sido invisibilizadas (Lara & Rodríguez, 2017).

Además, las autoras afirman que en algunas ocasiones el consumo de las SPAs funciona como válvula de escape ante la realidad que deben enfrentar, prevaleciendo como una de las necesidades prioritarias, subordinando en algunos casos necesidades básicas como la alimentación, limpieza personal, ropa y entre otras; y existiendo la posibilidad de una relación interdependiente entre el sexo – servicio y la adicción a drogas (Lara & Rodríguez, 2017).

De este modo, las autoras mencionan la utilización del MRD como estrategia para garantizar los derechos de las personas en situación de calle con el fin de fomentar estilos de vida saludables, por medio de estrategias tales como las del ingreso de las personas al Centro Dormitorio desde las 4:00 p.m. o las 7:00 p.m., aprovechando horas de sobriedad en las personas consumidoras de SPA y con el aporte de charlas, talleres y espacios recreacionales (Lara & Rodríguez, 2017).

Se resalta que las necesidades de las mujeres trascienden a las manifestaciones que realizan los hombres, tanto lo enmarcado por lo biológico como por la construcción social de género. Dentro de las manifestaciones, se expresa la necesidad de herramientas para la superación siendo el apoyo social, familiar e institucional (Lara & Rodríguez, 2017).

En el caso de las mujeres en situación de calle con consumo de SPA, se ve necesario en que aumenten su convencimiento personal, para que sean ellas mismas quienes analicen la importancia de generar cambios que le sean beneficiosos, en conjunto con el acompañamiento y acciones de intervención profesional (Lara & Rodríguez, 2017).

Igualmente, Amador & Cortes (2016) apoyan lo expuesto por Lara & Rodríguez (2017) con respecto a la implementación del MRD. Los autores realizan una publicación con el fin de buscar una aproximación general sobre el abordaje actual del tema de SPA y la salud pública en el contexto de Costa Rica. El estudio planteó la importancia de

garantizar la aplicación del enfoque de reducción de daño en las políticas de drogas en Costa Rica.

Dicha afirmación se fundamenta en el hecho que las estrategias no solo se basan en mejorar la salud de las personas que usan drogas, sino también en promover los derechos humanos de la población en general al reducir la criminalidad y la violencia asociada.

Por lo tanto, dichas estrategias de reducción de la demanda, prevención, la intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, reducción de daño y la reinserción social, debe tener como base el enfoque de género y respeto por los Derechos Humanos, dirigido a toda la población, pero con especial énfasis a la población con mayor vulnerabilidad como lo son las mujeres en situación de calle (Amador & Cortes, 2016).

En resumen, a nivel nacional se detalla como la exclusión social, la pobreza extrema, la vulnerabilización y inequidad, son alguno de los factores asociados al consumo de SPA en las personas en situación de calle. Además, se detalla cómo el país no ha logrado eludir las [necro y bio] políticas derivadas del desinterés Estatal en el pasado de atestar los vacíos pragmáticos en las políticas públicas.

Sin embargo, en la actualidad dicho situación ha ido mermando gracias a la promulgación de políticas públicas dirigida hacia la población, la cuales buscan promover los derechos humanos y reducir la violencia asociada, por ejemplo, el “Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de las drogas en Costa Rica (2017)”. En relación con dicho modelo, debido a su novedad, existe poca referencia nacional que realice un abordaje específico hacia las mujeres en situación de calle.

Además, los resultados ligados con los comportamientos de autogestión son verdaderamente limitados, sobre todo aquellos relacionados con el referente teórico utilizado de Lorig & Holman. Asimismo, se resalta el vacío en detalle de las implicaciones del consumo de SPA en mujeres en situación de calle en Costa Rica, las cuales, tampoco escapan de la negación de sus derechos, los riesgos a su salud y a la violencia.

De esta forma, al analizar los antecedentes nacionales, cabe señalar la importancia que apuntan las investigaciones científicas para continuar fortaleciendo políticas públicas para promover los derechos humanos de las personas en situaciones vulnerables, así como el abordaje de reducción de daños en el consumo de SPA.

La literatura científica sobre las mujeres en situación de calle está tomando mayor interés en el país; principalmente, sobre el abordaje de reducción de daño en la población.

Por lo que se valida una gran importancia para una investigación que permita analizar las estrategias de las mujeres consumidoras de SPA en situación de calle desde el abordaje de la reducción de daño, pero sobre todo desde la autogestión de la salud.

Capítulo III. Referencial teórico

*“Los nadies: los hijos de nadie, los dueños de nada.
Los nadies: los ningunos, los ninguneados, corriendo la liebre, muriendo la vida,
jodidos, rejodidos:
Que no son, aunque sean.”
(Galeano, 1989, p.52).*

En la presente sección, se explora de forma detallada las referencias teóricas de la presente investigación examinando el Marco Político del Modelo de Reducción de Daños, sus principios y los elementos básicos para su implementación en Costa Rica. Así mismo, se analizará la teoría de la Educación para la Autogestión de Lorig y Holman. Consecuentemente, se realizará un acercamiento de la relación teórica entre ambos modelos.

A) Referencial Teórico - Político: Modelo de Reducción de Daños (MRD)

El MRD no posee un concepto único, básicamente hace referencia a un conjunto de políticas, programas, intervenciones y estrategias, destinados a minimizar las consecuencias adversas sobre la salud, sociales y económicas que radican en el consumo de SPA, sin necesariamente reducir su consumo individual, ya sean legales o ilegales. Con este fin, busca diferenciar las repercusiones en la salud de las personas y sus relaciones comunitarias para mejorar su calidad de vida, sobre todo en aquellos con situaciones vulnerables (ICD *et al*, 2017; Bosque & Brugal, 2016; Carvalho & Dimenstein, 2017).

El MRD para el abordaje del fenómeno de las drogas en Costa Rica se oficializa en el 2017 y fue preparado por distintos representantes institucionales: ICD, IAFA, IMAS, Municipalidad de San José, COMAI, Ministerio de Salud, CCSS y el ACEID. Lo anterior, ante un contexto que exigía de forma urgente un abordaje del fenómeno de las drogas fundamentado en los Derechos Humanos, con base a evidencia científica y un cuidado centrado en las personas (ICD *et al*, 2017).

Con respecto a lo anterior, Bosque y Brugal (2016) afirman que las estrategias de reducción de daños se oponen al control y la prevención del consumo de SPA que se ven mediados por perjuicios infligidos hacia las personas consumidoras de SPA. Por lo que puedo declarar que el MRD promueve intervenciones basadas en el respeto y poseen como eje transversal los derechos humanos fundamentales, lo cual es de suma importancia en la población de estudio.

Existe la evidencia que las medidas incorporadas por el Sistema Nacional de Tratamiento no han sido suficientes, sobre todo cuando se discute la atención para personas en situaciones de vulnerabilidad (ICD *et al*, 2017). Por lo anterior, concuerdo con lo expuesto por Amador y Cortés (2017) cuando hacen referencia al déficit y contradicciones que caracterizan las políticas de drogas a nivel mundial en la garantía de los derechos humanos fundamentales.

No obstante, los autores mencionan que Costa Rica se encuentra a la vanguardia para fortalecer las políticas para la prevención y atención del consumo de drogas, aun así, hace falta la incorporación de medidas de reducción de daños en los servicios sociales y sanitarios con el fin de quebrantar el viejo paradigma de la enfermedad de la adicción, la cual perpetua el estigma y la violación de derechos humanos de las personas usuarias de SPA (Amador & Cortés, 2017).

El Modelo de Reducción de Daños de Costa Rica posee como objetivo implementar estrategias para el abordaje de personas consumidoras de SPA, las cuales deben responder a las necesidades y realidad de los grupos poblacionales (ICD *et al*, 2017). Por ende, en la presente investigación, se debe colocar la mirada en base a las mujeres consumidoras de SPA en situación de calle con el propósito de conocer las realidades que permean su cotidianidad y partir de ello establecer el camino a seguir.

Retomando dicho objetivo, se busca reducir los riesgos y las consecuencias adversas asociadas a las mujeres en situación de calle con consumo de SPA, mediante el fortalecimiento y nuevos enfoques de atención. Entre los servicios que se han argumentado estar a favor se encuentran la intervención por sobredosis, la promoción de reformas a la política, la reducción de la estigmatización, reducción de la violencia, los servicios jurídicos, las salas de consumo de SPA y el desarrollo alternativo (Internacional Drug Policy Consortium [IDPC], 2019; ICD *et al*, 2017).

Además, el MDR reconoce que, a pesar de los riesgos que supone los comportamientos de consumo de SPA, las mismas proveen a las personas beneficios que deben tomarse en cuenta según el contexto en el cual se desarrolla la personas. Tal como se observó anteriormente, y como apoya Núñez, para muchas mujeres en situación de calle, el consumo de SPA se convierte en una puerta de salida para un cotidiano permeado de estrés, violencia y exclusión (Núñez, 2013; ICD *et al*, 2017).

Cabe destacar que la reducción de daños no se limita únicamente a daños directos del consumo de SPA. El MRD también alude a lo que respecta a la violencia, al mercado ilícito, la corrupción o al deterioro ambiental y entre otras que puedan representar un daño

para las personas y a la comunidad. Por lo tanto, varios autores tales como ICD *et al* (2017), Bosque & Brugal (2016) y IDPC (2019) concuerdan en que es una estrategia con un compromiso basado en la salud colectiva, los cuidados centrados en la persona y los Derechos Humanos (ICD *et al*, 2017).

De este modo, se amplía la definición del MDR considerando toda gestión individual y colectiva, sanitaria, económica, política o social destinada a disminuir los riesgos asociados a los comportamientos de consumo de SPA, prácticas sexuales peligrosas, la violencia y condiciones jurídicas y culturales (ICD *et al*, 2017). Por lo tanto, se puede considerar al MRD como una estructura política integral e integrada con el fin de promover comportamientos de autogestión¹⁸ en salud de las personas y la sociedad.

Por otra parte, se reconoce que las personas consumidoras no acceden a los tratamientos ofrecidos por el Sistema Nacional de Tratamiento tales como la abstinencia (ICD *et al*, 2017). El MRD responde a la necesidad de proveer opciones que permitan comportamientos en autogestión al usar las SPA y de este modo evitar los daños asociados a su consumo, resaltando que no existe definición universal o fórmula de implementación de reducción de daños.

Lo anterior, se constata debido a que las personas consumidoras de SPA son los agentes principales para reducir los daños, reflejado en su contexto; por lo que el objetivo es concientizarlas e instrumentalizarlas en sus comportamientos en autogestión sobre el uso de estas y que se conviertan en agentes multiplicadores al compartir la información recibida, formando una red de apoyo entre ellas (Harm Reduction Internacional, 2019; ICD *et al*, 2017).

Por lo tanto, el MDR se basa en un conjunto de principios básicos para el abordaje de las personas con consumo de SPA. Primeramente, se centra en la persona y no se distrae con la sustancia. Segundo, toma en consideración la perspectiva interseccional, es decir las características y factores que pueden agravar la situación de las personas usuarias como la edad, encarcelamiento y/o en nuestro caso el género (Pons, 2008; Velásquez, Friman & González, 2016; IDPC, 2016; ICD *et al*, 2017).

Sumado a lo anterior, el reconocimiento más allá del consumo bajo el enfoque de salud es otro de los principios del MRD. Entre ellos, las realidades y inequidades que

¹⁸ “... sumatoria de las intervenciones terapéuticas, que a manera de “continuum”, dan cabida a todo el espectro de servicios (establecimientos, programas), que están disponibles para la población de usuarios en un momento dado, de acuerdo con sus necesidades, así como el conjunto de todos aquellos servicios que se ofrecen sucesivamente a lo largo de la evolución del trastorno, dentro del proceso de recuperación de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas”.

afectan la vulnerabilidad y capacidad de las personas en sus comportamientos de consumo de SPA, así como también el riesgo potencial o protector que representa el contexto socioeconómico, cultura, vivienda, educación, geografía, familiar, ley y políticas y enfermedades de salud mental (Pons, 2008; Velásquez, Friman & González, 2016; ICD *et al*, 2017).

Además, el MRD supone el derecho de las personas a vivir en comunidades seguras, saludables y libres de los impactos dañinos derivados del consumo de SPA mediante el desarrollo social. Por lo que, la RD considera dentro de su teoría la gran importancia que tiene la salud pública para el cumplimiento de sus objetivos (HRI, 2019; Velásquez, Friman & González, 2016; ICD *et al*, 2017).

No obstante, cabe señalar que el MRD se basa en la evidencia científica para la ejecución de actividades pragmáticas, factibles, seguras y que sean costo-efectivas para alcanzar un impacto en la salud de las personas y a la comunidad, así mismo debe ser desarrollada bajo argumentos críticos y basados en evidencia para demostrar transparencia y responsabilidad en las políticas, programas o intervenciones (HRI, 2019; IDCP, 2016; ICD *et al*, 2017).

Adicionalmente, se valora cualquier cambio positivo que haya realizado la persona para la reducción de daños. Se parte del presupuesto de centrar a la persona bajo toda estrategia siendo esta la que (re) configura las estrategias de intervención bajo sus necesidades y los objetivos organizados jerárquicamente desde los más factibles y prioritarios hasta los menos factibles pero deseables (IDPC, 2016; ICD *et al*, 2017).

Por lo tanto, se realiza un abordaje de lo global a lo local, comprendiendo el conjunto de realidades que enmarcan cada comunidad en la que se interviene, con su religión, cultura, políticas, leyes y reglamentos. Partiendo el principio de la implicación de las comunidades y familias afectadas en el fenómeno como una voz real y de esta forma consolidar una red de apoyo a diferentes niveles (HRI, 2019; ICD *et al*, 2017).

Conjuntamente, el MRD se basa en la dignidad y respeto, así como en la universalidad e interdependencia de los derechos humanos. Se acepta a todas las personas consumidoras de SPA, familias y comunidades evitando realizar juicios de valor y entendiendo el principio inherente de los derechos universales de salud, servicios sociales, trabajo, beneficio del progreso científico, libertad y a tratos con respeto (HRI, 2019; IDPC, 2016; Pons, 2008; ICD *et al*, 2017).

Bajo el principio de la cooperación y participación con distintas organizaciones se busca el desarrollo de políticas y la implementación y evaluación de programas. Las

instituciones gubernamentales, la académica, ONGs¹⁹, miembros de la comunidad, la familia, así como servicios sociales y de salud y entre otros, conforman las posibles alianzas con las cuales el modelo puede establecer relaciones (HRI, 2019; IDPC, 2016; ICD *et al*, 2017).

Por último, el modelo desafía las políticas y prácticas que maximizan los daños y propone utilizar las oportunidades de innovación y experimentación para informar, educar y comunicar, mediante múltiples plataformas y formatos disponibles (HRI, 2019; Velásquez, Friman & González, 2016; IDPC, 2016; ICD *et al*, 2017).

Los anteriores principios son fundamentales para la investigación, debido a que permite identificar los factores y características de vital importancia al momento de analizar en las historias de vida de las mujeres consumidoras de SPA en situación de calle y como estas han influido en sus comportamientos de consumo.

Por otro lado, el MRD establece un conjunto de elementos esenciales para el funcionamiento de este, los cuales deben ser ajustados a sus poblaciones, realidades, leyes y políticas existentes. Es decir, en el caso actual, el modelo debe ser ajustado hacia las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA. Entre las más importantes para el estudio se encuentran:

El proporcionar un entorno seguro para las personas consumidoras de SPA. El MRD establece la influencia significativa de las condicionantes ambientales que influyen en el fenómeno de las drogas. En el caso de las mujeres en situación de calle, tal como se evidenció en los antecedentes, son sujetas durante su cotidianidad a de toda clase de representaciones de violencia, discriminación, estigmatización y la exclusión social (Tizoc *et al*, 2017; ICD *et al*, 2017).

Aunado a la anterior, se encuentra el acceso a la vivienda digna. El MRD establece una relación entre la dificultad para acceder a una vivienda y la posibilidad de encontrar un empleo, formar vínculos sociales y familiares, así como la gran cantidad de enfermedades y problemas colaterales en la salud. De este modo, se afirma la necesidad

¹⁹ El Sistema Nacional de Tratamiento trabaja de forma colaborativa con las ONGs debido a un convenio de cooperación con el objetivo de establecer proyectos y acciones conjuntas para la atención integral de la persona consumidora SPA, en pro del mejoramiento de la calidad de vida de la población, su familia y la comunidad, mediante la prevención, la atención temprana y oportuna, el tratamiento y la rehabilitación. Cabe destacar que la actual oferta es de 31 programas públicos y privados, aprobados por el IAFA, para la prevención, tratamiento, rehabilitación y recursos comunitarios de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas alrededor del país, en los cuales, solo 3 son exclusivos para mujeres mayores de edad y 7 son de tipo mixto (IAFA, 2020).

de establecer dispositivos fortalecidos por el Estado y bajo los principios de reducción de daños, para que el servicio quede adaptado a las necesidades de las personas en situación de calle (Wolfe & Csete, 2016; ICD *et al*, 2017).

Además, se debe lograr una inclusión laboral de las personas consumidoras de SPA para el funcionamiento del MRD. El implementar estrategias para brindar acceso a un trabajo seguro y formal, fomenta la autonomía de las personas y mejora los componentes básicos para la calidad de vida, entre ellos la salud. Por lo que, en el caso de las mujeres en situación de calle, supondría un gran logro en lo que respecta a reducción de daños, ya que disminuiría los comportamientos peligrosos de trabajos como los que el sexo – servicio y tráfico de drogas implican (Espinal & Calderón, 2018; ICD *et al*, 2017).

Una de las estrategias que el MRD establece son las dinámicas de estrategias de pares. Debido a que las personas son las máximas expertas en sus necesidades y comportamientos, por lo que resulta totalmente necesario de su participación para el éxito de los programas de reducción de daños. Tal como en el caso del sujeto de estudio actual, el elemento supondría una posibilidad de reforzar su autonomía y vínculos sociales; así como la disminución del estigma (Tizoc *et al*, 2017; ICD *et al*, 2017).

Así mismo, el MRD supone una eliminación de las barreras de acceso a los servicios, así como la prevención, acompañamiento y tratamiento sociosanitario, sobre todo cuando las personas interactúan con otras formas de vulnerabilidad tales el caso de las mujeres en situación de calle. Los problemas asociados a las SPA varían de sustancias, persona y contexto, por lo tanto, los servicios deben ser libres de prácticas que perpetúen la discriminación, el estigma y no tomen en cuenta las condiciones y necesidades de las personas (Wolfe & Csete, 2016; ICD *et al*, 2017).

Contemplando consecuentemente, la mirada inclusiva y ampliada de género. Disminuir tanto las barreras sistémicas, estructurales, sociales y personales para las mujeres y a la comunidad LGBTIQ+ implica uno de los elementos esenciales para el MRD, así como el abordaje de la violencia como prerrequisito, las cuales son agravados en grupos vulnerables como los mencionados anteriormente (Milanese, 2015; ICD *et al*, 2017).

Además, se deben valorar las características del contexto de las personas que ejercen la actividad sexual comercial o transaccional. Los comportamientos que realizan pueden significar un grave riesgo para la salud para las personas. Tal como se evidenció anteriormente, algunas mujeres en situación de calle acuden al sexo – servicio para

obtener dinero para sus necesidades, lo cual agrava aún más la exclusión, discriminación y estigma ante la sociedad y aumenta las posibilidades de padecer de daños (Putri, 2008; ICD *et al*, 2017).

Por supuesto, el MDR debe incluir dentro de su funcionamiento la contención de la sobredosis asociado tanto a drogas legales como la heroína como el alcohol, por lo que se debe implementar una serie de medidas dirigidas a prevenir las muertes por sobredosis, tales como la prevención mediante iguales (RIOD, 2018; Bosque & Brugal, 2016; ICD *et al*, 2017).

Cabe destacar el abordaje del cuidado de Enfermería dentro del MRD en la población en situación de calle, ya que la profesión puede ser el primer contacto que tengan las mujeres en situación de calle con el sistema de salud. Entre su atención primaria se destacan los primeros auxilios básico y avanzados, intervención en casos de sobredosis, pruebas rápidas de detección del VIH, inmunizaciones, cuidado de heridas, salud sexual y reproductiva, detección y tratamiento de ETS, referencias a servicios sociales y de salud, la educación en salud y entre otras (Lightfoot, 2009).

En resumen, el MRD es el conjunto de políticas, programas, intervenciones y estrategias que se encuentran promocionadas bajo el concepto de respeto y los principios de los derechos humanos fundamentales, con el fin de implementar estrategias para el abordaje de personas consumidoras de SPA, los cuales deben cobijarse bajo los principios y los elementos esenciales para lograr un adecuado funcionamiento del MRD en Costa Rica.

B) Referencial teórico-conceptual: Educación para la Autogestión

Inicialmente, cabe destacar que la propuesta conceptual del marco conceptual de Educación para la Autogestión fue desarrollada por la enfermera Kate Lorig de la Universidad de Boston; y Halsted Holman, médico graduado de la Universidad de Yale especialista en Reumatología.

En el caso de Kate Lorig, se resalta en su biografía el padecimiento congénito de la enfermedad de Gaucher²⁰ y su sobrevivencia al cáncer. Dichas experiencias fueron un motor de interés para comenzar su trabajo sobre la educación sobre la autogestión. De este modo, obtuvo su licenciatura en Enfermería en la Universidad de Stanford y

²⁰ Trastorno hereditario en el cual se padece de una deficiencia de la enzima glucocerebrosidasa, causando una acumulación de glucosilceramida procedente de la degradación de las membranas celulares en los lisosomas de los macrófagos (Células de Gaucher) originados en órganos como huesos, hígado, bazo y médula ósea causando un daño celular y disfunción orgánica (Colquicocha *et al*, 2015).

posteriormente su doctorado en medicina de la Universidad de California en Berkeley. (Self – Management Resource Center (SMRC), 2018; Patient – Centered Outcomes Research Institute (PCORI), 2017)

De este modo, Lorig acumuló más de 30 años de experiencia desarrollando, evaluando e implementando programas de autogestión en personas con condiciones crónicas. En 1978, creó un programa de educación para la artritis, el cual fue exigido por una subvención de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. Además, es profesora emérita y directora del Centro de Investigación de Educación del Paciente en la Universidad de Stanford. (SMRC, 2018; PCORI, 2017)

Por otro lado, Holman es un médico especialista en Reumatología de la Universidad de Yale con una práctica de 69 años. Es un profesor emérito de Emérito Berthold y Belle N Guggenhome de Medicina y un asociado de “Center for Health Policy and Center for Primary Care and Outcomes Research” (CHP / PCOR). Fue presidente del Departamento de Medicina y director del Programa de Académicos Clínicos (CSP) en Stanford.

Sus principales intereses de investigación incluyeron el diseño, organización y evaluación de sistemas experimentales de atención de la salud, estudios de los efectos de los programas de educación del paciente en los resultados de salud en condiciones crónicas y la investigación de las funciones de las personas usuarias en los ensayos y la práctica clínica. Además, fue ex presidente de la Sociedad Americana de Investigación Clínica y de la Asociación Occidental de Médicos.

Según Lorig y Holman (2003), la autogestión es definida como la responsabilidad en el cuidado diario de las personas en participar en el mantenimiento de comportamientos de salud y en el manejo de condiciones crónicas o condiciones de salud. De forma análoga, Moore *et al* (2016) agrega a la definición anterior, que la autogestión es un proceso y/o un resultado que abarca tanto el mantenimiento del bienestar como el manejo de enfermedades crónicas dentro de lo cotidiano. Complementan, además, que una adecuada autogestión significaría en una mejora en los resultados de salud y al mismo tiempo se reduce la carga para los cuidadores y los sistemas de salud.

Sin embargo, antes de continuar, resulta necesario preguntarnos ¿Cómo se comporta la responsabilidad la autogestión que plantean Lorig & Holman (2003)? ¿Qué proporción de responsabilidad poseen las personas en situación de calle y los diversos sectores sociales involucrados (sociedad civil, personal de salud, agentes de seguridad, el Gobierno) en mantener la autogestión de la población?

Hecha esta salvedad y considerando lo anterior, mi interpretación sobre la autogestión es entendida como un proceso dinámico que involucra la participación activa de la persona en mantener diariamente comportamientos, conocimientos y habilidades de salud, que promuevan su bienestar tanto físico, mental y espiritual, así como también, para el manejo de enfermedades crónicas; lo cual tiene como resultado directo una mejora en la salud de la persona y en su relación con el sistema de salud.

De lo anterior, resulta importante destacar que la autogestión debe estar centrada en la participación de las personas y su percepción sobre sus situaciones, riesgos y afectaciones. Lorig y Holman (2003) confirman que los programas de autogestión deben tener como eje medular los problemas percibidos por las personas. Por ejemplo, en el caso de la presente investigación, para las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, ¿Cuáles son los riesgos y/o problemas de autogestión percibidos por ellas? ¿Cuáles son los problemas de salud percibidos por ellas derivadas de su situación y a su consumo?

Además, resulta indispensable ver a la persona como un ser con un conjunto de características que los vuelven único. Campbell *et al* (2019) realizaron un estudio con el objetivo de sintetizar los informes de programas a medida o práctica para aquellas personas con diabetes que se encuentran en situación de calle. Dentro de los principales resultados, destacan que hay muchos factores que contribuyen a la disparidad (la pobreza, el acceso a la atención médica, suministros, la falta de confianza con los proveedores de salud, etc) para ejecutar intervenciones para mejorar el control de la diabetes y la autogestión en la población.

Hecha esta salvedad y avanzando con nuestro análisis, el marco conceptual de Lorig y Holman (2003) contiene como una de las fuentes teóricas más importantes el trabajo realizado por Corbin y Strauss (1988). En ellas se plantean tres conjuntos de tareas para la autogestión. La primera implica el manejo del comportamiento ante la situación: la cual resulta de gran importancia para el objeto de estudio, puesto que nos ayudará a develar específicamente aquellos comportamientos de autogestión dirigidos a reducir los daños derivados de permanecer en situación de calle y del consumo de SPA.

Seguidamente, la segunda tarea implica mantener, cambiar y crear nuevos comportamientos significativos o roles en la vida (Lorig & Holman, 2003). Lo cual, se podría analizar con las estrategias de reducción de daños llevadas a cabo por las mujeres en situación de calle que utilizan los diferentes dispositivos, el mantenimiento de actividades de higiene, alimentación, evitar la sobredosis, el autoconocimiento y/o el uso

del condón en las mujeres que se ven obligadas a la labor en el sexo – servicio para prevenir las enfermedades de transmisión sexual, tales como el VIH.

Y, por último, la tercera tarea implica el manejo emocional, que puede alterar la visión del futuro. Según Lorig y Holman (2003) la ira, el miedo, la frustración y la depresión son parte de las emociones que se deben tomar en rienda para el manejo de la situación. Por ejemplo, Zareban, Mohammad, Hossein & Bakhshani (2018) condujeron un estudio transversal, con el objetivo de investigar dificultades emocionales en personas consumidoras de SPA.

Los investigadores concluyeron que existe una diferencia significativa en el grupo con emociones negativas debido a la no aceptación de las respuestas emocionales, dificultad para involucrarse en comportamientos dirigidos por los objetivos, dificultad para controlar impulsos, acceso a estrategias de regulación emocional y falta de claridad emocional. Lo anterior es explicado por los autores por dos factores: el uso riesgoso de SPA causa defectos emocionales y a su vez, el defecto emocional y la mala gestión de las emociones aumenta la probabilidad de abuso de SPA.

De esta forma, se crea un bucle que va afectando la salud de la persona día a día, lo cual me hace pensar en las mujeres en situación de calle, pues tal como se mencionó anteriormente, son un grupo marcado por la constante violencia y exclusión draconiana de la sociedad; por lo que algunas llegan a encontrar un escape de la realidad por medio del consumo de SPA. Sin embargo, los invito a cuestionarse ¿En qué medida, la salud y el consumo de SPA se verían afectados si ellas aprendieran a manejar sus emociones?

Por lo tanto, la presente investigación incluirá dentro de sus pilares fundamentales las tres tareas de autogestión expuestas anteriormente: la gestión de comportamiento, la gestión de roles y la gestión emocional; de forma ampliada, con el fin de realizar el posterior análisis de objeto de estudio recolectado de las mujeres en situación de calle con consumo de SPA.

Sin embargo, todavía cabe señalar, que la Educación en Autogestión propone cinco habilidades básicas de autogestión; la resolución de problemas, tomas de decisiones, utilización de recursos, la formación de la asociación entre la persona y el proveedor de atención en salud (atención social en el caso de los dispositivos) y la toma de acción (Lorig & Holman, 2003). Igualmente, dichas habilidades forman parte del subsidio brindado para el análisis del objeto de estudio.

Antes de pasar a explicar dicho subsidio, resulta interesante apuntar que las habilidades básicas de autogestión se pueden complementar con el paradigma de las

competencias psicosociales para la vida²¹. Las cuales, pueden ser expropiadas en las personas en situación de calle por la falta de un hogar y del estigma de la población (Loop & Swanson, 2014).

Así, por ejemplo, entre dichas habilidades se destacan la toma de decisiones y resolución de problemas, el pensamiento creativo y crítico, comunicación y habilidades interpersonales, autoconocimiento y empatía; y la inteligencia emocional; como competencias psicosociales que pueden contribuir al cuidado de la salud, la autorealización y la reinserción social; así como un factor protector para comportamientos de riesgo tales como el consumo de SPA (García *et al*, 2017).

Llegado a este punto, podemos continuar con el análisis de las habilidades para la autogestión. Primeramente, tanto Lorig & Holman (2003) como Vickers (2013) argumentan que la resolución de problemas es fundamental para iniciar y mantener comportamientos saludables y de por vida. En el caso de Lorig y Holman (2003) utilizaron como sustento teórico la intervención clínica para la resolución de problemas de D`Zurilla (1986) en la cual, la persona aprende habilidades básicas para lograrlo.

De este modo, D`Zurilla (1986) propone enseñar cuatro habilidades a las personas: definir los problemas, la generación de posibles soluciones, la implementación de las soluciones y posteriormente la evaluación de los resultados. Aunado a lo anterior, D`Zurilla & Nezu (2010) fundamentan mediante su estudio que la Terapia para la Resolución de Problemas (PST, en sus siglas en inglés) ha mostrado resultados efectivos en problemas y grupos de personas con consumo de SPA.

La segunda habilidad de autogestión es la toma de decisiones. Según el modelo planteado por D`Zurilla (1986), se menciona que las personas deben realizar la toma de decisiones de forma diaria en respuesta a los cambios en el estado de la salud. Por lo tanto, se considera que la autogestión es (así como el MRD) un proceso dinámico en donde las personas deben aplicar sus conocimientos para hacer frente a cambios cotidianos. El problema radica cuando la persona no posee el suficiente conocimiento para enfrentarse a dichos cambios (Lorig & Holman, 2003).

Por ejemplo, las mujeres deben tener el adecuado conocimiento para mantener comportamientos que reduzcan el riesgo asociado al consumo tales como: el lavado de

²¹ Son aquellas habilidades necesarias para un funcionamiento adaptativo y positivo, que permiten a los individuos enfrentar de manera efectiva las demandas y retos de la vida diaria en diferentes contextos; las pueden dirigirse hacia acciones personales, hacia acciones para los demás o hacia acciones para cambiar el medio ambiente en aras de mejorar la salud (Organización Mundial de la Salud (WHO), 2003).

manos, la filtración de SPA antes del consumo, uso de equipo de estéril, limpieza de la piel con algodón con alcohol, cuidado de las venas e inserción de la aguja (Lightfoot, 2009). Por lo tanto, el conocimiento es un factor primordial para la mejora de los procesos y resultados de autogestión.

Sin embargo, según Vickers (2012), las personas suelen olvidar hasta el 80% de la información que proporciona el personal de salud durante su encuentro y el 20% restante, solo la mitad suele ser correcta. Es decir, solamente un 10 % de la información es incorporada por los usuarios. No obstante, la autora afirma que la información escrita se asocia con un mejor recuerdo y adherencia, utilizando un lenguaje sencillo para mejorar la comprensión, lo cual aumenta la confianza para lograr un mayor cambio en el comportamiento de autogestión.

Por otra parte, Moore *et al* (2016) argumentan que un alto nivel de conocimiento no es suficiente para traducir a los comportamientos o resultados deseables de la autogestión. Por lo tanto, la persona también debe saber cómo encontrar y utilizar los recursos. Lorig y Holman (2003) mencionan que la mayoría de los programas enseñan a las personas participantes sobre los recursos, pero no se les enseña a cómo hacer uso de estos. Además, mencionan la importancia de poner a las personas en contacto con varios de ellos, con el fin de formar una red de apoyo.

De este modo, es importante vincular la habilidad con el MRD en cuanto se busca incorporar en el comportamiento de las mujeres en situación de calle, el uso de los recursos que forman parte de la red de atención sociosanitaria. Por lo tanto, dentro de las recomendaciones que se plantean destaca en trabajo (in) directo en la atención de las necesidades de las personas desde el MRD, incluyendo el personal político, sanitario, educativo, social, comunitario, jurídico, policial y penitenciario (ICD *et al*, 2017).

Seguidamente, la cuarta habilidad se sustenta en que las personas vean a los proveedores de salud de forma horizontal. De este modo, Lorig y Holman (2003) argumentan que el proveedor de atención aquí en cuestión social se convierte en el maestro y el compañero, así como un supervisor profesional; y la persona debe estar empoderada para poder discutir sobre las tendencias, ritmos, tratamientos y toma de decisiones de su situación.

De misma forma, Vickers (2013) secunda a Lorig & Holman (2003) sobre el establecimiento de una colaboración entre el usuario y el personal médico para la

elaboración de un plan de acción de autogestión²²; en la cual, el personal debe ser transparente con el usuario para el establecimiento de objetivos específicos, alcanzables y significativos con el fin de lograr una sensación de logro y aumentar la confianza para el cambio del comportamiento.

Acorde con lo anterior, se invitaría a las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA a preguntarles ¿Qué les gustaría hacer durante esta semana para mejorar su salud?, cuestionamiento que la misma Lorig recomienda para invitar a la colaboración del usuario y brinda información sobre el comportamiento que ellas están más motivadas a abordar primero. Por eso, el usuario es el pilar central del modelo referente, puesto que son ellas mismas quienes conocen sus necesidades y los comportamientos de autogestión que deben controlar, mejorar o disminuir.

Y, por último, la toma de acción es otra de las habilidades básicas que expone el referente. Dicho concepto se relaciona con la capacidad de las personas y en su confianza para cambiar un comportamiento o adicionar nuevos comportamientos a su rutina. El concepto se relaciona con el modelo de D`Zurilla mencionado anteriormente y con el modelo de autoeficacia. Por ejemplo, el establecimiento de los planes de acción a corto plazo, es decir 1 a 2 semanas, en un comportamiento muy específico (Lorig y Holman, 2003).

Por lo tanto, en casos de prácticas dirigidas o de su implementación en la práctica profesional, se invitaría a las mujeres en situación de calle con consumo de SPA a establecer un plan de acción personal a corto plazo con comportamientos de autogestión que les ayude a reducir los riesgos y daños derivados de su contexto, basados claramente en los principios de gradualidad que establece el MRD (ICD *et al*, 2017).

En síntesis, para lograr comportamientos de autogestión para controlar la salud de las personas, estas deben ser capaces de hacer uso de las habilidades básicas. No obstante, la autoadaptación la realiza el individuo basándose en los aprendizajes de los principios para cambiar comportamientos y habilidades de autocontrol (Lorig y Holman, 2003).

Para lograr los efectos de la autogestión, las personas deben percibir un mayor control sobre sus condiciones de salud. De este modo, se debe medir la autoeficacia

²² Documento que registra las responsabilidades dispuestas a realizar por parte del usuario en un corto plazo inmediato para controlar su salud, pues es el usuario el experto en lo que es importante para sí mismo y lo que está dispuesto a hacer. El personal de salud puede ofrecer recomendaciones y apoyo, no obstante, el usuario es quien sabe mejor sobre sus preferencias, su horario, lo que ya ha probado y lo más significativo para él mismo (Vickers, 2012; Vickers, 2013). Por ejemplo, un cambio en el comportamiento de la persona como la limpieza de la piel, anterior a la venopunción.

percibida, es decir, la creencia en las capacidades propias para organizar y ejecutar los cursos de acciones requeridos para producir un logro específico. Por lo tanto, una mayor autoeficacia se relaciona con mejoras en el estado de la salud demostradas por personas que asisten a programas de autogestión (Lorig y Holman, 2003; Bandura, 1997).

Además, Hanlon *et al* (2018), realizó una revisión sistemática con el objetivo de identificar, describir y evaluar las intervenciones de los profesionales de la salud para mejorar el manejo de las enfermedades no transmisibles (ENT) y las enfermedades transmisibles (ET) que requieren atención a largo plazo en personas adultas en situación de calle.

Dentro de los resultados, se destacan dos análisis que mostraron como la intervención de gestión de casos dirigida por profesionales de Enfermería se asoció con una mejora en el conocimiento de la Tuberculosis y en el conocimiento del VIH en el subconjunto "en riesgo". Este último también mostró una autoeficacia mejorada para el uso del condón.

Por otro lado, el modelaje es otro de los principios que se establecen en la autoeficacia. Lorig y Holman (2003) mencionan que su logro se puede alcanzar por medio de materiales adaptados a la persona. Asimismo, agregan que se puede lograr por medio de compañeros capacitados en enseñar los programas de autogestión.

Finalmente, la persuasión social es uno de los medios que más influyen en aumentar la autoeficacia. Lorig y Holman (2003) argumentan que si las personas que rodean al individuo participan en un comportamiento es más probable que este siga el mismo y ejemplifican el uso de Alcohólicos Anónimos como una estrategia de persuasión social para superar un comportamiento de consumo de SPA.

Los anteriores conceptos, se relacionan dos de los elementos esenciales para el funcionamiento del MRD: la inclusión laboral, educativa o social de las personas en situación de calle y con las estrategias de pares que son fundamentales para el éxito de los programas de reducción de daños, pues son ellas las que mejor conocen sus comportamientos.

De igual modo, se infiere que en la Educación en Autogestión influyen factores familiares y comunitarios, incluidos el apoyo social percibido, apoyo familiar, aislamiento social; factores de la comunidad, como la inseguridad alimentaria, entornos seguros y violencia (Moore *et al*, 2016). Tal como lo expone Matherson *et al* 2019 en su estudio, las relaciones sociales desempeñan un papel importante en la facilitación de los cambios de comportamiento, exploró la literatura referente a los comportamientos de

autogestión frente a problemas en el juego y concluyen que estos hallazgos sugieren que se necesita una mejor comprensión del papel que las redes de apoyo/círculos y el apoyo entre pares, fuera del entorno de tratamiento formal, puede jugar a la autogestión con los problemas al juego.

De este modo, si se generaliza el estudio sobre las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, las relaciones entre el contexto de exclusión social, estigma y discriminación pueden llegar a afectar el nivel de autoeficiencia percibida por ella y consecuentemente, disminuyendo su confianza y repercutiendo sobre sus comportamientos de autogestión.

Por lo tanto, la figura 1 resume los postulados anunciados en este marco teórico y, consecuentemente, las interacciones entre cada uno de los conceptos que la Educación en Autogestión y el Modelo de Reducción de Daños propone con relación a la salud de la persona:

Figura 1.

Esquema de relación entre la teoría de Educación en Autogestión y el Modelo de Reducción del Daño con relación a la persona.



Nota: Elaboración propia a partir de la información obtenida de Lorig & Holman (2003) y ICD *et al* (2017).

Finalmente, cabe destacar que la Teoría de Educación en Autogestión de Lorig & Holman (2003) posee gran aplicabilidad para el análisis del objeto de estudio de la presente investigación. Tanto las tareas como las habilidades básicas de autogestión permiten la construcción de una base para identificar cuáles son aquellos comportamientos de autogestión que poseen las mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas, por lo tanto, en relación con estos se basará el razonamiento de los datos obtenido bebiendo además de la fuente de la reducción del daño.

Además, se concluye el gran interés para la disciplina de Enfermería, puesto que la teoría de Lorig & Holman, es de gran utilidad en las cuatro áreas del quehacer de Enfermería, tanto en la propia educación como en la investigación, la administración y el cuidado directo. Sin embargo, tal como lo plantea Jongerden *et al* (2019) en su estudio transversal, se necesita más esfuerzo para aumentar el apoyo de autogestión por parte de las enfermeras. De este modo, la siguiente investigación permitirá aumentar la confianza de las personas profesionales en Enfermería en la aplicabilidad de esta y en la comprensión de fenómenos como los comportamientos de autogestión.

Capítulo IV. Marco Metodológico

“Todos los días pierdo mi vida. Yo aquí en la calle no vivo, sobrevivo. Todos mis compañeros y yo somos de la muerte. Al final ella (la muerte) lo único que puede llevarse es mi cascarón (refiriéndose al cuerpo) porque hasta mi alma, ya está perdida.”

(Participante 11 investigación de Caravaca-Morera, 2019).

Abordaje de Estudio

De acuerdo con la naturaleza del problema de investigación relacionado con los comportamientos de autogestión de las mujeres en situación de calle con consumo de sustancias psicoactivas desde una visión del Modelo de Reducción de Daños, este estudio se presentó como una posibilidad para el reconocimiento de estrategias para el abordaje de seres humanos basado en la perspectiva de género y en los comportamientos de autogestión en dicha población.

Bajo esta lógica, para el abordaje de la investigación se seleccionó una Revisión Integrativa (RI) utilizando el protocolo PRISMA²³. Tal como lo plantea, Crossetti (2012) la RI es una investigación que se encarga de sintetizar los resultados de otras investigaciones con el fin de obtener conclusiones generales sobre el problema de investigación.

En consonancia con la anterior autora, Morães (2011) amplía exponiendo que la RI permite una mayor comprensión sobre el fenómeno en estudio. De este modo, el énfasis de la RI se centra en analizar los datos obtenidos de un conjunto de fuentes primarias para desarrollar una explicación más comprensiva del objeto de estudio con propósitos teóricos o intervencionistas.

Por lo tanto, el enfoque de investigación seleccionado brindará la posibilidad de comprender el fenómeno que encierra los comportamientos de autogestión en mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas bajo el paradigma de la reducción del daño, y de este modo, integrar las conclusiones generadas en las intervenciones de Enfermería y Salud planteadas en sus planes de acción.

Así mismo, ofrece una importante referencia para la confección de futuras políticas públicas en el país y/o mejoramiento de estrategias planteadas en las políticas actuales, tales como el Modelo de Reducción de Daño para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica y diversas políticas relacionadas con el consumo de sustancias

²³ Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta – Analysis (Moher *et al*, 2015).

psicoactivas en población en situación de calle como la Política Nacional para la atención Integral para Personas en Situación de Abandono y en Situación de Calle 2016 – 2026. Además, cabe recordar que esta investigación responde a uno de los ejes intrínsecos en el Plan Nacional de Drogas 2020-2025.

Por lo tanto, concuerdo con Crossetti (2012), quien afirma que el método permite identificar los vacíos de conocimiento en relación con la problematización, el enfoque de las principales áreas en estudios, los marcos teóricos y conceptuales; y vislumbra la necesidad de futuras investigaciones relacionadas al tema.

De este modo, el proceso a seguir para la realización de la RI es propuesta tanto por Morães (2011), Crossetti (2012) como por Caravaca-Morera, Padilha & Terezinha (2015), en la cual, concuerdan en que la RI se mantiene una estructura conformada por 5 etapas: (1) formulación de una pregunta orientadora (Problema), (2) recopilación de datos, (3) evaluación de datos recopilados, (4) análisis e interpretación de datos y (5) presentación de resultados encontrados.

Acerca de la pregunta orientadora

Según Morães (2011) la definición de la pregunta orientadora es la primera fase de una Revisión Integrativa, por lo cual cobra una significativa importancia al establecer las bases para el estudio. De acuerdo con la autora, la pregunta permite determinar cuáles estudios serán incluidos y excluidos, los medios asociados a la búsqueda y el análisis de la información recopilada en cada estudio.

Así mismo, Polit & Beck (2018) afirman que la pregunta orientadora de la Revisión Integrativa debe establecer los factores de interés y la población objeto de estudio que en este caso se refieren a los tipos de investigaciones a ser consideradas como válidas. De este modo, una pregunta clara permite delimitar el proceso de revisión y proporcionar concentración en el objeto en estudio.

En la presente revisión, la pregunta orientadora fue ¿Cuáles son los comportamientos de autogestión de mujeres en situación de calle con consumo de sustancias psicoactivas desde una visión del Modelo de Reducción de Daños?

Sobre la recolección de datos

Seguidamente, en la etapa de recopilación de datos, Morães (2011) establece que se deben seleccionar los descriptores en ciencias de la salud, las bases de datos específicas y los criterios de exclusión e inclusión de los artículos para la búsqueda dirigida de publicaciones.

Para la selección de los descriptores de búsqueda, se utilizó el DeCS, el cual forma parte de una plataforma virtual en salud de la Organización Mundial de la Salud y el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. Cabe destacar, que los idiomas seleccionados para realizar la búsqueda de publicaciones, y por lo tanto del DeCS, serán el español, inglés y portugués.

De este modo, los descriptores utilizados tanto en español, inglés y portugués fueron: Reducción del daño, drogas ilícitas, drogas lícitas, consumidores de drogas, uso de drogas, personas en situación de calle, personas sintecho, mujeres, género, automanejo (siendo que por definición concuerda con nuestro referente teórico y dado que Autogestión no es un descriptor), autocuidado y cuidado.

De esta forma, con la utilización de dichos DeCS, en conjunto con el operador booleano “AND”, se encaminó la búsqueda basada en la pregunta orientadora planteada en la fase anterior de la RI (Morães, 2011).

La búsqueda de datos se realizó en internet durante septiembre de 2020 en las siguientes bases de datos:

1. Literatura Latinoamericana em Ciências de Saúde (LILACS) plataforma de acceso gratuito coordinado por la BIREME/OMS/OPS, encargada del control bibliográfico de la literatura técnico – científica producida en Latinoamérica y el Caribe;
2. Scientific Electronic Library Online (SCIELO) es un proyecto cooperativo que busca facilitar el acceso universal y gratuita de las publicaciones científicas de Latinoamérica, el Caribe, España y Portugal.
3. Base de datos EBSCO, la cual forma parte de un sistema en línea con una amplia recopilación de publicaciones sobre numerosas áreas de estudio, entre ellas medicina, enfermería y profesiones relacionadas con la temática entre ellas, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive y Health Business Fulltext.

Cabe destacar que se consideraron los artículos que contemplan la temática en estudio en el área de autogestión y/o reducción del daño, tanto aspectos teóricos, prácticos y políticos; publicaciones en español, inglés y portugués, artículos completos disponibles en línea gratuitos y artículos publicados a partir del 2016 hasta septiembre de 2020.

Se eligió el 2016 como recorte temporal inicial para la búsqueda en las bases de datos debido a que es en este año que se aprobó la Política Nacional de Atención Integral a personas en Situación de Abandono y Situación de Calle 2016 – 2026 por parte del

Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión; en la cual se incluye dentro de sus acciones estratégicas la implementación del Modelo de reducción de daños en la atención de las personas en situación de calle en Costa Rica.

Por otra parte, se excluyeron todos los artículos que no contemplen la temática propuesta, que se encuentren fuera del periodo de publicación previsto y artículos que no se encuentren disponibles, duplicados, revisiones narrativas, relatos de experiencia, editoriales, cartas al editor, artículos de opinión o que se encuentren en etapa de pre – impresión.

A partir de las anteriores limitaciones metodológicas, se utilizó la estrategia planteada por Morães en la cual se ejecutó la búsqueda de veintiseis estrategias en las bases de datos seleccionadas (tabla 1), con el fin de identificar cuál de las estrategias obtendría un mayor número de estudios que aborden la pregunta orientadora de la RI.

Tabla 1 Estrategias de búsqueda utilizadas en las bases de datos LILACS, SCIELO y EBSCO durante el periodo de 2016 – septiembre 2020.

Estrategias	Idiomas	Descriptores y booleanos utilizados (español, inglés y portugués)	Estudios encontrados			
			LILACS	SCIELO	EBSCO	Total
Estrategia A	Español	“Reducción de daños” AND “Drogas ilícitas”	54	9	1	64
	Inglés	"Harm reduction" AND "Illicit drugs"	303	16	365	684
	Portugués	"Redução de danos" AND "Drogas ilícitas"	83	29	0	112
Estrategia B	Español	“Reducción de daños” AND “Drogas lícitas”	1	0	2	3
	Inglés	"Harm reduction" AND "Legal drugs"	3	1	42	46
	Portugués	"Redução de danos" AND "Drogas legais"	3	0	0	3
Estrategia C	Español	“Reducción de daños” AND “Consumidores de drogas”	35	17	7	59
	Inglés	"Harm reduction" AND "Drug users"	102	118	1097	1317
	Portugués	"Redução de danos" AND "Usuários de drogas"	141	81	9	231
Estrategia D	Español	“Reducción de daños” AND “Uso de drogas”	141	40	10	191
	Inglés	"Harm reduction" AND "Drug use"	155	113	1332	1600
	Portugués	"Redução de danos" AND "Uso de drogas"	231	86	0	317
Estrategia E	Español	“Reducción de daños” AND “Personas en situación de calle”	11	1	0	12
	Inglés	"Harm reduction" AND “Homeless persons”	14	3	76	93
	Portugués	"Redução de danos" AND “pessoas em situação de rua”	20	7	0	27
Estrategia F	Español	“Reducción de daños” AND “Personas sin techo”	10	0	0	10

	Ingles	"Harm reduction" AND "Homeless people"	14	8	61	83
	Portugués	"Redução de danos" AND "Pessoas sem-teto"	13	0	0	13
Estrategia G	Español	"Reducción de daños" AND "Mujeres"	22	23	1	46
	Ingles	"Harm reduction" AND "women"	33	33	345	411
	Portugués	"Redução de danos" AND "mulheres"	57	34	2	93
Estrategia H	Español	"Reducción de daños" AND "Género"	11	18	1	30
	Ingles	"Harm reduction" AND "Gender"	13	15	214	242
	Portugués	"Redução de danos" AND "Gênero"	27	24	4	55
Estrategia I	Español	"Reducción de daños" AND "Automanejo"	1	0	0	1
	Ingles	"Harm reduction" AND "Self-management"	5	1	19	25
	Portugués	"Redução de danos" AND "autogestão"	1	0	0	1
Estrategia J	Español	"Reducción de daños" AND "Autocuidado"	6	2	0	8
	Ingles	"Harm reduction" AND "Self care"	19	3	41	63
	Portugués	"Redução de danos" AND "Autocuidados"	1	0	0	1
Estrategia K	Español	"Reducción de daños" AND "Cuidado"	69	22	0	91
	Ingles	"Harm reduction" AND "Care"	154	98	1346	1598
	Portugués	"Redução de danos" AND "Cuidado"	126	55	19	200
Estrategia L	Español	"Personas en situación de calle" AND "Género"	20	1	0	21
	Ingles	"Homeless persons" AND "Gender"	20	7	213	240
	Portugués	"Pessoas em situação de rua" AND "Gênero"	24	5	1	30

Estrategia M	Español	“Personas en situación de calle” AND “Mujeres”	33	13	3	49
	Inglés	“Homeless persons” AND “Women”	22	13	562	597
	Portugués	“Pessoas em situação de rua” AND “Mulheres”	27	9	0	36
Estrategia N	Español	“Personas sin techo” AND “Género”	17	0	1	18
	Inglés	“Homeless people” AND “Gender”	0	0	120	120
	Portugués	“Pessoas sem-teto” AND “Gênero”	18	0	0	18
Estrategia O	Español	“Personas sin techo” AND “Mujeres”	28	1	2	31
	Inglés	“Homeless people” AND “Women”	0	0	391	391
	Portugués	“Pessoas sem-teto” AND “Mulheres”	25	0	0	25
Estrategia P	Español	“Personas en situación de calle” AND “Drogas”	62	12	0	74
	Inglés	“Homeless persons” AND “Drugs”	35	18	771	824
	Portugués	“Pessoas em situação de rua” AND “Drogas”	72	0	6	78
Estrategia Q	Español	“Personas en situación de calle” AND “Drogas ilícitas”	16	1	0	17
	Inglés	“Homeless persons” AND “Women”	22	13	562	597
	Portugués	“Pessoas em situação de rua” AND “Mulheres” 10231	27	9	0	36
Estrategia R	Español	“Personas en situación de calle” AND “Drogas lícitas”	0	0	0	0
	Inglés	“Homeless persons” AND “Illicit drugs”	6	0	68	74
	Portugués	“Pessoas em situação de rua” AND “Drogas ilícitas”	16	1	1	18
Estrategia S	Español	“Personas en situación de calle” AND “Consumidores de drogas”	15	0	0	15
	Inglés	“Homeless persons” AND “Drugs users”	16	5	97	118

	Portugués	“Pessoas em situação de rua” AND “Usuários de drogas”	28	12	2	42	
Estrategia T	Español	“Personas en situación de calle” AND “Uso de drogas”	51	8	0	59	
	Ingles	“Homeless persons” AND “Drugs use”	26	14	271	311	
	Portugués	“Pessoas em situação de rua” AND “Uso de drogas”	60	24	3	87	
Estrategia U	Español	“Personas sin techo” AND “Drogas”	46	6	0	52	
	Ingles	“Homeless people” AND “Drugs”	0	0	631	631	
	Portugués	“Pessoas sem-teto” AND “Drogas”	45	6	0	51	
Estrategia V	Español	“Personas sin techo” AND “Drogas ilícitas”	10	0	0	10	
	Ingles	“Homeless people” AND “Illicit Drugs”	0	0	46	46	
	Portugués	“Pessoas sem-teto” AND “Drogas ilícitas”	10	2	0	12	
Estrategia W	Español	“Personas sin techo” AND “Drogas lícitas”	0	0	0	0	
	Ingles	“Homeless people” AND “Legal drugs”	0	0	5	5	
	Portugués	“Pessoas sem-teto” AND “drogas legais”	1	0	0	1	
Estrategia X	Español	“Personas sin techo” AND “Consumidores de drogas”	12	2	0	14	
	Ingles	“Homeless people” AND “Drugs users”	0	0	85	85	
	Portugués	“Pessoas sem-teto” AND “Usuários de drogas”	18	2	0	20	
Estrategia Y	Español	“Personas sin techo” AND “Uso de drogas”	36	4	0	40	
	Ingles	“Homeless people” AND “Drugs use”	0	0	208	208	
	Portugués	“Pessoas sem-teto” AND “Uso de drogas”	36	4	0	40	
Nota: Elaboración propia a partir de Morães (2011)			Total	2779	1049	9043	12871

Sobre la evaluación de datos

En LILACS fueron encontrados 2779 artículos, en SCIELO 1049 artículos y en EBSCO 9043 artículos, para un total de 12871 artículos encontrados durante la revisión integrativa. Posterior a la exclusión de artículos por la limitación establecida del 2016 a septiembre de 2020, la cantidad de artículos disminuyó en 1174 en LILACS, 531 en SCIELO y 3205 en EBSCO. Por lo tanto, el total de literatura encontrada fue de 4910 artículos.

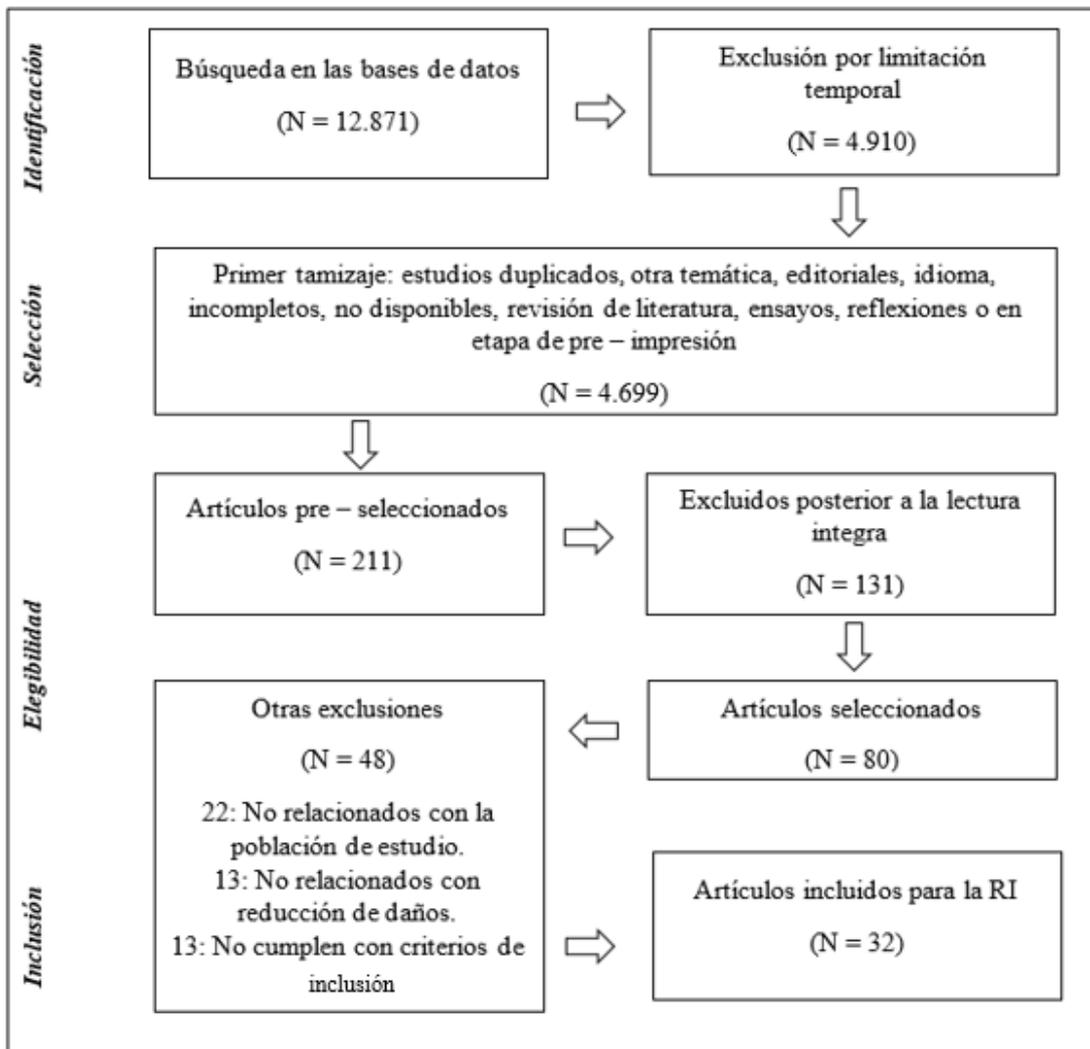
De los 4910 artículos disponibles posterior a la exclusión por la limitación temporal, se realizó un primer tamizaje de estos, de modo que se descartaron todos los estudios duplicados, de otra temática, editoriales, idioma, incompletos, no disponibles, revisiones de literatura, ensayos, reflexiones o en etapa de pre – impresión, quedando un total de 211 artículos pre – seleccionados.

En relación con la evaluación de los datos obtenidos, se realizó una lectura inicial exhaustiva y objetiva de los títulos y resúmenes de las publicaciones obtenidas, con el fin de excluir aquellos que no cumplían con los criterios inclusión. De este modo, se efectuó un segundo tamizaje de los artículos encontrados por medio de las estrategias de búsqueda en las bases de datos. De modo que, posterior a su lectura, el número de estudios pre – seleccionados se totalizó en 80 artículos.

Consecutivamente, se realizó una lectura íntegra de las publicaciones pre – seleccionados con el fin de analizar y determinar cuáles respondían al objetivo del estudio. Como resultado, se descartaron 48 estudios quedando 32 artículos que formaron parte de la muestra definitiva de la RI. De modo que, la evaluación de los datos se resume gráficamente mediante el flujograma que expone la figura 2:

Figura 2.

Flujograma, según PRISMA, para la identificación, selección, elegibilidad y exclusión de estudios de RI sobre comportamientos de autogestión de mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas desde el paradigma del Modelo de Reducción de Daños.



Nota: Elaboración propia a partir de Caravaca-Morera *et al* (2015) y Morães (2011).

Sobre el análisis de datos

Por lo que se refiere al análisis de datos, Morães (2011) hace referencia a que esta es la etapa encargada de determinar los procedimientos para escudriñar los artículos seleccionados. De esta forma, se realizó una lectura profunda de los artículos, seleccionando aquellos aspectos que tengan relación con el objetivo general y pregunta orientadora planteados en la RI.

Cada una de las publicaciones seleccionadas para la RI se incluyeron en el formulario elaborado a partir de Morães (2011) y Pérez (2017), con el fin de obtener información relevante e identificar los aspectos relacionados con la temática en estudio

(Anexo 1). Además, con el fin de organizar y ordenar los datos, se realizó una codificación de los artículos otorgando el código alfanumérico A# (siendo A una abreviación de la palabra “Artículo” y # un número referente al orden cronológico de las publicaciones) (Caravaca – Morera *et al*, 2015).

Dicha información se contuvo en una matriz del programa Microsoft Excel junto con la información extraída por la propuesta de la RI de Enfermería realizada por Ganong (1987). Por lo tanto, contienen: código del artículo, autor (es), año de publicación, institución, revista de publicación, país (es), idioma, método de estudio, objetivos, resultados y conclusiones.

Posteriormente, se identificaron 3 categorías conforme a las informaciones obtenidas por medio de los descubrimientos de las publicaciones que fueron seleccionadas para el análisis: (1) Dimensión social y estructural de la violencia; (2) Vulnerabilidades en salud y servicios de atención y (3) (Con) viviendo con el estigma (Caravaca – Morera *et al*, 2015).

En la tabla 2, se muestra un cuadro sinóptico que contiene la siguiente información: código del estudio, título, autores, revista y año de publicación, país de origen y objetivo del artículo. Además, junto al código del artículo, se insertó un símbolo (#Dimensión social y estructural de la violencia, *Vulnerabilidades en salud y servicios de atención y & (Con) viviendo con el estigma) para facilitar la identificación de las categorías de cada una para su posterior análisis (Morera *et al*, 2015).

Tabla 2 Cuadro sinóptico de los artículos incluidos para la revisión integrativa, conforme a la codificación, datos de la publicación y objetivos.

Codificación	Título	Autores	Revista año de publicación	País	Objetivo
A1 # * &	From pillar to post: homeless women's experiences of social care.	Cameron, Ailsa; Abrahams, Hilary; Morgan, Karen; Williamson, Emma; Henry, Lorna.	Health and Social Care in the Community <i>1-may-16</i>	Reino Unido	Explorar los eventos específicos en la vida de las mujeres en situación de calle, sus condiciones de vida y cómo sus experiencias y necesidades, incluida la atención social, cambiaron con el tiempo.
B1 *	Peer engagement in harm reduction strategies and services: a critical case study and evaluation framework from British Columbia, Canada	Alissa M. Greer, Serena A. Luchenski, Ashraf A. Amlani, Katie Lacroix, Charlene Burmeister and Jane A. Buxton	BMC Public Health <i>27-may-16</i>	Canadá	Describir y evaluar la participación de pares en Columbia Británica de 2010 a 2014.
C1 * &	Perception of users of psychoactive substances on damage reduction	Santos, Josenaide Engracia dos; Costa, Ana Carolina Oliveira	SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. <i>jun-16</i>	Brasil	Comprender la Reducción de Daños desde lo mirar del usuario de sustancias psicoactivas.
D1 *	Effects of combination approach on harm reduction programs: the Taiwan experience	Ting Lin Chang-Hsun Chen and Pesus Chou	Harm Reduction Journal <i>jul-16</i>	Taiwan	Explorar el impacto de los programas de reducción de daños sobre el VIH y el uso de drogas ilícitas en Taiwán.

E1 # * &	Consultório na Rua em Uma Capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social	Ferreira, Cíntia Priscila da Silva; Rozendo, Célia Alves; Melo, Givânia Bezerra de.	Cadernos de Saúde Pública <i>ago-16</i>	Brasil	Evaluar la estrategia del Consultorio de Calle en Maceió, Alagoas, Brasil, desde la perspectiva de sus usuarios.
F1 # * &	Uso de drogas injetáveis entre mulheres na Região Metropolitana de Santos, São Paulo, Brasil.	Haiek, Rita de Cássia, Martin, Denise, Rocha, Francisco Carlos Machado, Ramiro, Fernanda de Souza, & Silveira, Dartiu Xavier da.	Revista de Saúde Coletiva <i>sep-16</i>	Brasil	Dilucidar la vulnerabilidad de las mujeres usuarias de drogas intravenosas a infecciones por enfermedades de transmisión sexual (ETS), hepatitis y enfermedad y muerte por VIH.
G1 # *	Understanding of the life experience of homeless women	Biscotto, Priscilla Ribeiro; Jesus, Maria Cristina Pinto de; Silva, Marcelo Henrique da; Oliveira, Deíse Moura de; Merighi, Miriam Aparecida Barbosa.	Revista da Escola de Enfermagem da USP <i>oct-16</i>	Brasil	Comprender la vivencia de mujeres en situación de calle
H1 # * &	Gênero, violência e viver na rua: vivências de mulheres que fazem uso problemático de drogas	Márcia Rebeca Rocha de; Oliveira, Jeane Freitas de; Chagas, Mariana Cavalcante Guedes; Carvalho,	Rev. gaúch. enferm <i>nov-16</i>	San Salvador	Describir vivencias de mujeres usuarias de drogas

		Evanilda Souza de Santana			
I1 # * &	Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual	Teixeira, Mirna Barros; Engstrom, Elyne Montenegro; Ribeiro, José Mendes.	Saúde debate <i>mar-17</i>	Brasil	Analizar la literatura brasileña e internacional sobre el patrón de uso del crack, sus especificidades y los factores individuales y contextuales involucrados en este uso.
J1 # *	Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras	Halpern, Silvia Chwartzmann; Scherer, Juliana Nichterwitz; Roglio, Vinicius; Faller, Sibebe; Sordi, Anne; Ornell, Felipe; Dalbosco, Carla; Pechansky, Flavio; Kessler, Félix; Diemen, Lísia von	Cadernos de Saúde Pública <i>jul-17</i>	Brasil	Evaluar la gravedad del uso de sustancias psicoactivas, situaciones de violencia, salud física y emocional de consumidores de crack que buscan atención en Centros de Atención Psicosocial para alcohol y drogas (CAPSad), en relación con el status de acceso a la vivienda.
K1 * &	Autonomia e reinserção social: percepção de familiares e profissionais que trabalham com redução de danos	Silveira, Maria da Penha Da rosa da; Silva, Mara Regina Santos da; Farias, Francisca Lucélia Ribeiro de; Moniz, Ana	Ciênc. cuid. saúde <i>sep-17</i>	Brasil	Identificar la percepción de los familiares de los adictos al alcohol y otras drogas y de los profesionales de la salud sobre los conceptos de autonomía y reintegración social que sustentan el enfoque de reducción de daños.

		Suzete Baessa; Ventura, Jeferson			
L1 * &	A prática dos grupos reflexivos sobre drogas como estratégia possível para redução de riscos e danos	Lima, Eloisa Helena; Capanema, Carla Almeida; Nogueira, Maria José	Pesqui. prá. psicossociais <i>dic-17</i>	Brasil	Producir nuevos conocimientos para los profesionales que trabajan con los grupos de reflexión sobre las drogas.
M1 # *	Consultório na Rua: percepção de profissionais e usuários sobre redução de danos	Helizett Santos de limai; Eliane Maria Fleury Seidl	Psicol. pesq <i>dic-17</i>	Brasil	Describir las acciones de Reducción de Daño (DR) desarrolladas en el Consultório na Rua (CR) de la ciudad de Goiânia, según informes de profesionales y personas asistidas.
N1 *	Hospitalization among street-involved youth who use illicit drugs in Vancouver, Canada	Derek C. Chang, Launette Rieb, Ekaterina Nosova, Yang Liu, Thomas Kerr and Kora De Beck	Harm Reduction Journal <i>mar-18</i>	Canada	Caracterizar la hospitalización entre los jóvenes involucrados en la calle que consumen drogas ilícitas e identificar las razones médicas más frecuentes para la hospitalización entre esta población.
O1 * &	Barriers and facilitators of access to HIV, harm reduction and sexual and reproductive health services by women who inject drugs: role of community-based outreach and drop-in centers.	Ayon, Sylvia; Ndimbii, James; Jeneby, Fatma; Abdulrahman, Taib; Mlewa, Onesmus; Wang, Bangyuan; Ragi, Allan; Mburu, Gitau.	AIDS Care <i>abr-18</i>	Kenia	Explorar las experiencias de las mujeres kenianas que se inyectan drogas, con respecto al acceso al VIH, la reducción de daños y los servicios de salud sexual y reproductiva.

P1 * &	Estilos de vida de los usuarios de las salas de consumo higiénico de Barcelona	García, Rafael Clua	Health & Addictions / Salud y Drogas. <i>abr-18</i>	España	Analizar los estilos de vida de los usuarios de las Salas de Consumo Higiénico de Barcelona focalizando en la intensidad del consumo de drogas y la adherencia a estos dispositivos, elementos clave para el diseño de políticas y programas de reducción de daños y tratamientos más eficaces.
Q1 # * &	Potencialidades e desafíos de una política pública intersectorial em drogas: o Programa “De Braços Abertos” de São Paulo, Brasil	Teixeira, Mirna Barros; Lacerda, Alda; Ribeiro, José Mendes.	Physis: Revista de Saúde Coletiva <i>oct-18</i>	Brasil	Analizar las fortalezas, debilidades y desafíos del Programa “De Braços Abertos”, con el fin de resaltar las lecciones aprendidas y recomendaciones para la formulación de políticas públicas progresistas e innovadoras en el campo de las drogas.
R1 * &	Responsabilização e participação: como superar o caráter tutelar no centro de atenção psicossocial álcool drogas?	Santos, Jacqueline Macedo dos; Baptista, Juliana Ávila; Nasi, Cíntia; Camatta, Marcio Wagner	Rev. gaúch. enferm <i>nov-18</i>	Brasil	Analizar el grado de responsabilización y participación del usuario en tratamiento en el Centro de Atención Psicosocial alcohol y drogas (CAPS-ad) a partir de la perspectiva de la política de reducción de daños.
S1 # * &	Street clinic: the care practices with users of alcohol and other drugs in Macapá	Bittencourt, Marina Nolli; Pantoja, Paulo Victor das Neves; Silva Júnior, Paulo Cesar Beckman da; Pena,	Escola Anna Nery <i>ene-19</i>	Brasil	Analizar prácticas asistenciales de profesionales del equipo del Consultorio en la Calle (eCC) sobre el cuidado prestado a usuarios de alcohol y otras drogas en Macapá-AP.

		José Luis da Cunha; Nemer, Camila Rodrigues Barbosa; Moreira, Rafael Pires.			
T1 # * &	Motivos de la acción del reductor de daños junto al usuario de drogas: un estudio fenomenológico	Tisott, Zaira Letícia; Terra, Marlene Gomes; Hildebrandt, Leila Mariza; Soccol, Keity Laís Siepmann; Souto, Valquíria Toledo.	Revista Gaúcha de Enfermagem <i>jun-19</i>	Brasil	Conocer los motivos de la acción de reducción de daños al realizar sus actividades con el usuario de drogas.
U1 *	Gender matters? How does gender shape risk environment for syringe sharing among people who inject drugs in northern Mexico Results from a cross-sectional survey	Ospina Escobar, Angélica; Juárez, Fátima.	Salud mental <i>ago-19</i>	México	Describir características del entorno de riesgo que desempeñan diferentes roles entre hombres y mujeres consumidores de drogas inyectables en México que podrían estar asociadas con esos diferenciales.
V1 # *	A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida	Engstrom, Elyne Montenegro; Lacerda, Alda; Belmonte, Pilar; Teixeira, Mirna Barros.	Saúde em Debate <i>sep-19</i>	Brasil	Analizar la producción de atención primaria de salud para la población sin hogar, proporcionada por los equipos de Consultório na Rua (eCR) en el contexto de una metrópoli brasileña, identificando potencialidades y dificultades.

W1 # * &	Harm reduction: trends being disputed in health policies	Moreira, Carla Regina; Soares, Cassia Baldini; Campos, Celia Maria Sivalli; Laranjo, Thais Helena Mourão	Revista Brasileira de Enfermagem dic-19	Brasil	Identificar las tendencias subyacentes de reducción de daños en las políticas de drogas brasileñas.
X1 # * &	"There is a Place": impacts of managed alcohol programs for people experiencing severe alcohol dependence and homelessness.	Pauly, B.; Brown, M.; Evans, J.; Gray, E.; Schiff, R.; Ivsins, A.; Krysowaty, B.; Vallance, K.; Stockwell, T	Harm Reduction dic-19	Canada	Examinar los impactos de los MAPs en la reducción de los daños y riesgos asociados con el consumo de sustancias y la falta de vivienda.
Y1 # *	Práticas de redução de danos e consumo de <i>crack</i>	Camargo, Paola de Oliveira; Oliveira, Michele Mandagará de; Tavares, Diogo Henrique; Silveira, Karine Langmantel; Ramos, Camila Irigohé	Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental dic-19	Brasil	Analizar la producción científica internacional de los últimos cinco años sobre el consumo de crack y estrategias de reducción de daños.
Z1 # *	Gender-based vulnerability in women who inject drugs in a harm reduction setting.	Valencia, Jorge; Alvaro-Meca, Alejandro; Troya, Jesús; Gutiérrez, Jorge; Ramón, Cristina; Rodríguez, Antonio;	PLoS ONE mar-20	España	Identificar cuestiones relacionadas con la vulnerabilidad de género en un grupo de WWUD que asistieron a un centro de reducción de daños en Madrid, España.

		Vázquez-Morón, Sonia; Resino, Salvador; Moreno, Santiago; Ryan, Pablo.			
A2 * &	Desafios às práticas de redução de danos na atenção primária à saúde	Souza, Fabiana Érica; Ronzani, Telmo Mota.	Psicologia em Estudo <i>mar-20</i>	Brasil	Analizar los conocimientos y prácticas de los Agentes Comunitarios de Salud capacitados por el Care Pathway Project, dirigido a usuarios de alcohol y otras drogas desde la perspectiva de la estrategia de Reducción de Daños.
B2 * &	Acesso ao tratamento para dependentes de crack em situação de rua	Rossi, Cintia Cristina Silva; Tucci, Adriana Marcassa	Psicologia & Sociedade <i>mar-20</i>	Brasil	Evaluar el acceso a los tratamientos ofrecidos para la drogodependencia de los consumidores de crack en la calle, es decir, desde la percepción de esta población, para comprender las barreras y dificultades para acceder a servicios que ofrezcan algún tipo de tratamiento para la adicción al crack.
C2 *	Psicologia na rua: delineando novas identidades a partir do trabalho com a população em situação de rua	Rocha, Felipe Coura; Oliveira, Pedro Renan Santos de.	Pesqui. prá. psicossociais <i>abr-20</i>	Brasil	Comprender las prácticas de los psicólogos en el trabajo con PSR en la ciudad de Fortaleza-CE.
D2 #	Circuitos Socio- Asistenciales para	Di-Iorio, Jorgelina; Seidmann, Susana;	Psykhe <i>may-20</i>	Argentina	Indagar las trayectorias de vida y los procesos de construcción de identidad en

* &	Población en Situación de Calle en la Ciudad de Buenos Aires: Representaciones Sociales y Prácticas	Rigueiral, Gustavo; Abal, Yamila			personas en situación de calle (PSC) en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina
E2 * &	El uso de “virado” como estrategia de reducción de daños entre los usuarios de crack del estado de Pernambuco, Brasil	Almeida, Renata Barreto Fernandes de; Santos, Naíde Teodósio Valois; Brito, Ana Maria de; Silva, Keila Silene de Brito e; Jacques, Iracema de Jesus Almeida Alves; Nappo, Solange Aparecida.	Salud Colectiva <i>Jun-20</i>	Brasil	Discutir uno de los usos del crack denominado “virado”, como estrategia de reducción de daños entre las personas que usan crack en Pernambuco, Brasil.
F2 # * &	Políticas de drogas en el contexto brasileño: un análisis interseccional de “Cracolândia” en San Pablo, Brasil	Marques, Ana Lucia Marinho; Couto, Marcia Thereza	Salud Colectiva <i>Ago-20</i>	Brasil	Analizar las complejas relaciones que se establecen entre el consumo de drogas y la formulación de políticas públicas dirigidas a la atención de usuarios.

Nota: Elaboración propia a partir de Morães (2011).

Tal como se demuestra en la tabla 3, la revista Harm Redution Journal fue una de las que más presentaron publicaciones relacionadas a los comportamientos de autogestión de las mujeres en situación de calle. Este factor puede estar relacionado con los objetivos de la revista, ya que se encuentran centrados en los comportamientos de consumo de SPA, políticas públicas, salud pública y consecuencias asociadas a las SPA y la búsqueda de estrategias para la reducción de los daños asociados al consumo de estas (SCI Journal, 2020).

Tabla 3 Distribución de estudios incluidos en la RI con respecto a las revistas en que fueron publicados.

Revista	n	%
Harm Reduction	3	9,4
Rev. gaúch. enferm	3	9,4
Cadernos de Saúde Pública	2	6,3
Revista de Saúde Coletiva	2	6,3
Pesqui. prá. psicossociais	2	6,3
Salud Colectiva	2	6,3
SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.	1	3,1
Health and Social Care in the Community	1	3,1
Revista da Escola de Enfermagem da USP	1	3,1
BMC Public Health	1	3,1
Saúde debate	1	3,1
Ciênc. cuid. saúde	1	3,1
Psicol. pesq	1	3,1
AIDS Care	1	3,1
Health & Addiction	1	3,1
Escola Anna Nery	1	3,1
Salud mental	1	3,1
Saúde em Debate	1	3,1
Revista Brasileira de Enfermagem	1	3,1
Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental	1	3,1
PLoS ONE	1	3,1
Psicologia em Estudo	1	3,1
Psicologia & Sociedade	1	3,1
Psykhe	1	3,1
Total	32	100,0

Nota: Elaboración propia a partir de Morães (2011).

Por otro lado, la tabla 4 demuestra que de los 32 artículos analizados, se verificó que el mayor número de publicaciones referentes al objeto de estudio de investigación se concentró en el 2016, precisamente el año en que se aprobó la Política Nacional de Atención Integral a personas en Situación de Abandono y Situación de Calle 2016 – 2026 por parte del Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión, posteriormente se denota un aumento de publicaciones entre

el 2019 y el 2020, representando un 42,6% entre los ambos años. Ambas variables a pesar de ser totalmente independientes debido al origen de los artículos (detallado en el Figura 3), puede estar relacionado con la necesidad de aumentar los conocimientos a nivel mundial sobre el fenómeno, lo cual a su vez justificó la creación de políticas públicas relacionadas al tema de interés.

Tabla 4 *Distribución de estudios incluidos en la RI con respecto al año en que fueron publicados.*

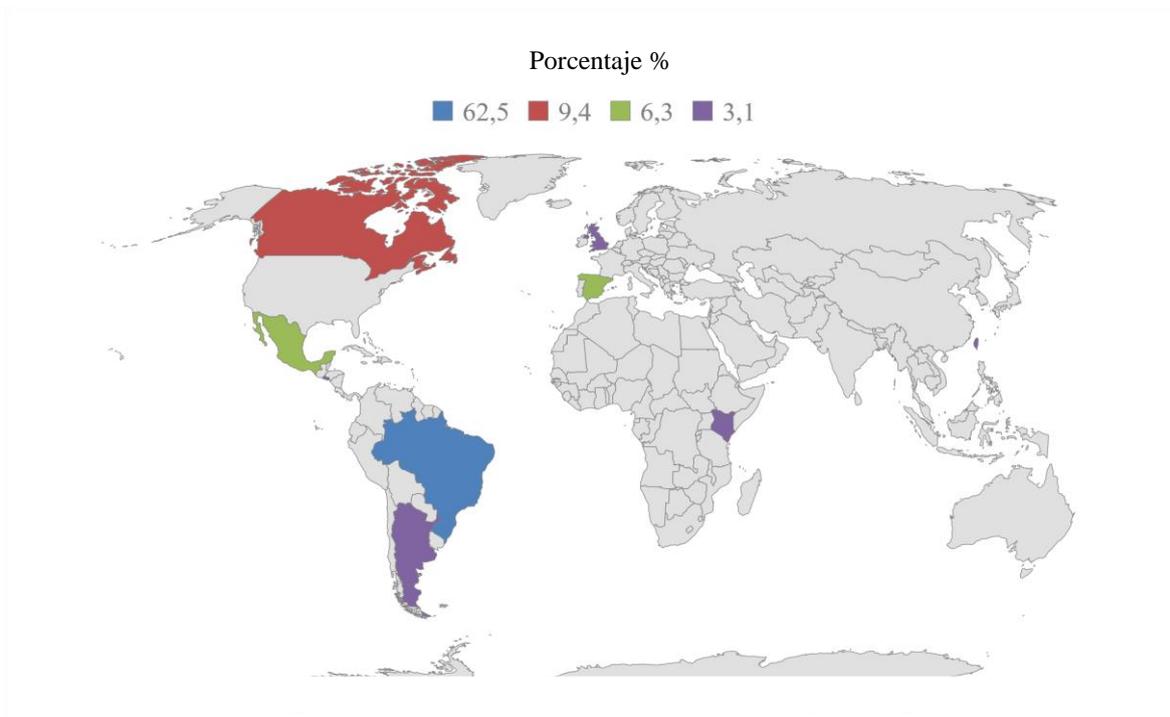
Año de publicación	n	%
2016	8	25
2017	5	15,6
2018	5	15,6
2019	7	21,8
2020	7	21,8
Total	32	100

Fuente: Elaboración propia a partir de Morães (2011).

En la Figura 3, se puede constatar que Brasil fue el país que tuvo mayor producción de artículos relacionados con los comportamientos de autogestión de mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas con un total de 20 publicaciones. Lo anterior, puede ser justificado, ya que una gran parte de las revistas encontradas durante la RI eran procedentes de dicho país, tales como la Revista gaúcha enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem y Revista da Escola de Enfermagem da USP.

Figura 3.

País de origen de los artículos incluidos para la RI sobre comportamientos de autogestión de mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas.

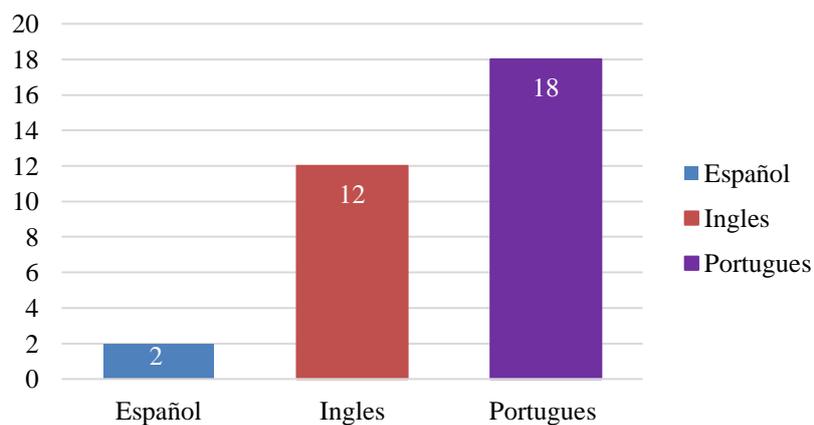


Nota: Elaboración propia a partir de Morães (2011).

Relacionado con lo anterior, como la mayor parte de los artículos tenían a Brasil como país de origen era de esperar que el idioma con mayor predominio fuese el portugués con 18 publicaciones. Por otro lado, el inglés fue el siguiente idioma que tuvo más publicaciones independientemente de su país de origen, mientras que en español, su origen estuvo en los países de habla latina, España y Argentina (Ver Figura 4).

Figura 4.

Distribución de estudios incluidos en la RI con respecto al idioma.



Nota: Elaboración propia a partir de Morães (2011).

Finalmente, con respecto a la distribución de estudios incluidos en la RI con respecto al tema principal (Ver Tabla 5), la categoría “Vulnerabilidades en salud en servicios de atención” se encontró en todos los artículos recuperados durante la RI, no obstante independientemente del tema principal, los artículos se focalizaron en algunos subtemas siendo los derechos humanos (9,4%), uso o abuso de SPA (15,6%) y la reinserción social (18,8%). Debido a lo anterior, se relacionaron dichos subtemas con las principales categorías, según el discurso de los resultados y conclusiones de los artículos, por lo que respectivamente serán insertos el subtema de derechos humanos con la dimensión social y estructural de las violencias; el uso o abuso de SPA con las vulnerabilidades en salud en servicios de atención; y la reinserción social con (Con) viviendo con el estigma.

Tabla 5 *Distribución de estudios incluidos en la RI con respecto al tema principal.*

Categorización	Frecuencia	%
Dimensión social y estructural de las violencias	20	62,5
Vulnerabilidades en salud en servicios de atención	32	100,0
(Con) viviendo con el estigma	21	65,6
Total	32	100

Fuente: Elaboración propia a partir de Morães (2011).

Acerca de la presentación de los resultados

Consecutivamente, y bajo la misma lupa de Morães (2011), se procedió a realizar una lectura selectiva y analítica, siguiendo las principales ideas de los artículos. Además, la autora menciona que en esta etapa se debe realizar la captura, codificación, categorización y síntesis.

De manera que, posterior al análisis, se desarrolló la interpretación de los resultados demostrados y de este modo, se explicitaron los comportamientos de autogestión de mujeres en situación de calle consumidoras de SPA desde la perspectiva del Modelo de Reducción de Daños en las investigaciones científicas recientes.

Acerca de las consideraciones éticas en la investigación

Con el propósito de mantener las consideraciones éticas durante el desarrollo de la investigación, se realizó la correspondiente citación y referencia de las publicaciones que formaron parte del acervo bibliográfico de la presente revisión integrativa. De esta forma, se pretendió respetar los derechos de autor estipulados en la Ley N° 6683: “Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos”.

Consecuentemente, se utilizará el formato de las normas de citación y referencia más actualizadas, propuestas por la American Psychological Association (APA). Por lo tanto, se utilizará la estandarización de la séptima edición del Manual de Publicaciones APA 2019.

Además, se hará uso de los principios éticos descritos por Ezekiel Emanuel con el fin de proporcionar un marco sistemático y racional acorde con las características de una RI. El autor establece siete principios las investigaciones deben contemplar para ser consideradas éticas: el valor, la validez científica, la selección equitativa del sujeto, proporción favorable de riesgo – beneficio, evaluación independiente, el consentimiento informado y el respeto a los sujetos inscritos.

Debido a la metodología de la investigación se consideró los principios del valor, la validez científica y la evaluación independiente, ya que la presente no tuvo que realizar una selección de sujetos por lo que no fue necesario realizar ni una selección equitativa, proporcionar un favorable en el riesgo – beneficio ni ofrecer un consentimiento informado e igualmente queda sin lugar el principio del respeto a los sujetos inscritos.

Con respecto al valor, se describe como la importancia social, científica y/o clínica a cambio del uso de los recursos limitados que implican la realización de la investigación; de modo que la presente, intentó plantear una perspectiva innovadora para el bienestar de las mujeres en situación de calle con consumo de SPA esperando ser un referente para futuras intervenciones y políticas públicas en el país (Emanuel, 1999).

Asimismo, se garantiza la validez científica de la revisión avalado por el establecimiento de un objetivo científico claro, una metodología pragmática y acorde con la pregunta orientadora de la RI y las necesidades sociales del sujeto de investigación; asimismo, con la selección de bases de datos científicas de prestigio; instrumentos para obtención de los datos; un sustentable referencial teórico y un lenguaje científico y cuidadoso. De esta forma, en la presente RI se generaron un serie de conocimientos con un alto grado de credibilidad.

Y finalmente, el principio de la evaluación independiente se justifica debido a que el Emanuel (1999) argumenta que los investigadores poseen potenciales conflictos de interés, lo cual puede distorsionar el proceso de la investigación. De modo que la presente fue sometida a la constante evaluación por parte de pares que no estaban afiliadas a la investigación como la Comisión de Investigación de la Escuela de Enfermería, que tenía la autoridad de aprobar, corregir o suspender la investigación.

Capítulo V. Análisis

“Se utilizan artimañas capaces de ocultar verdades que, si los oprimidos tuvieran la más mínima oportunidad de adivinarlas o intuir las, podrían empujarlos a la lucha”

(Freire, 2001, p. 127)

Sobre la dimensión social y estructural de la violencia

Con relación a la conceptualización de la violencia, partimos desde la concepción hobbesiana de la violencia del Estado Moderno. De forma resumida en la expresión latina *Bellum Omnium Contra Omnes*, Hegel argumenta que la violencia forma parte de la propia naturaleza del ser humano (Hobbes, 1984). En otras palabras, se parte de la premisa que establece la violencia como parte inherente del ser humano por necesidad de imponer su fuerza.

Por otra parte, Maslow ofrece una postura distinta a la expuesta por Hobbes en la Teoría de la Motivación Humana. Según el teórico, la violencia es el resultado de la insatisfacción de las necesidades primordiales del ser humano. De este modo, se argumenta que el actuar de la persona tiene como objetivo cumplir sus necesidades fisiológicas, de seguridad, sociales, estima y autorrealización, de forma respectiva (Maslow, 1954). Cuando estas no son cumplidas, el ser humano puede idear, consciente o inconscientemente, estrategias violentas con el fin de llegar al vértice de la satisfacción humana.

En consonancia con Maslow, el teórico Galtung (2003) entiende la violencia como el agravio a las necesidades humanas básicas de supervivencia, bienestar, representación y libertad, conllevando de forma general al detrimento del individuo o colectividades. De esta manera, se conceptualiza la violencia como una relación social que posee como objetivo la restricción de los derechos humanos (Galtung, 1998).

De forma complementaria con lo anterior, la OMS (2016) define la violencia como el acto deliberado de transgredir de forma física o psicológica a una persona, grupo, comunidad o contra sí mismo, llegando a causar un posible daño perjudicial y un agravio de los derechos humanos (Palma, Rojas, Flores, Arce & Caravaca, 2017). Entre ellos, cabe destacar el derecho a la salud, en el cual Minayo, Ramos de Souza, Alves da Silva & Gonçalves de Assis (2018) apuntan que la violencia afecta a la salud individual y colectiva, causando desde la disminución de la calidad de vida hasta traumatismos físicos, mentales y/o la muerte.

Asociado a lo anterior, también se debe conceptualizar el término de “ciudadano de segunda categoría”, como aquellos cuya posibilidad de ejercer su ciudadanía se ve dificultada, así como su ejercicio de derechos, tales como la vivienda y el trabajo, debido a la escases de recursos o de los mínimos exigibles (Zapata, 2012); muy asociado al término que Fournier

(2015) analiza entre la línea del “ser” y el “no ser”, en la cual un conjunto de características determina si el individuo o comunidad es considerado como un ser humano o no.

En este punto, resulta necesario resaltar los resultados que ofrece Minayo *et al* (2018) respecto a la violencia asociada a la condición de género. Según las autoras, las mujeres tienen mayor propensión de sufrir cualquier naturaleza de violencia (excepto trabajo infantil), sobre todo la violencia sexual, psicológica/moral y abuso financiero/económico.

De modo que, las mujeres en situación de calle con consumo de sustancias psicoactivas no escapan de la violencia asociada a la condición de género. Tal como se presentó en los resultados de la revisión integrativa, 9 de los 32 artículos (F2, Q1, V1, D2, G1, Y1, Z1, U1 e I1) confirman lo anterior. Por ende, se llega al consenso entre los autores, que estas mujeres resultan más vulnerables que los hombres a padecer de distintos tipos de violencia física, verbal y sexual.

(...) Especialmente le tengo miedo a la violencia, porque no sabemos lo que pueda pasar. Hay mucha gente mala. También tengo miedo a los vándalos y otras personas en situación de calle, porque a algunos les gusta luchar y consumir drogas (W6). (G1) Y la cuestión de la violencia de género es muy grande, incluso en “De Braços Abertos” también sucedía; intentábamos aplacar, pero aun así sucedía mucho. Una vez, un hombre y una mujer se estaban peleando en la escena de uso... Y ahí fui a hablar con el Guardia Civil Metropolitano, para pedir ayuda, y él dijo: “Em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher” [refrán popular “en pelea de marido y mujer nadie mete la cuchara”]. Eso está tan enraizado que muchas veces se produce un femicidio porque las personas no pueden entrometerse en una “pelea de marido y mujer”. (F2)

Relacionado lo anterior, se percibió dos principales razones por las cuales las mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas son más propensas a experimentar violencia en su cotidianidad. En cuanto a la primera, tanto I1 como E1 hacen referencia a la exclusión social como un factor importante para las mujeres, puesto que las coloca en una situación de riesgos derivado a la falta de acceso a vínculos sociales y familiares, lo cual repercute en los comportamientos de autogestión riesgosos o dañinos como las prácticas sexuales, la dificultad en el acceso a necesidades básicas y a la expropiación de derechos.

Según F1, dicha exclusión social está relacionada al incumplimiento del rol cultural femenino por parte de las mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas. En algunas culturas, los conceptos de familia e hijos aparentemente son sumamente importantes para las mujeres, por lo que al romper con lo que la sociedad esperaba

de ellas como mujer, madre, hija y esposa; valida la implementación de la violencia y coacción hacia ellas, como una especie de condena social.

Además, F1 al igual que H1 hacen referencia al concepto de interseccionalidad relacionada con la violencia, ya que los artículos hacen énfasis en el carácter relacional que posee la problemática cuando se entiende la violencia como una desventaja social de ser mujer, lo cual se agudiza cuando se combina con otros determinantes como la clase social, raza/etnia, leyes y representaciones sociales. Por lo tanto, el hecho de ser mujer, sin hogar y consumir sustancias psicoactivas, ocupa a la población de este estudio en un lugar en una red más amplia de violencia.

En relación con lo anterior, la violencia se destacó como uno de los elementos que perjudicaba los comportamientos de autogestión en las mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas. En la literatura se destacó el papel del manejo emocional en la población, tal como lo expone S1, el contexto de vulnerabilidad y exclusión social que afectó su autoestima, incidiendo en su capacidad de llevar a cabo las demás tareas de autogestión. Lo anterior concuerda con los resultados de Caravaca (2019) y Parsell *et al* (2017) los cuales evidencian que la pérdida de la autoestima generó barreras para el empoderamiento de la salud y comportamientos de autogestión.

De forma similar, las historias de vida de las mujeres en situación de calle permiten comprender en cierta medida las barreras que obstaculizan la gestión emocional. Según los relatos encontrados en la literatura, la violencia y el uso de sustancias psicoactivas son comportamientos que se abarcan a lo largo de su vida dejando huellas emocionales, inclusive desde la historia de sus madres (H1, A1).

Las secuelas de lo anterior en los comportamientos de autogestión son mencionadas por Lara & Rodríguez (2017) y Zareban, Mohammad, Hossein & Bakhshani (2018), en donde el consumo de SPA funge como un mecanismo de escape para el enfrentamiento de la realidad, impregnada de violencia; y al mismo tiempo, el uso riesgoso de SPA genera defectos emocionales aumentando la necesidad de consumirla.

De esta forma y según lo definido por Galtung, la violencia puede ser tipificada en violencia directa, en un plano visible; y la violencia estructural y cultural, en un plano no visible. De modo que, el autor esboza una triangulación de la violencia, las cuales se interrelacionan y fluyen de formas diversas (Galtung, 1996 & Jiménez, 2019). Dicha tipología se logró identificar a lo largo de la revisión destacando sus manifestaciones hacia los comportamientos de autogestión propuestos por Lorig & Holman (2006).

En cuanto a la violencia directa, se hace referencia a aquellas conductas visibles y deliberadas de las personas (emisor) que causan un daño directo hacia la otra persona, comunidad o si mismo (receptor). Este tipo de violencia puede manifestarse de forma física (afectación a la integridad física de la persona), verbal (insultos, amenazas, humillaciones) y/o psicológica (degradar o controlar el comportamiento de otra persona) (Galtung, 1996 & Jiménez, 2019). Dicho tipo de violencia fue descrita en 5 artículos (I1, Z1, F1, A1, H1) con manifestaciones físicas, sexuales, domésticas y de auto violencia.

En el caso de la violencia doméstica, fue la que tuvo mayor referencia por los autores (H1, Z1, F1, A1). Tal como lo afirman Cameron, Abrahams, Morgan, Williamson & Henry (2016) (A1) y Valencia *et al* (2020) (Z1) una gran parte de la muestra poblacional de ambos estudios hizo referencia de haber sufrido algún tipo de violencia por parte de sus parejas, ya fuese físico, emocional, psicológico o sexual.

Continuando con lo anterior, resulta interesante que las parejas estables reportadas por las mujeres, tanto masculinas como femeninas, también eran usuarias de sustancias psicoactivas. Lo cual desembocó a dos situaciones violentas; en el primer caso se debían a disputas derivadas de situaciones de subsistencia, principalmente por el consumo de estas y por otro lado, la pareja podía ejercer una cantidad significativa de control sobre la mujer para que realizara trabajos sexuales con el fin de conseguir la droga (Haiek *et al* & Valencia *et al* (2020) (F1, Z1).

Según Souza *et al* (2016) (H1), se distinguió que la violencia se encontraba reservada de forma exclusiva a la pareja, de esta forma se establece una relación de objeto hacia ella. Es decir, el cuerpo y mente de la mujer se transmuta en una diana de diversas manifestaciones de violencias por parte de su pareja, entre ellas la disminución en la negociación sobre el uso del condón y el aumento de prácticas de inyección inseguras.

Relacionado con lo anterior, la literatura reveló que la violencia sexual también es una de las manifestaciones directas que sufren las mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas. Tanto Z1, F1, J1 como A1 hacen referencia a esta problemática en la población siendo más vulnerables a experimentar violencias que afecten su salud reproductiva y sexual.

Los resultados de la literatura demuestran que el consumo de sustancias psicoactivas es un factor de riesgo que puede generar situaciones de violencia sexual, sobre todo por parte de sus parejas, tal como se describió anteriormente o bien por parte de los traficantes de drogas, quienes ofrecen la sustancia psicoactiva a cambio de sexo u obligaban a pagar sus deudas con relaciones sexuales, quienes a su vez establecían los comportamientos relacionados con la

práctica sexual, como el uso o no del preservativo (F1, Z1, A1). Dichos comportamientos son un riesgo para las mujeres al exponerlas a numerosas infecciones de transmisión sexual como VIH, Hepatitis B y VPH.

Además, resulta de suma importancia resaltar el aporte que realiza A1, ya que relaciona las historias de violencia sexual que las mujeres en situación de calle habían experimentado con su preferencia a acceder a servicios exclusivos para mujeres, incluyendo los albergues, ya que los albergues mixtos eran percibidos como sitios hostiles y a menudo se sentían inseguras. De forma similar Lara & Rodríguez (2017), describen esta misma problemática a nivel nacional. En su estudio revelaron que las mujeres en situación de calle habían experimentado situaciones violentas de índole sexual mientras esperaban acceder al Centro Dormitorio de la Municipalidad de San José.

Por otra parte, la violencia física es mencionada en los artículos F1, H1, I1, J1 y F2 como otra de las manifestaciones de la violencia directa que la población de estudio se encuentra expuesta en mayor medida. Primeramente, D2 evidencia que dichas situaciones se dan con mayor frecuencia entre sus pares o por fuerzas de seguridad en los espacios públicos. Se destaca lo afirmado por I1, en donde coloca el homicidio como la causa de muerte más prevalente en la población usuaria de crack.

Igualmente, en J1 se demuestran en sus resultados que permanecer en situación de calle se asocia con haber experimentado violencia física, lo cual aumenta con respecto a los días pernotados en la calle. De la misma forma, H1 hace énfasis en las marcas visibles en los cuerpos de las mujeres en situación de calle que denuncian las numerosas situaciones de violencia que experimentan en su cotidianidad.

Cabe destacar que las lesiones físicas también pueden ser resultado de manifestaciones de auto violencia. Tal como lo exponen I1, N1, F1, F2 y D2, el descuido y la negligencia forma parte de la violencia que las mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas reciben de sí mismas. La mayoría de estas lesiones son provocados por los patrones de consumo, ya sea por sobredosis no mortales que causan accidentes como caídas y lesiones físicas o involucrarse en situaciones de alto riesgo para obtener la sustancia psicoactiva como las conductas sexuales de riesgo.

De este modo, la literatura evidenció que la gestión del rol también se vio afectada por las manifestaciones de violencia que experimentan las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA. Tal como se demostró en los resultados, el consumo de SPA provocó situaciones de auto violencia y descuido en la salud de la población en estudio; lo cual, se

encuentra relacionado principalmente con priorizar el consumo de SPA ante otros comportamientos de autogestión como la alimentación, el descanso y la higiene (I1, F1, E2).

Asimismo, el incumplimiento de la tarea se evidenció en los comportamientos de sexo – servicio y en el tráfico de SPA como medios para financiar el propio consumo de SPA por parte de algunas mujeres en situación de calle, lo cual representa un grave riesgo para la salud de las mujeres en situación de calle exponiéndose a numerosas situaciones permeadas por la violencia como agresiones sexuales, físicas y psicológicas (I1, H1, F1, Z1, A1).

Finalmente, con respecto a la evidencia encontrada durante la revisión sobre la violencia directa en mujeres en situación de calle con consumo de SPA, está asociada al papel que ejerce cierta parte de la población como victimarias. Tanto I1 como H1 y F1 mencionan que algunas mujeres se vieron relacionadas con la participación de delitos menores, hurtos, robo y en el tráfico de drogas como “avión” o como se conoce comúnmente en Costa Rica “mula”, es decir, aquellas personas que transportan sustancias psicoactivas del proveedor al consumidor.

Tales comportamientos, se ven relacionados con la necesidad de conseguir la sustancia psicoactiva y mantener el patrón de consumo, por lo que se podría asociar dicha violencia con la necesidad de no padecer los síntomas de abstinencia o bien conseguir medios para poder satisfacer sus necesidades. Tal como lo mencionó Galtung (2003) y Maslow (1954), la violencia se manifiesta como un medio para revertir la insatisfacción de las necesidades humanas de supervivencia del individuo.

Además, se debe establecer la diferencia asociada al tipo de sustancia psicoactiva en cuanto a los comportamientos de las mujeres en situación de calle. Tal como lo expone H1, el alcohol coloca a la mujer en un espacio más de víctima que de victimaria, por lo que es más vulnerable a violencia física, sexual o coacción.

Por otro lado, el crack subvierte la relación de poder entre géneros, haciendo que la misma reaccione ante las amenazas, lo cual no quiere decir que se excluyan la exposición a situaciones de violencia en los escenarios de consumo, que por sí solos significan espacios que ponen en riesgo a la población (X1, I1 y B2). Lo anterior no quiere decir que las sustancias psicoactivas como el crack conducen a una acción violenta. Tal como lo explican en H1, el crack funge como un “trigger” de la violencia en el comportamiento de la mujer que posee escasos o nulos recursos de defensa, excluida socialmente y que es sometida de forma cotidiana a distintas formas de violencia.

En cuanto a la violencia estructural, Galtung (1996) nos hace referencia al conjunto de procesos por parte de instituciones o estructuras, que puede ser entendida como un tipo de violencia indirecta que da origen a la violencia directa. Comúnmente, se presenta en la injusticia

social y desigualdad casi inmutable generando insatisfacción en las necesidades humanas (Jiménez, 2019).

La literatura expone que las mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas se ven expuestas a la violencia estructural por tres principales actores: los cuerpos policiales, el personal de salud y las instituciones gubernamentales (S1, E1, D2, H1, A1, G1 y Y1).

Con respecto a los cuerpos policiales y de seguridad, contrario a lo que su nombre establece, están relacionados con la violencia física en los espacios públicos. De hecho, la exclusividad de violencia que las mujeres tenían hacia sus parejas también era compartida con la policía, los cuales según H1 son protagonistas de la violencia institucional, mediante intervenciones draconianas y comportamientos militarizados, moralistas y conservadoras dirigidas al control social (D2, H1, A1).

No muy lejos de lo anterior, en Costa Rica también se evidencia dichas situaciones de violencia hacia la población. Basta con analizar las intervenciones de la policía municipal de San José, con su accionar draconiano, aislado y con intereses comerciales de expulsar a mujeres y hombres en situación de calle de las aceras donde pernoctan, siendo tratados como una problemática y de forma totalmente deshumanizada, obligándolos a desplazarse a otros puntos que pueden ser más riesgosos para ellos (Repretel, 2017).

Algo semejante sucede en los servicios de salud y atención de las personas en situación de calle. Principalmente, las mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas denuncian el (des) trato percibido por parte del personal de salud y de otros distintos dispositivos que brindan atención. Según S1, esta discriminación puede estar influenciada por el “ojo higienista” que origina actos de exclusión, violencia y prejuicios, originando de este modo, que las mujeres se sientan desechables, rechazadas e indiferentes ante los profesionales (E1, D2).

Además, en D2 las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA denuncian que existen pocos espacios donde pueden ser escuchadas, siendo espacios insuficientemente amigables para ellas expresar sus experiencias y establecer un vínculo de confianza con el personal. Por otra parte, en E1 se afirma que la gratitud puede estar relacionada a la expresión de la fragilidad por la constante exposición a situaciones violentas, revelando una mirada paternalista en la relación que se establece entre los profesionales y las mujeres usuarias.

Sumado a lo anterior, las mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas sufren la violencia relacionada con las intervenciones gubernamentales. Estas se encuentran principalmente relacionadas con la falta de apoyo gubernamental para los

dispositivos que atienden a la población, debido al poco valor percibido por parte del gobierno y la sociedad. De esta forma, los albergues y dispositivos no siempre pueden cumplir con las necesidades de la población, sumado a la inflexibilidad de las regulaciones institucionales y a la falta de intervención para prevenir acciones violentas dentro de estos espacios (G1 y Y1).

Asimismo, la literatura demostró las consecuencias de la violencia estructural para las habilidades básicas de autogestión que proponen Lorig & Holman (2003). Principalmente, aquellas relacionadas con la utilización de recursos y la asociación entre el proveedor de atención en salud, de modo que dicho tipo de violencia generó barreras que obstaculizan el uso de dispositivos de reducción de daños.

Tal como se observó E1, D2, D2, H1, A1 las intervenciones draconianas de los cuerpos policiales y el (des) trato de los profesionales en salud provocan un alejamiento de la población, imposibilitando que llevaron a cabo plenamente sus comportamientos de autogestión.

Por otra parte, la violencia cultural es entendida como el conjunto de aspectos culturales (religión, ciencia, derecho, ideologías, comunicación, etc.) que permiten justificar la violencia directa. De este modo, tanto Galtung (1996) como Jiménez (2019) identifican que en la cultura, puede existir facetas que legitimen las realidades y prácticas de la violencia. En resumen, la violencia directa se da origen por la violencia estructural y es validada por medio de la violencia cultural, cuya consecuencia termina generando una (o varias) transgresión (es) a los derechos humanos de las personas o comunidades.

La violencia cultural afecta a las mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas con la expropiación de sus derechos (V1, E1 y W1) y la ideología prohibicionista (W1 y Y1) que justifica los actos de violencia hacia ellas. Por ejemplo, en W1 se afirma que, dependiendo de la droga, la vulneración de derechos es más justificada, como es en el caso del crack. Por tanto, debemos agregar el tipo de SPA que consumen las mujeres en situación de calle como un elemento que puede agudizar la violencia y las transgresiones a sus derechos.

Entre los principales derechos reclamados por las mujeres se incluían la obtención de documentos como la cédula de identidad, jubilación, vales de transporte y entre otros derechos sociales, como la vivienda, el trabajo y el acceso a las redes sociales de atención (V1, E1).

Con respecto a las políticas prohibicionistas, los autores de W1 y Y1 coinciden en que la legalidad de las sustancias psicoactivas ofrece la oportunidad de acceder a los derechos sociales. De este modo, la dicotomía de la legalización en las políticas prohibicionistas desplaza a las mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas ilegales a espacios

desprotegidos donde la violencia y la transgresión a sus derechos forman parte de su cotidianidad.

De este modo, los resultados relacionados a la violencia en la literatura evidencian la relación que se establece en la triangulación de las violencias de Galtung (1996). Por ejemplo, la violencia cultural del prohibicionismo y la expropiación de derechos justifica la violencia directa (física y psicológica) que efectúan los cuerpos policiales y profesionales sociales y/o de salud, que a su vez tiene como origen la violencia estructural de injusticia social y desigualdad. Dicha relación entre las violencias, además de nutrirse una con la otra en un círculo vicioso, se agudiza dependiendo de las características que posean las mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas.

Por lo tanto, si ya de por sí el discurso de la violencia de género establece que por ser mujer, la sociedad puede ejercer opresión y aumenta su vulnerabilidad a experimentar distintas violencias, entonces si sumamos determinantes como estar en situación de calle, consumir sustancias psicoactivas (agudizado si la droga es ilegal, como el crack), afrodescendiente, *trans*²⁴, inmigrante irregular y con leyes prohibicionistas; el discurso valida toda clase de violencia que puedan experimentar dicha población.

En este punto, se resalta la importancia de introducir la perspectiva de reducción de daños relacionada con la violencia que sufren las mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas. Dentro de la literatura se logró identificar varios artículos (X1, F2, Q1, M1, D2, G1, Y1, Z1, W1 y T1) que exponían dentro de sus resultados diversas intervenciones.

Tal como se analizó, las mujeres en situación de calle con consumo de sustancias psicoactivas son más vulnerables que los hombres en la misma situación a experimentar en su cotidianidad diversas manifestaciones de violencia. Por lo tanto, los autores resaltan la importancia de introducir la perspectiva de género como uno de los pilares fundamentales en el abordaje de la población.

De esta forma, Q1 y F2 coincide con el “Modelo de reducción de daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica” al destacar la comprensión de género como un elemento fundamental para el funcionamiento del modelo de reducción de daños. Por lo que, los

²⁴ Empleando las palabras de Caravaca (2013), podemos comprender a las personas trans como aquellos individuos que no poseen una relación de correspondencia entre su sexo biológico y género, por lo que algunas veces recurren a modificaciones corporales.

abordajes deben tener de forma transversal la perspectiva de género con el fin de mitigar las barreras que originan los actos violentos hacia ellas.

Según X1 los espacios de reducción de daños mitigan los riesgos relacionados con la vulnerabilidad que produce el consumo de sustancias psicoactivas, siendo además entornos curativos. Por lo que la creación de dispositivos para la atención exclusiva de mujeres en situación de calle es uno de los abordajes que se deben considerar con la implementación del modelo de reducción de daños. De esta forma, dicha población se sentirá en espacios más seguros para llevar a cabo sus necesidades como dormir, bañarse, comer, entre otras.

Por ejemplo, el programa “De Braços Abertos” de São Paulo, Brasil promovió la reducción de la vulnerabilidad de sus beneficiarias al ofrecer un paquete de derechos, entre ellos la vivienda, alimentación, fuentes de trabajo, asistencia social y salud. Entre los cuales destacó la oferta de la vivienda como un elemento que mejora la calidad de vida al garantizar un descanso seguro, contrario a la supervivencia que implica pernoctar en las calles “sin poder cerrar los ojos” ante la inseguridad y el miedo (Q1).

Los autores T1 coinciden con la importancia de los resultados de Q1, sin embargo ellos agregan que la reducción de daños debe estar acoplada a las posibilidades y objetivos que cada una de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA quieran para sí mismas. Lo anterior, está relacionado a lo mencionado por ICD *et al* (2016), en cuando a las intervenciones centradas en la persona más que en la sustancia psicoactiva y al reconocer la gradualidad como un principio fundamental para la reducción de daños.

Por otra parte, según G1 las mujeres en situación de calle con consumo de SPA perciben el empleo como una forma de mejorar el futuro para sí mismas. Por lo que, ellas esperan en un contexto de macroestructura social, incluirse dentro del mercado laboral. En cuanto a lo anterior, el modelo propuesto por el ICD *et al* (2016) implica la universalidad e interdependencia de los derechos en el abordaje de la población, por lo que la inclusión laboral también forma parte de los elementos que deben garantizarse y que reducen la vulnerabilidad y la violencia en las mujeres. De esta forma, ellas no tendrán que realizar trabajos riesgosos como el sexo – servicio o servir de “mula” para los traficantes, con el fin de conseguir dinero para ya sea, satisfacer sus necesidades o para el consumo de SPA.

Asimismo, la literatura destacó la implementación de estrategias educativas como un abordaje reductor de daños y de la violencia. En el caso de Q1, el programa invirtió en la formación ciudadana al ofrecer debates relacionados con temas transversales e intersectoriales como la violencia. De igual forma, M1 resalta la importancia de dar a conocer mejor la reducción de daños, debido a su capacidad de minimizar el sufrimiento de las usuarias de SPA

en situación de calle. Es por ello, que el MRD del ICD *et al* (2016) promueve la implicación de la sociedad civil en las estrategias de reducción de daños, y de este modo reducir la exclusión social y la violencia hacia la población en general, y especialmente a las mujeres.

Todo lo anterior, permite la discusión de uno de los principios fundamentales para el modelo de reducción de daños que es el trato con dignidad, respeto y compasión de las mujeres en situación de calle con consumo de SPA (ICD *et al*, 2016). Tanto Q1 como M1, E1 y W1 hacen énfasis en valorizar a las usuarias como seres humanos, respetando sus derechos de ciudadanía y con prácticas ético – políticas humanitarias y antiprohibicionistas.

Relacionado a lo anterior, D2 sugiere la lógica de intervención restitutiva en lugar de un paradigma tutelar, ya que esta última se fundamenta en una ética moralista del “deber ser”, mientras que la tutelar se configura desde una ética relacional, es decir, en reconocer y aceptar del otro en su diferencia como un sujeto cognoscente con igualdad de derechos y de este modo, se establece una relación entre ser y ser.

Por lo tanto, varios autores encontrados en la literatura como Q1, M1, Z1 y Y1 coinciden en el valor de invertir en políticas públicas que incluyan los principios de reducción de daños para el abordaje integral e intersectorial de las usuarias de sustancias psicoactivas en situación de calle, con el fin de mitigar los prejuicios y disminuir la violencia que estas experimentan en su día a día.

A sí mismo, se debe promover la implementación de programas centrados en el apoyo y la prevención de la violencia, siendo los servicios públicos como el cuerpo policial y los servicios de atención social y de salud, los principales enlaces a dispositivos de reducción de daños, en donde las mujeres podrán llevar cabo sus comportamientos de autogestión.

Por lo tanto, tomando en cuenta lo demostrado en la literatura con respecto a la violencia estructural, cultural y su relación con los vínculos establecidos entre los proveedores en salud y las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, se debe construir una relación horizontal, tal como lo proponen Lorig & Holman (2003). Lo anterior, es derivado a la evidencia que demuestra como la violencia percibida por las mujeres en situación de calle mientras hacen uso de los recursos (dispositivos, centros de atención primaria, hospitales, etc.) disminuyen su autoestima y mina el deseo de volver a utilizar un recurso.

Finalmente, las mujeres en situación de calle relatan su incapacidad de llevar a cabo habilidades tales como la de resolución de problemas, toma de decisiones y la toma de acción, ya que se perciben a sí mismas incapaces de realizar sus propios cuidados (D2). Es por ello, que la implementación de estrategias de reducción de daños centrados en la persona y en su empoderamiento optimizaría la capacidad de autogestión y a su vez, se fortalecerá su ciudadanía

de tal modo que se sientan empoderadas de buscar su derecho de acceso a la salud, vivienda y trabajo.

De este modo, se destacó el aporte del profesional en Enfermería en la comprensión de la violencia como un fenómeno complejo, multidimensional y que influye de forma transversa los comportamientos de autogestión de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA. Por lo que, el profesional debe comprender de forma íntegra las implicaciones sociales y culturales que conllevan ser mujer y a ello, añadir su situación de calle y el consumo de SPA.

Debido a lo anterior, durante el abordaje de la mujeres en situación de calle consumidora de SPA, el profesional en Enfermería debe indagar en la entrevista con la usuaria, las manifestaciones de la violencia a las que pueden ser sujetas. Además, Enfermería debe brindar tanto el acompañamiento como la educación en salud necesaria para empoderarla en sus comportamientos de autogestión, no sin antes obtener su confianza como miembro importante de los proveedores de salud.

Resulta necesario recalcar que el profesional de Enfermería encargado del abordaje de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, debe ser consciente de analizar su percepción hacia la población, de tal modo que alcance a descartar los prejuicios que perpetúan la violencia estructural de los sistemas de salud hacia la población. En muchas ocasiones, el profesional de Enfermería es el primer contacto de la población con el sistema de salud, por lo que un (des) trato de prejuicio y estereotipos puede provocar la pérdida de la confianza de la usuaria haciendo que no vuelva a utilizar los servicios y recursos disponibles. Por consiguiente, las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA se mantendrán en la triangulación de la violencia (directa, estructural y cultural) y no podrán llevar a cabo sus tareas de autogestión ni desarrollar las habilidades propuestas por Lorig & Holman (2003).

Lo anterior implica que el profesional de Enfermería debe encargarse de (de) construir la percepción de la sociedad civil, profesionales sociales y de la salud, con respecto a las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA. De este modo, la educación de diversos sectores involucrados, además de ser uno de los principios fundamentales en la reducción de daños de SPA, contribuirá a la reducción de la violencia.

En resumen, según lo analizado en esta categoría podemos concluir que la cotidianidad de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA está impregnada de numerosas manifestaciones de violencia directa, estructural y cultural, las cuales se nutren una de otra, perpetuando de este modo el círculo de la violencia. En consecuencia, la población entra en la categoría de ciudadanos de segunda, por lo que no pueden ejercer de forma plena sus derechos como la alimentación, la vivienda, la higiene y el trabajo.

Consecuentemente, sus comportamientos de autogestión se vieron afectados al disminuir su capacidad de gestión emocional, con la depreciación de su autoestima y la gestión de roles, con su percepción de incapacidad y descuido; los cuales, a su vez, dificultan la gestión de comportamientos, por lo que, las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA no pueden llevar a cabo estrategias de reducción de daños. Por lo tanto, el profesional de Enfermería debe abordar la violencia como prerrequisito, con el fin de empoderar a la población a llevar a cabo sus comportamientos de autogestión y disminuir los daños asociados al consumo de SPA.

Sobre vulnerabilidades en salud y servicios de atención

Según la OMS (1948), la Salud es un estado completo de bienestar tanto físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad. Sin embargo, dicha conceptualización resulta sumamente obsoleta en pleno inicio del siglo XXI, por lo que concuerdo con López y Frías (2002), quienes critican dicha definición por equiparar el bienestar con la salud, además consideran que expresa más un deseo utópico que una realidad alcanzable al idealizar un “estado completo” de salud, lo que a su vez, excluiría visiones más integrales al considerar la Salud como un estado estático e invariable.

Por ende, coincido con Valenzuela (2016), al afirmar la complejidad de conceptualizar y desentrañar la definición de Salud, ya que varía según la visión de las personas y a su vez, se influencia por el contexto temporal y cultural. De este modo, convengo conceptualizar la Salud como un estado subjetivo, en donde un conjunto de determinantes sociales brinda al ser, herramientas y valores que son utilizados como estrategias para promover la calidad de vida y es por ello, que debe ser visto como un derecho innegable e inherente a todo ser humano.

En ese sentido, considero los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como un conjunto de condiciones que intervienen en la salud de individuos a lo largo de su ciclo de vida (OMS, s.f; Tamayo, Besoain & Rebolledo, 2018 & Alfaro, 2014). Particularmente en la literatura encontrada en la revisión, se destaca la necesidad de considerar los DSS en los espacios de Atención Primaria en Salud para la atención de las mujeres en situación de calle (X1, F1 & A2).

Entre los Determinantes Estructurales²⁵ de las inequidades presentes en la población de estudio se destaca el contexto socioeconómico y político, género, clase social y territorio. Específicamente, en F2 se hace énfasis en la diferenciación del marcador identitario y de los comportamientos de cuidado desarrollados entre mujeres y hombres en situación de calle. En el mismo, se agrega que en cada género las expectativas y percepciones son distintas. Debido a lo anterior, se fundamentan las intervenciones que aborden la perspectiva de género.

Por otra parte, los Determinantes Intermedios²⁶, transversales en la vida de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, se destacan los recursos materiales, como el empleo y trabajo, ingresos y situación económica, la vivienda y sistema material; sistemas de salud y factores psicosociales, factores del comportamiento y biológicos.

²⁵ Particularidades que forjan o promueven la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente (OPS, 2012).

²⁶ Medios de operación de los determinantes estructurales para producir los resultados de salud, distribuidos según la estratificación social (OPS, 2012).

Una considerable cantidad de literatura científica en la revisión hace referencia a los sistemas de salud que realizan un abordaje a las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA. En la misma se problematiza la dicotomía entre el abordaje moralista y biomédico, y se propone una visión integral en la línea de atención psicosocial por parte de las personas profesionales y gestoras de la salud (C1, I1, F2, C2).

Es por lo anterior que en la literatura se destacó que las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA prefieren hacer uso de recursos que permitan satisfacer sus necesidades básicas como alimentación, higiene, descanso nocturno y la solicitud de materiales (P1, G1, D2, E1); sobre aquellos que limitan las posibilidades de acceso de las personas consumidoras de drogas (B2, Z1), lo cual disminuye la calidad de los servicios ofrecidos. Además, la población enfatiza la atracción hacia los servicios que ofrecen actividades educativas e intervenciones más allá de la salud – enfermedad, como la obtención de documentos y las derivaciones a otros servicios sociales y de salud (E1 y D2).

En la misma línea, H1 aporta a los anteriores autores, al destacar la importancia de ofrecer servicios de salud que garanticen la atención integral a las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA desarrollando acciones de salud singulares, basadas en los principios de integralidad, equidad y universalidad, basados en el respeto a la persona humana; mismos que comparten el sistema de salud público costarricense, así como los elementos básicos para el funcionamiento del MRD.

Para ilustrar este concepto tomemos como ejemplo la información brindada por H1. Como se evidenció en la anterior categoría, las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA son vulnerabilizadas y expuestas a sufrir actos de agresión como violaciones sexuales. De este modo, si una mujer consulta por problemas psiquiátricos y el personal en salud no posee una visión amplia del fenómeno, se le puede recetar medicamentos como el Haloperidol²⁷ que puede causar somnolencia (UpToDate, 2020) y con ello aumenta su vulnerabilidad. Por lo que, el personal en salud debe escuchar con atención y acompañarlas en su cotidianidad para establecer una atención que mejore su calidad de vida.

En la presente literatura, se destacaron 10 servicios o dispositivos que ofrecen atención a las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA: Salas de Uso Supervisado (SUS) (Y1), Managed Alcohol Programs (MAPs) (X1), “Vivienda primero” (N1), Salas de Consumo Higiénico (P1), Consultorios de Calle (C1, Q1, S1, V1 Y E1), Carpas (Q1), Albergues (G1 y A1) y Centros de Atención Psicosocial para alcohol y drogas (CAPSad) (J1, H1, R1 y K1).

²⁷ Medicamento en la Lista Oficial de Medicamentos de la CCSS (CCSS, 2020).

Entre los anteriores, se destaca los Consultorios de Calle, como uno de los servicios valorados de forma positiva por las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA por su capacidad de brindar una serie de programas con potencialidades, como el Programa “De Braços Abertos” que ofrece un paquete de derechos entre ellos el trabajo, el cual representa un compromiso con los comportamientos de autogestión reduciendo la vulnerabilidad del consumo de SPA (E1, Q1).

Además, los Consultorios de Calle generaron la oportunidad para que la población en estudio accediera a los servicios de salud, promoviendo la articulación entre servicios, la disminución en el consumo de SPA y una mejora en los comportamientos de autogestión, la cual es una de las atribuciones que S1 sugiere estimular y fortalecer, de este modo se estará fortaleciendo su ciudadanía y la capacidad de buscar sus derechos al acceso a la salud, trabajo y la vivienda (Q1, S1, V1, M1).

Tal como lo sugiere Lorig & Holman (2003) la utilización de los recursos es una de las habilidades fundamentales para los comportamientos de autogestión. Tal como varios autores de la literatura sugieren, entre ellos, Q1, M1 y S1 la mejora de la autogestión está estrechamente relacionado con el consumo de SPA y en el empoderamiento de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA a demandar sus derechos como seres humanos.

Haciendo alusión a P1, este estudio demostró que las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA hacen un uso más limitado a los programas de RD, no obstante, tienden a interiorizar de mejor forma la toma de acción en los tratamientos y seguimientos. Este momento suele verse marcado cuando la población contempla que el consumo de SPA supone un riesgo para la salud física, psíquica y problemas con la ley, lo cual conlleva a la reflexión de cambiar su estilo de vida.

Así mismo, el MRD promueve la eliminación de barreras de acceso de los servicios de salud (ICD *et al*, 2016; B2). Por lo tanto, entre sus recomendaciones sugiere abordar las necesidades de las personas desde distintas aristas y estrategias de reducción de daños. Igualmente, el personal de salud de los servicios posee gran importancia en lo referente al uso de recursos, así como a la toma de decisiones y de acción, conformando la asociación del personal con la persona usuaria (Lorig & Holman, 2003).

Dicho concepto es discutido en los resultados y conclusiones de la literatura a lo largo de la revisión. Primeramente, los autores discuten el compromiso de las personas profesionales en promover el acceso a servicios de atención integrales y acorde con sus necesidades básicas. Asimismo, pueden representar la primera barrera en el acceso a los servicios de salud derivado de estereotipos generados por la violencia estructural, por lo que establecer políticas anti-

estigma y (re) construir nuestro imaginario social son tareas que deben ser implementadas (I1, B2, ICD *et al*, 2016).

De este modo, los autores proponen que el profesional en salud debe establecer un vínculo con la persona usuaria, siendo esta una de las estrategias principales del MRD (R1, Q1, S1, E1, A1). No obstante, según P1 la relación que poseen las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA con los profesionales es meramente instrumental, es decir, ellas establecen un vínculo para solicitar material de consumo o para llevar a cabo alguna de sus necesidades como el baño, además se encontraban la consejería individual y/o sesiones grupales desgarradoras e inútiles, principalmente porque no se resolvían sus dificultades inmediatas (A1).

Por lo tanto, debemos volver a D2, el cual recomienda establecer un vínculo tutelar, coincidiendo con lo recomendado por el Modelo de Reducción de Daños (ICD *et al*, 2016) y la autogestión de Lorig & Holman (2003), en donde las personas deben ser socios de los proveedores de atención en salud, por lo que el profesional de Enfermería debe convertirse en un maestro y compañero, así como un supervisor profesional; estableciendo de esta forma una relación horizontal donde las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA están empoderadas para poder discutir sobre las tendencias, ritmos, tratamientos y toma de decisiones de su situación.

Asimismo, la relación terapéutica debe estar basada en las preferencias de la usuaria, por lo que el profesional debe desarrollar la habilidad de la escucha y del diálogo, por medio de técnicas de comunicación que faciliten la conversación, la aceptación del otro, la empatía y el reconocimiento de las usuarias como sujetas de derecho (R1, I1 y V1).

Tomando en cuenta todo lo anterior, podemos continuar analizando los factores del comportamiento y los factores biológicos como determinantes intermedios de la salud relevante durante la lectura de los artículos encontrados en la revisión. Específicamente, S1 afirma que el déficit en los comportamientos de autogestión aumenta su vulnerabilidad social y afecta la atención de salud dirigida a la población de la calle. Por lo tanto, se deben fortalecer las tres tareas de autogestión (gestión de comportamiento, gestión del rol y gestión emocional) que propone Lorig & Holman (2003) para hacer frente a las vulnerabilidades en salud de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA.

En primera instancia, se debe iniciar el análisis con la gestión de comportamiento de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA. Debemos recapitular que esta tarea implica el manejo de los comportamientos, siendo en este caso todas aquellas recomendaciones y

estrategias de reducción de daños asociados al consumo de SPA de acuerdo con las particularidades que cada persona.

Los resultados son consistentes con los beneficios de las estrategias de reducción de daños en la población, además incitan al uso de estas estrategias en los servicios y dispositivos de atención, ofreciendo un lugar limpio, seguro, flexible y con disponibilidad de recursos materiales individuales para el consumo de SPA con el fin de evitar sobredosis y transmisión de enfermedades infectocontagiosas; y a su vez, dar cobertura a las necesidades básicas de cada persona (Y1, P1, S1, W1, J1).

Coincidiendo con los anteriores, C2 agrega que la reducción de daños es una táctica para romper las barreras morales con las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, de esta forma, se permite una atención más eficaz al consentir una mayor flexibilidad en la elaboración de recursos de tratamiento y reforzar la autogestión. Por lo tanto, se aboga en la implementación y expansión de servicios y dispositivos dirigidos a las usuarias de drogas con modelos integrales, humanizados y con programas de reducción de daños (J1).

Muchos de estos resultados corroboran lo afirmado por X1, R1 y Q1 en la relación que se establece entre el MRD y los comportamientos de autogestión de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA. Los autores destacan que los comportamientos de autogestión como la nutrición, el lugar para dormir, los recursos para la higiene y el consumo de SPA están estrechamente relacionados con la reducción de los daños, dando como resultado la mejora de su bienestar y la recuperación de su salud.

De forma contraria, resultados encontrados en la literatura sobre la abstinencia hacen énfasis en resultados menos eficaces, mayores tasas de abandono del tratamiento y patrones de consumo riesgosos, con mayores sentimientos de culpabilidad y vergüenza (X1, B2, R1, F1 y A2), como por ejemplo, X1 describe el comportamiento de ingerir grandes cantidades de alcohol antes de entrar a un dispositivo para prevenir la abstinencia, lo cual puede desembocar en daños físicos agudos, como caídas y síncope en lugares inseguros.

Pese a lo anterior, los discursos en las entrevistadas de R1 y A2 centran su foco principal en la abstinencia, por lo que X1 destaca la importancia de brindar intervenciones informativas sobre los síntomas de abstinencia de la sustancia en uso. Además, se destaca que las usuarias que tuvieron alta en el tratamiento presentaban mayor autocontrol y autoestima, siendo esta última una de las principales debilidades en las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA como consecuencia de las violencias que experimentan en su cotidianidad. Por lo que, en dicha población se recomienda un patrón de consumo más controlado, con menos daños y riesgos asociados basado en los elementos de la reducción de daños.

Entre los principios de la reducción de daños, se destacan en la literatura las intervenciones centradas en los riesgos y daños específicos (C2, U1), basadas en evidencia y costo – efectividad (Y1 y A2), gradual (C2), dignidad, respeto y compasión (R1) e información, educación y capacitación (N1, B2, Q1).

Primeramente, tanto C2 como U1 concuerdan con lo planteado por el MRD (ICD *et al*, 2016) en el principio de la particularidad de cada usuaria. Los autores destacan en sus resultados y conclusiones que la metodología de trabajo de los centros de servicios de atención a mujeres en situación de calle consumidoras de SPA deben centrarse en el contexto dinámico de cada usuaria. Por lo que, se debe abordar de forma flexible las necesidades específicas que se van presentando según los riesgos, daños particulares y sus causas.

No obstante, conviene subrayar la importancia de las intervenciones basadas en la evidencia y costo efectividad. La crítica encontrada en la literatura se basa en la implementación de intervenciones de RD sin una base teórica y en cómo, la implementación de programas con fundamento y resultados efectivos puede llegar a disminuir los gastos de las arcas públicas asociados al uso descontrolado y desprotegido (Y1 y A2).

Entre algunas de las intervenciones y estrategias exitosas encontradas durante la literatura se destaca el uso de la marihuana al promover un patrón menos compulsivo (I); el uso del “virado” como técnica para el consumo de crack para controlar el uso compulsivo, mantener el libido y la convivencia social (E2); la distribución de kits de uso seguro en comportamientos de consumo de SPA y prevención de transmisión de enfermedades infecciosas (I1, J1, C2); lugares de consumo supervisados (Y1, I1 y P1) y la formación en Naloxona para evitar sobredosis (P1 y N1).

Igualmente, además de la formación en el uso de Naloxona para evitar sobredosis, varios autores encontrados en la literatura recomiendan la implementación de políticas de información, educación y capacitación de personas asociadas al fenómeno del consumo de SPA por parte de las mujeres en situación de calle.

Entre las principales actividades educativas, destacan las sesiones informativas sobre las opciones de tratamiento, salud sexual, asesoramiento jurídico y convivencia social y ciudadana; asimismo, la educación continua de las personas profesionales en salud enfocadas en las bases teóricas de reducción de daños, con el fin de ampliar y modificar la atención y servicios de salud (B2, Q1, D2, Z1, R1, T1 Y A2).

Además, los resultados de la revisión señalan que las estrategias deben realizarse de forma gradual, según las expectativas y necesidades de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, por lo que el papel del profesional de salud es brindar asesoría para que

las metas de las usuarias sean factibles, inmediatas y realistas, asimismo, el trato siempre debe estar basado en el respeto, dignidad y compasión (C2 y R1; ICD *et al*, 2016). De este modo, se evita que las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA se sientan violentadas a la hora de acudir a los servicios de salud.

Tal como se señala en I1 y P1, las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA tienden a tener un uso limitado y esporádico de los programas de RD, de servicios sociales y de salud. Asociado a lo anterior, también puede deberse a la característica nómada que posee parte de la población por lo que, el seguimiento al tratamiento suele convertirse en una de las principales dificultades de los servicios. De este modo, la literatura recomienda el compromiso y colaboración entre diversos sectores sociales y de salud para la atención articulada de las usuarias (S1, G1, A1).

Por otra parte, entre los elementos esenciales para el funcionamiento del MRD en las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA según la literatura, se encuentran: centrado en la persona (E1, R1, T1, A2, A1), prevención, acompañamiento y tratamiento socio-sanitario (P1, C1, V1, J1, W1, E2, A2, A1, S1, C2, T1), contención de la sobredosis (P1, N1), proporcionar un entorno seguro (X1, I1, Y1), inclusión laboral (H1, S1, Q1, G1 y T1), actividad sexual comercial (F1, G1, Z1, I1, U1 y A1), estrategia de pares (N1, D1, B1 y F1), acceso a la vivienda (X1, N1, S1, G1, Z1 y Q1) y como se analizó anteriormente, eliminar las barreras de acceso a los servicios, cuerpos policiales e incidencia del sistema judicial, el abordaje con mirada de género y la violencia como prerrequisito.

Tanto la literatura como el MRD (ICD *et al*, 2016) señalan la importancia de implementar estrategias centradas en las principales necesidades que percibe la población. Debido a lo anterior, se propone la ejecución de acciones orientadas a un enfoque más centrado en la persona, proporcionando respecto a sus derechos, articulación entre servicios, así como el apoyo emocional y práctico. De este modo, las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, como la parte más interesada del tratamiento, experimentaron servicios coordinados y personalizados a sus propias necesidades individuales (E1, R1, T1, A1).

Vinculado a lo anterior, el profesional en Enfermería debe establecer un adecuado acompañamiento y tratamiento socio – sanitario a las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, así como la prevención de enfermedades y contención de sobredosis. Basándonos en los resultados de la revisión se evidenció que la población en estudio tiene mayor posibilidad a experimentar enfermedades infectocontagiosas (VIH, Hepatitis B y C, sífilis, tuberculosis), hospitalizaciones por problemas psicológicos y psiquiátricos, síntomas depresivos e ideación suicida y traumatismos. Asimismo, la reducción de daños interviene con

el fin de reducir los riesgos a la salud derivados del consumo de SPA (A1, N1, W1, P1, V1, J1, E2).

Asimismo, X1, N1 y Q1 coinciden en sus resultados al demostrar que a menudo las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA pasaban en ambientes de emergencia y atención aguda derivado por problemas de salud, consumo riesgoso de las PSA (síndrome de abstinencia, lesiones o sobredosis), falta de vivienda, exposición a factores de riesgo para la salud y/o la falta de atención primaria. Se debe agregar que los resultados en N1 demuestran una disminución en la hospitalización asociado a los programas de reducción de daños como la prevención de sobredosis, educación basada en pares y la formación en Naloxona.

Resulta interesante destacar los resultados de J1, al enfatizar la relación entre la cantidad de días, meses o años que las mujeres han estado en situación de calle con posibles enfermedades, coincidiendo con lo expuesto por Herrero & López (2014). En ambos estudios, los resultados evidenciaron que las mujeres que permanecen más tiempo viviendo en la calle o en albergues mostraron diferencias estadísticamente significativas en relación con los problemas clínicos y psiquiátricos.

Además, tanto P1 como V1 enfatizan que las posibles dificultades en la atención y prevención de dichas enfermedades son debido a las condiciones de vida que dificulta la integración a las mujeres en situación de calle a los programas y tratamientos de seguimiento. Por lo que las estrategias utilizadas fueron el diagnóstico rápido y, en consecuencia, la atención inmediata para la atención del problema de salud.

Consecuentemente, las acciones de RD están relacionadas al concepto de prevención de enfermedades derivadas del consumo de SPA y del contexto de la mujeres en situación de calle. Por lo que el objetivo se centró en el control de enfermedades de transmisión infecciosa, reducción del riesgo de enfermedades crónico – degenerativas y otras enfermedades específicas que pueden afectar a calidad de vida de la población (T1, C2 y A2).

La distribución de insumos materiales, como los kits de consumo seguro de SPA o entrega de condones, fueron estrategias orientadas a la prevención de dichas enfermedades, llegando a ser costo efectivas y, de manera indirecta, se evidenció el establecimiento de un vínculo entre las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA y las personas profesionales en salud, familiarizándose con el equipo y con las estrategias de reducción de daños (C2 y A2).

Además, varios autores (N1, O1 y B1) validaron la estrategia de pares como un enlace bidireccional entre los trabajadores de la salud y las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, en otras palabras, los pares ayudaban a explicar las necesidades de salud a los

proveedores de salud y al mismo tiempo, ofrecían un soporte en la educación de las usuarias para la reducción de los riesgos y estrategias de consumo.

Conjuntamente, tanto el MRD (ICD *et al*, 2016) como la Educación en Autogestión de Lorig & Holman (2003) promueven la utilización de pares debidamente capacitados, con el fin de mejorar la autoeficacia y autonomía. La estrategia consiste en el modelado por parte de sus compañeros, mediante la enseñanza de programas de autogestión y reducción de daños. Asimismo, la estrategia vislumbra una oportunidad de inclusión laboral para aquellas usuarias que deseen formar parte del equipo de pares.

La literatura señala que la falta de empleo es uno de los factores que dificulta los comportamientos de autogestión en las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, y al mismo tiempo, la falta de autogestión era un factor excluyente para conseguir empleo (H1, S1). De esta forma, Q1, G1 y T1 coinciden con ICD *et al* (2016) al priorizar la inclusión laboral como parte de los elementos esenciales para el funcionamiento del MRD y la autogestión de las usuarias, pues tal como lo detalla Q1, el trabajo permitió utilizar parte de su salario para la compra de medicamentos e insumos de consumo seguro de las SPA y a la vez, disminuir los escenarios de violencia y situaciones de riesgo para conseguir dinero como el sexo – servicio.

Y es que, dentro de la revisión de la literatura, la actividad sexual comercial es uno de elementos más importantes para abordar con las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA. Principalmente, se identificó como una de las fuentes para el consumo de las drogas, ya sea a cambio de dinero o para el intercambio directo entre el sexo – servicio y la SPA. Consecuentemente, dicha actividad supuso un gran riesgo para la salud sexual de las mujeres en situación de calle al estar en una alta exposición a enfermedades de transmisión sexual (F1, G1, Z1, I1, U1 y A1).

Los anteriores resultados conciertan con Yajaira *et al* (2014) y Caravaca (2019) al relacionar la actividad sexual comercial con un aumento de las manifestaciones de la violencia como agresiones sexuales, embarazos no deseados y ITS, agudizado por la falta de visibilización y la exclusión de la perspectiva de género en la políticas públicas y marcos metodológicos. Por ende, ofrecer la oportunidad de inclusión laboral a las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA permitiría disminuir a la exposición a estos riesgos y a mejorar sus comportamientos de autogestión al contar con ingresos económicos estables y seguros.

Asimismo, X1 y I1 destacan la influencia de los espacios de consumo seguro y el acceso a la vivienda con los comportamientos de autogestión de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA. De esta forma, los resultados evidenciaron que proporcionar un espacio limpio, seguro y con disponibilidad de materiales individuales de consumo, conlleva a una

reducción de riesgo de ITS, sobredosis, lesiones y situaciones de violencia, como agresiones sexuales. Por lo tanto, los espacios de consumo seguro, así como el acceso a la vivienda fueron elementos que la literatura destacó como estrategias exitosas para la reducción de daños y comportamientos de autogestión (Y1, X1, N1, Q1, S1, G1, Z1 y J1).

Llegados a este punto, podemos avanzar en nuestro razonamiento con la gestión de roles de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA. Esta tarea implica en mantener, cambiar y crear nuevos comportamientos significativos de reducción de daños en la vida de las usuarias. De modo que la literatura destacó dos principales resultados, gestión de necesidades básicas en alimentación, higiene y descanso; y la gestión en el consumo de SPA.

Primeramente, cabe señalar que los resultados coinciden con Moreno *et al* (2017), al deducir que, en algunas ocasiones, estar en situación de calle se supone una dificultad o incapacidad de cumplir con ciertos comportamientos necesarios para la salud. Entre ellos, la literatura señala la alimentación, higiene y el descanso como comportamientos que se ven afectados en función de la SPA, es decir, la dependencia al crack provoca una mayor pérdida de interés en otras áreas como la alimentación (I1, E2, G1).

Tal como menciona I1 y V1, la ausencia de la gestión de necesidades básicas conlleva a las mujeres en situación de calle a descuidar su propio cuerpo para consumir la SPA, y consecuentemente llegan a padecer de las enfermedades analizadas anteriormente y en ocasiones puede provocar la muerte. Debido a lo anterior, desde el paradigma de reducción de daños se coloca a las mujeres en situación de calle como receptoras de cuidado, desplegando intervenciones dirigidas a la dimensión de la autogestión en necesidades de alimentación, higiene y pernocte (D2).

Entre la literatura se destacan los albergues como una de las estrategias exitosas para contribuir con la gestión de las necesidades básicas de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA (G1, Q1). En caso particular, el MRD del ICD *et al* (2016) conceptualiza a los albergues como dispositivos de bajo umbral para que las personas en situación de calle puedan llevar a cabo sus necesidades básicas, emocionales y sociales con el fin de mantener, cambiar y crear comportamientos saludables. Por lo cual, se puede afirmar que sus objetivos se encuentran encaminados a permitir una mejora en los comportamientos de autogestión y a la reducción de daños asociados al consumo de SPA.

Por otra parte, la gestión en el consumo de SPA fue otra temática relevante en los resultados de la literatura específicamente en relación con el consumo compulsivo, el uso de varias SPA y comportamientos riesgosos. Tanto I1, como B2, H1 y F1 refieren en sus resultados que las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA son poli-usuarias, es decir consumen

más de una SPA y se asoció principalmente, el crack junto con otra como marihuana y alcohol. Sin embargo, H1 hace énfasis en que la droga de abuso más consumido fue el alcohol, mientras que F1 afirma que el consumo se produjo según la disponibilidad y oferta de la SPA. Por lo tanto, considero necesario reintegrar el concepto de la particularidad y centrarse en las principales necesidades de las usuarias más que detenerse a observar la SPA como el principal problema del fenómeno.

Asimismo, la literatura también describe un tipo de consumo problemático y de riesgo²⁸ entre las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, lo cual aumenta los riesgos a enfermedades de la sangre, problemas físicos (como colapsos de las venas), psíquicos y financieros; además, las usuarias informaron un aumento en el consumo de SPA durante los encuentros sexuales, lo cual aumenta el riesgo a comportamientos de riesgo como relaciones coitales sin condón y agresiones sexuales (I1, E2, U1).

Cabe señalar que la mayor parte de los discursos de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA se orientan al deseo de eliminar la dependencia focalizado en la abstinencia, sin embargo, algunas mencionaron la intención de reducir el riesgo al daño asociado con el consumo (G1 y R1). Lo anterior, puede deberse a que la abstinencia fue por muchos años el tratamiento estándar para las personas consumidoras, por lo que puede continuar siendo el objetivo para muchas personas y servicios de atención (Velázquez, Friman, & González, 2016).

No obstante, la abstinencia ha demostrado ser menos eficaz y con mayores tasas de abandono (X1, B2, R1, F1 y A2) mientras que en I1 y E1 se demuestra que los programas basados en la reducción de daños significaron un cambio en el perfil de consumo compulsivo a un uso más controlado y menos riesgoso.

Entre las principales estrategias exitosas de RD se destaca el uso parafernalia individual para el consumo de SPA, ya que el uso compartido de agujas y jeringas promueven un comportamiento de consumo riesgosos, exponiendo, por ejemplo, a enfermedades de como el VIH/SIDA sobre todo en las mujeres en situación de calle quienes demostraron tener una mayor probabilidad de compartir la parafernalia (I1, Q1, P1, U1). De este modo, P1 y O1 evidencian los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ) junto con condones para disminuir el contagio de enfermedades de transmisión sexual y por la sangre.

Por ende, con respecto a la gestión de roles en las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA podemos afirmar que las estrategias de RD permiten una mejora en la

²⁸ Definidos en la introducción.

autogestión de sus necesidades básicas como la alimentación, higiene y sueño, por medio de los distintos dispositivos de atención, como los albergues. Asimismo, el MRD demostró ser eficaz en el mantenimiento, cambio y creación de nuevos comportamientos asociados al consumo de SPA como el uso individual de parafernalia.

Finalmente, la gestión emocional es la última tarea por analizar en las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, la cual hace referencia a la ocupación de las consecuencias emocionales derivadas a la situación (Lorig & Holman, 2003). Por ejemplo, M1 evidencio que los usuarios que habían reducido el consumo de las SPA tenían a consumir cuando se sentían enojados. Además, según V1 se hallaron emociones desalentadoras en la población de estudio derivado de la lucha por la supervivencia que supone estar en situación de calle.

Todas estas observaciones se relacionan nuevamente con lo analizado por Zareban, Mohammad, Hossein & Bakhshani (2018) con relación a las dificultades emocionales en personas consumidoras de SPA y al bucle causado entre el uso riesgoso de SPA y la inadecuada autogestión de las emociones que aumenta la probabilidad de abuso de SPA y perpetua los sentimientos negativos en las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA.

Llegados a este punto, resulta interesante mostrar los resultados de L1 y H1 con respecto a la gestión emocional de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA. Ambos autores señalaron la existencia de un vínculo simbólico entre la SPA y la mujeres en situación de calle, de modo que un objeto inanimado (SPA) adquiere un significado para el ser humano, otorgando un lugar para aquello con lo que se relaciona, de este modo, se establece una relación nociva y se vuelven incapaces de identificar los daños relacionadas a su consumo.

Además, L1 agrega que es importante indagar en la funcionalidad de la SPA en las mujeres en situación de calle, por ejemplo el consumo de crack desemboca en un estado energizante de euforia, excitación y autoconfianza de aproximadamente cinco y diez minutos (IAFA, 2018); de esta manera, los efectos del crack sobre las mujeres en situación de calle les permiten estar en alerta, disipar el miedo y les brinda el coraje para sobrevivir a las vulnerabilidades cotidianas de las calles, igualmente les cesa el apetito y el sueño; es por ello que en A1 se demostró que el consumo dependiente de crack provoco una pérdida de interés en otros comportamientos de autogestión.

Por consiguiente, la literatura planteó los centros de escucha como estrategias para abordar la gestión emocional en las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA. Por ejemplo, C1, B2, Q1, E1, J1 y D2 destacaron, en sus resultados, los espacios de escucha como la puerta de entrada al MRD para la población, asimismo en sus discursos se reflejó la necesidad

y agradecimiento de establecer vínculos con sujetos – sujetos (personal de salud, pares o trabajadores del dispositivo) y no los objetos – sujetos (SPA).

En el MRD del ICD *et al* (2016), se proponen el dispositivo “Centros de Escucha” que coincide precisamente con lo expuesto por C1, B2, Q1, E1, J1 y D2; siendo un servicio de bajo umbral para la escucha inmediata y articulación a otros dispositivos o centros de salud, según las necesidades de las usuarias; por ejemplo, “La Carpa”, otro dispositivo especializado en la construcción de las relaciones grupales o individuales por medio de la escucha.

Se debe agregar que el MRD dispone de los Albergues y Centros de Convivencia como dispositivos encargados de brindar atención a las necesidades emocionales. Por ejemplo, ambos dispositivos señalan entre sus objetivos, la motivación por opciones educativas, construcción de proyectos de vida y la integración psicosocial, las cuales según D2, amplían sus intercambios afectivos y simbólicos, de modo que las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA incluyen estos dispositivos a su cartografía de recursos.

Finalmente, cabe localizar el papel del profesional de Enfermería dentro del análisis de los comportamientos de autogestión de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA relacionado con las vulnerabilidades en salud y servicios de atención de la población. Primeramente, la literatura sitúa a la mujeres en situación de calle como receptoras de cuidado (D2) en cuanto a su gestión de comportamiento como a la gestión de roles y emociones, por lo tanto Enfermería debe ser la profesión que brinde el debido acompañamiento durante todo el tratamiento de reducción de daños, es decir desde la escucha inmediata en dispositivos como La Carpa hasta la articulación con los mismos profesionales en los centros hospitalarios para la atención de enfermedades crónicas, de transmisión o lesiones traumáticas.

Por ende, al ser la Enfermería la profesión encargada del cuidado humano y que da búsqueda a las respuestas humanas, debe velar por la promoción de comportamientos de autogestión seguros y adaptados a las necesidades de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, ya sea desde la implementación de políticas públicas o en la educación de la sociedad civil sobre las estrategias de RD (Ramírez, 2015).

Reinserción social: Los rostros de (Con) vivir con el estigma

Desde el punto de vista del sociólogo Erving Goffman (2014) el estigma hace referencia a la connotación social de los atributos de un individuo, es decir su “identidad social”, proporcionando un distintivo sumamente desacreditador en las interacciones sociales. Según el autor, la sociedad insta los medios para categorizar a las personas y los atributos para que estas puedan ser catalogadas como “normales” o como “no normales” dentro de una situación social, en donde, el último pierde su condición íntegra de humanidad.

Esta revisión de la literatura nos confirma lo señalado por Goffman relacionado al estigma en las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, ya que este fue uno de los temas transversales en los artículos recuperados, en donde predominó la representación estigmatizante de violentas e ignominiosas, principalmente por la ruptura de los atributos culturales que la sociedad esperaba de estas mujeres. Por lo tanto, se da la pérdida de su identidad como ciudadanas e inclusive como humanos; sin derechos y sujetas a la exclusión (F1, T1, E2).

Es por lo anterior, que el MRD (ICD *et al*, 2016) condena la estigmatización dentro de sus estrategias, siendo el trato con dignidad y respecto, principios fundamentales del modelo de atención para la población consumidoras de SPA, así como con las mujeres en situación de calle, puesto que términos como “indigente”, “vagabundo” y “drogadictos” se encuentran entarquinados por nociones estigmatizantes, lo cual genera más exclusión y barreras para una atención humanizada.

Para Goffman el estigma puede tipificarse en tres tipos, claramente disímiles y que influyen o son resultado de los comportamientos de autogestión de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA. El primero, es referente a los defectos del cuerpo, es decir aquellas características físicas que la sociedad categoriza como atributos desacreditadores.

En el caso de la población de estudio, este tipo de estigma se encuentra en varios artículos de la literatura haciendo énfasis en las características físicas que suelen tener las mujeres en situación de calle y como son vistas por la sociedad. Por ejemplo, en los resultados de I1 y E2, el estigma se asoció a una imagen de descuido y asociada a un “zombi” con las mujeres en situación de calle consumidoras de crack.

Tal como se analizó anteriormente, el consumo de SPA por parte de las mujeres en situación de calle puede llevarlas a adoptar una inadecuada gestión de roles y gestión de comportamientos perjudiciales, por lo que necesidades básicas como comer, descansar y bañarse pueden pasar a un plano de menor importancia.

Como resultado, el cuerpo tiende a sufrir las consecuencias con la pérdida de peso y cabello por falta de una nutrición adecuada, caída de dientes y enfermedades bucodentales derivado de los métodos de consumo, dermatitis producto de pernoctar en las calles y posibles heridas de lesiones y/o violencias; en fin, sus corpografías plasman las “cicatrices” que evidencian los efectos de la desafiliación social y del estigma (NIH, s.f; Caravaca, Mata & Itayra, 2019).

Lo anterior coincide con lo afirmado por Caravaca, Mata & Itayra (2019), los cuales dialogan con Goffman (2014) sobre la conexión que consolida la apariencia de descuido con los comportamientos que han sido sancionados por la sociedad, dando entrada a la segunda tipificación del estigma según el sociólogo.

Los defectos del carácter del individuo se encuentran asociados a la gestión de comportamientos y roles condenados por la sociedad. En el caso de la población de estudio, Goffman (2014) incluiría en este tipo de estigma, la “antinaturalidad” por el hecho del consumo de SPA por parte de una mujer (F1 y H1), estar en situación de calle (F1, D2 y H1) y la dependencia al consumo de la SPA (H1, F1, I1, E2); e inclusive, en algunos casos podríamos agregar las perturbaciones mentales dentro de los atributos (A1, B2, D2 y Z1).

Respecto a lo anterior, resulta interesante que la literatura se encuentran dos posiciones transversales con respecto al estigma del consumo de SPA, por una parte, H1, I1 y F1 afirman que el estigma está asociado a carácter de legalidad o ilegalidad de la SPA, por ejemplo, las mujeres en situación de calle consideran que el estigma asociado al consumo problemático de alcohol es menos dañino comparado con el consumo de crack.

Por otro lado, en E2 se resalta que el estigma puede estar asociado a las formas de consumo de SPA. Debido a lo anterior, los autores determinan, por ejemplo, que el uso de crack en forma de virado puede ser una estrategia de protección contra el estigma social y por ende, es considerada como una posible intervención para la reducción de daños. Por lo tanto, podemos concluir que el grado de estigma asociado al defecto de consumir SPA por parte de las mujeres en situación de calle, va a depender del carácter legal de la sustancia y su forma de consumo.

Por último, Goffman hace referencia a aquellos atributos asociados a los estigmas tribales de la raza, nación, religión y posición económica. Por ende, las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA también pueden ser estigmatizadas de forma tribal, sobre todo por su estatus de clase baja (H1), color de piel (H1) y/o situación de inmigrante irregular (U1). Por ejemplo, en la literatura recuperada, la mayoría de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA se encontraban desempleadas obteniendo ingresos a través de donaciones, actividades informales o por medio del sexo servicio (H1, X1, I1, F1).

De este modo, en palabras goffminianas las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA son estigmatizadas tanto por sus atributos físicos y tribales como por los defectos en su comportamiento, lo cual las coloca en una situación “desacreditada”. Como lo hace notar D2, en muchas ocasiones las definiciones se centran en lo que hace falta desde los procesos del “des”: desafiada, desenganchada, desempleada, etc.

Mucho antes de que las mujeres en situación de calle consumidora de SPA establezca una interacción social con una persona “normal” surgen una cascada de inseguridad por la incertidumbre de no saber la actitud de la persona, con la cual podrían interactuar, ya sea rechazo o aceptación. Por ejemplo, en los discursos de las mujeres en situación de calle consumidoras de crack en B2, prevalece de forma implícita o explícita el estigma presente en los espacios, sobre todo los espacios heterotópicos. De esta forma, las miradas, gestos y actitudes son las principales manifestaciones de estigma que sufre la población cada vez que establecen un contacto mixto (Goffman, 2014; Caravaca, Mata & Itayra, 2019).

Relacionado a lo anterior, uno de los aspectos más importantes al momento de dialogar sobre comportamientos de autogestión en mujeres en situación de calle consumidoras de SPA desde una visión del MRD, es la interacción que se establece entre la usuaria y el profesional de salud, en este caso, el profesional de Enfermería. Como afirman varios autores encontrados en la revisión, el estigma por parte de los profesionales en Enfermería genera barreras en el acceso a servicios de reducción de daños y con ello limita la capacidad de llevar a cabo comportamientos de autogestión y estrategias de reducción de daños (I1, Q1, O1, A2; ICD *et al*, 2016; Lorig & Holman, 2006).

Desde el punto de vista de Lorig & Holman (2006) es fundamental que las personas puedan establecer una relación de confianza con sus proveedores de salud, de modo en que este sea su maestro, compañero y supervisor profesional. Debido a lo anterior, los profesionales de Enfermería deben sentirse capacitados, confiados y apoyados para trabajar en el tema del consumo de SPA y a su vez, deconstruir aquellas connotaciones sociales que conllevan al estigma hacia las personas consumidoras de SPA (V1, H1, A2; ICD *et al*, 2016).

Precisamente, tanto B2 como S1, V1 y A2 coinciden en que los profesionales en Enfermería deben considerar estrategias de reducción del estigma, como la formación permanente en las bases teóricas del MRD y el acceso a la información sobre SPA y factores asociados; de este modo, se genera un espacio terapéutico para las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA y amplían la capacidad de implementar estrategias de reducción de daños para la atención de usuarias en situación de calle consumidoras de SPA.

Tal como se mencionó anteriormente, las acciones centradas en el “des” perpetúan el estigma, sobre todo porque se asocian a relaciones de dependencia y asistencialistas, por lo que se recomienda que los profesionales de Enfermería se centren en lo que se debe hacer, es decir desde los procesos del “re”: reinsertar, reintegrar, reeducar, reafiliar, etc. De este modo, el vínculo que se establece está dirigido hacia la autonomía de la mujeres en situación de calle consumidora de SPA (D2, F2).

Asimismo, se recomienda que la persona profesional de Enfermería tenga mayor conocimiento sobre el contexto y las historias de vida de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, con el fin de brindar una atención única y particular, centrada en los problemas reales de la usuaria y no verlas como “las adictas, las indigentes o las drogadictas” (P1, A1, H1). Además, S1 subraya que los profesionales que lograron establecer relaciones interpersonales saludables lograron potenciar los comportamientos de autogestión realizados por la población.

Sin embargo, todavía cabe señalar la importancia del vínculo con otros sectores en la atención de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA tales como, otras profesionales de la salud y sociales, la sociedad civil, la familia y el papel de los pares. Pese a que H1 señala la importancia de que el profesional en Enfermería conozca los comportamientos de autogestión y reconocer como estos afectan a la salud de las mujeres en situación de calle que consumen SPA también sugiere que genere articulación de nuevas estrategias de atención interdisciplinaria por parte de un equipo multidisciplinario (M1, Z1, K1, Q1).

Por otra parte, se identificó un papel destacado para la sociedad civil en la implementación de estrategias de reducción de daños y la reducción de la estigmatización (ICD *et al*, 2016). Según los resultados de la revisión, tanto el consumo de SPA como estar en situación de calle y el estigma limitan los posibles vínculos con las comunidades, por lo que se reduce la posibilidad de establecer redes sociales que ayuda y apoyo (X1, I1, P1, J1).

Además, pese a las intervenciones por parte de los profesionales para disminuir el estigma, se demostró la necesidad de abordar la perspectiva moral del sector conservador de la sociedad civil, los cuales aún poseen una perspectiva de patologización o criminalización de las usuarias en situación de calle consumidoras de SPA (A2, Q1 y L1). Según los resultados de W1, estos discursos influyen ideológicamente en los comportamientos de autogestión en las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, reiterando sus sentimientos de culpabilidad.

Lo anterior es señalado por Goffman (2014) como un hecho fundamental, ya que el individuo estigmatizado tiende a mantener las mismas connotaciones sociales sobre la identidad

de las personas “normales”, lo cual genera una disociación entre las auto demandas y el “yo” llegando inclusive a odiarse y denigrarse a sí mismo. Tal como se estudió con el referente teórico de Lorig & Holman (2003), la persuasión social contribuye a que las personas participen o no de un comportamiento, de modo que sin el apoyo de la sociedad civil y su perpetuación del estigma, contribuirá a que las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA mantengan una deficiencia en los comportamientos de autogestión, sobre todo los relacionados con la gestión emocional.

Referenciando nuevamente a Goffman (2014), la falta de una adecuada retroalimentación en el intercambio social cotidiano con la sociedad puede provocar el aislamiento de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA generando sentimientos de incertidumbre, miedo, odio, rechazo, depresión, hostilidad, ansiedad, desconfianza y entre otras emociones que dificultan el manejo de comportamientos de consumo riesgoso (Lorig & Holman, 2003).

Lo anterior se ve reflejado en los discursos de la población de estudio tanto en T1 como en D2, F1 y L1. Ambos artículos discuten sobre la interiorización del estigma en sus conciencias, lo cual las lleva a coincidir con ellos y aplicándolas a sí misma. Como consecuencia de lo anterior, los autores describen una baja autoestima, disminución de la autoeficacia, acentuación de los problemas, reducción de la vida social y la percepción de incapacidad para llevar a cabo comportamientos de autogestión adecuados a sus necesidades.

Debido a la asociación entre el uso de SPA y la incapacidad para el cuidado autónomo, P1 y F2 describen su aspecto de descuido que las hacen reconocibles por parte de otros sectores de la sociedad. Igualmente, en S1 y T1 señalan que la estigmatización hacia las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA forma parte de uno de los factores que dificultan la autogestión, además de los recursos estructurales y humanos. Consecuentemente, las intervenciones de Enfermería y el manejo del cuidado de la población de estudio pueden verse dificultadas a causa de la complejidad de la situación que se ha venido describiendo.

Igualmente, en D2 se evidencia que las organizaciones que ofrecen algún tipo de intervención para las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, también se les coloca un atributo desacreditador. Esto generó una falta de apoyo económico y político para las organizaciones generando de esta forma deficiencias percibidas por parte de las usuarias de los dispositivos (Y1 y A1).

De este modo, entre las principales estrategias encontradas para mitigar el estigma por parte de la sociedad civil se propone la utilización de debates públicos sobre el consumo para desarrollar una menor estigmatización (I1). Lo anterior, coincide con el MRD del ICD *et al*

(2016) el cual posee como uno de sus fines, capacitar a la sociedad civil y comunidades en la defensa del MRD por medio de la creación de redes y de distintas colaboraciones. Además de lo expuesto en la literatura, el MRD propone ofrecer una voz para las comunidades para la consolidación de programas y políticas diseñadas para ser eficientes a sus necesidades (ICD *et al*, 2016).

Adicionalmente, la literatura recuperada también evidencia la importancia de los vínculos establecidos con sus contactos de la calle y con sus familias. El primero de los elementos, son brevemente mencionados por X1 y P1 pero se consideran de gran importancia tanto para el MRD como para la Educación en Autogestión de Lorig & Holman (2003). Las conexiones con sus amigos de la calle, o como se les ha mencionado en el presente estudio, los pares de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA suelen ser su fuente primaria de apoyo, actividad y protección.

Tal como se analizaba en las anteriores categorías, la estrategia de pares son elementos esenciales para el funcionamiento del MRD precisamente producto de lo descrito por X1 y P1, ya que como se consideran a las mismas mujeres en situación de calle consumidoras de SPA como las expertas en sus necesidades y comportamientos de autogestión, por lo que es indispensable emplearlas para mantener una constante readecuación de las estrategias de reducción de daños implementadas por los distintos dispositivos de atención (ICD *et al*, 2016).

Además, la implementación de esta estrategia contribuye a la disminución del estigma debido a su colaboración en servicios comunales, generando de este modo un enlace entre la población de estudio con las comunidades. Asimismo, permitiría la inserción laboral de las mismas reforzando su autonomía y el aprendizaje de habilidades profesionales básicas. El MDR describe distintos niveles de implicación para los pares desde la toma de decisiones hasta en la participación de actividades dirigidas a grupos (ICD *et al*, 2016).

De forma conjunta, las pares son consideradas como una de las posibles estrategias para la mejora de la autoeficacia para las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, por medio del modelado. Precisamente, la perspectiva de Lorig & Holman (2003) se encuentra dirigida a un nivel de implicación tanto real como instrumental, ejerciendo un papel de cuidadoras, educadoras pares o trabajadoras de outreach²⁹.

El modelado lo que busca es que las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA se rodeen de otras que participen de comportamientos de autogestión que reduzcan los daños

²⁹ Aquellas encargadas de dar a conocer la existencia de los distintos dispositivos de atención y ayudas sociales dirigidas hacia las poblaciones meta, en este caso dispositivos de atención para mujeres en situación de calle consumidoras de sustancias psicoactivas (Alcarria, Aso & Borraz, 2014)

asociados al consumo de SPA. Un ejemplo es la utilización del virado en canutos individuales como alternativa para el consumo del crack, ya que su uso permite a la mujeres en situación de calle permanecer más “despierta” y “enérgica” sin llegar a sentir la paranoia del crack, además permite ser sociable y un consumo menos compulsivo (E2). De esta forma, las usuarias que estan en contacto con pares que utilizan esta estrategia tienen mayores probabilidades de empezar a emplearla (Lorig & Holman, 2003).

Finalmente, la familia es colocada por la literatura como un factor protector o como un factor de riesgo para las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA si las relaciones familiares son problemáticas (I1). De igual forma que los vínculos sociales, el consumo de SPA y estar en situación de calle colocan a las mujeres en una posición de desventaja, siendo más propensas a perder las relaciones interpersonales con sus familias lo que puede generar sentimientos de vergüenza, culpa y soledad (X1, I1, K1, P1, G1, F2, E1 y J1).

Sin embargo, en R1 destacan la importancia de la familia por parte de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA como un factor de motivación para el tratamiento al igual que la mejora de su estado de salud. No obstante, en el mismo estudio se critica la falta de participación y visibilidad de las familias en las intervenciones y estrategias de tratamiento para las usuarias en situación de calle que consumen SPA.

En K1, se aborda de forma más extensa el papel de las familias en las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA. En dicho estudio participaron las familias de la población de estudio, en donde destacaron que la autonomía integrada al enfoque de reducción de daños permitió que la usuaria gestionara de mejor forma sus comportamientos, roles y emociones, lo cual a su generó un consumo menos riesgoso y problemático, aliviando los síntomas de abstinencia y promoviendo su reinserción social.

En el mismo estudio, se concluye que los profesionales de Enfermería deben considerar que el MRD requiere de una planificación específica ante las necesidades presentadas por la familia, facilitando herramientas para afrontar el proceso de mitigar las consecuencias y mantener un uso racional de las SPA (K1). Finalmente, cabe destacar que no todas las mujeres en situación de calle poseen un contacto familiar por lo que el abordaje del profesional de Enfermería debe estar orientado hacia las motivaciones de las usuarias para lo que deben conocer sus historias de vida.

Llegados a este punto, se puede resumir que la población de estudio se encuentra sujeta a los tres tipos de estigma según Goffman (2014) tanto físicos, de comportamientos como tribales; los cuales, son ejecutados por gran parte de la sociedad, entre ellos, los profesionales de salud, quienes deben reconstruir sus pensamientos y establecer vínculos y estrategias libres

de estigmas con el fin de derribar las barreras de acceso a los distintos dispositivos. Además, se analizó como el estigma es interiorizado por parte de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA provocando una deficiencia en la gestión de sus comportamientos, roles y sobre todo sus emociones. De esta forma, se destaca la importancia de las relaciones interpersonales en los comportamientos de autogestión y la reducción de daños, por parte de la sociedad civil, la familia y los pares.

Por otro lado, se debe agregar que el proceso de estigmatización social hacia las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA es el mayor desafío para la reinserción social efectiva. Tal como se mencionó anteriormente en D2, las estrategias centradas en el “Re” permiten una mayor autonomía por parte de la población, por lo que la (re)inserción social es percibida por los profesionales de la salud como una estrategia prometedora para la atención de la población (K1, R1 y W1).

En este punto, cabe destacar que las acciones de reducción de daños plantean una arista emancipadora basada en la reinserción social, permitiendo a la población a acceder a lo que legítimamente es suyo, reconociéndolas como personas ciudadanas con igualdad de derechos y como sujetas en su estructura psíquica del sentimiento, lo cual se vuelve fundamental para el fortalecimiento de la gestión emocional de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA (C1, F2).

Cabe destacar que otro de los fines de la reducción de daños es la construcción de cambios en los comportamientos de autogestión en la vida de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, debido al estigma que sufren las mismas ante la sociedad; no obstante, sus expectativas se encuentran condicionadas a las propias experiencias de vida (T1), es decir, se dan de forma gradual de acuerdo con las necesidades de las usuarias (ICD *et al*, 2016) o en palabras de Lorig y Holman (2003), depende de la toma de acción por parte de la población para cambiar un comportamiento.

Volviendo al tema que nos ocupa, la propuesta de reinserción social es ampliamente discutida en K1, en donde se evidencia que, bajo un enfoque de reducción de daño, representa tanto para las familias como para los profesionales de Enfermería una posibilidad para que las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA puedan reintegrarse tanto al mundo laboral, a la interacción interpersonal sana con otros grupos y personas y a la prevención de recaídas.

No obstante, resulta interesante que la reintegración social de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA fue percibido por las familias, sociedad y algunos profesionales, como un desafío que se encuentra fuertemente asociado al concepto de abstinencia, dificultando

la idea de creer en una inserción social efectiva mientras se mantiene el uso de la SPA, aunque se estén utilizando estrategias para la reducción de daños (K1).

Lo anterior puede estar asociado con lo establecido por Goffman (2014) en respuesta de una situación estigmatizante por parte del individuo. De este modo, las personas intentan reprimir directamente lo que se considera como el atributo objetivo de su deficiencia; en este caso, el consumo de la SPA debe ser corregido por medio de la abstinencia, otorgando más una transformación del yo que un estatus pleno de un sujeto normal.

Por otra parte, K1 hace mención que la reinserción social se trata de una empresa colectiva que conlleva analizar los conceptos de la sociedad sobre la dependencia química como una enfermedad, por lo que aceptar la enfermedad permitirá a las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA la reinserción social. En contraste con lo anterior, nos posicionamos en desacuerdo con lo planteado por K1.

Si bien la reinserción social es un esfuerzo tanto de la sociedad civil como de las familias, amigos y mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, consideramos que la aceptación de enfermedad estaría perpetuando las perspectivas moralista y de patologización de la población, reforzando de esta manera el estigma y con ello los posibles fracasos en las estrategias para la reinserción social.

Por lo tanto, nos posicionamos más bajo el sustento teórico de Lewis (2016) se establece el consumo de SPA como un desorden de comportamiento. Es decir, está más relacionado con la búsqueda de objetivos recurrentes, el desarrollo de hábitos profundos desde el aprendizaje pavloviano y la desconexión prefrontal. Lo anterior, analizado desde los conceptos de autoorganización, neuroplasticidad y desarrollo de la personalidad.

Así mismo, Caravaca (2013) defiende que los fenómenos del consumo de SPA representan un espiral enmarañado de factores principalmente sociales, económicos y políticos que atrapan a los individuos dentro de entes condicionantes complejos. Por lo tanto, en su visión sería limitado y reduccionista solo pensarlo en cuanto enfermedad individual. Finalmente, Gonçalves dos Santos & Cornelli (2019), enuncian que considerar a una persona como enferma, puede llevar a provocar la exclusión social debido a los valores culturales y morales de la sociedad.

Hecha esta salvedad, la literatura finaliza proporcionando el ejemplo de dos dispositivos que demostraron ser efectivos en la reintegración de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA. Tanto los CAPS-ad como los Consultorios de Calle con programas de DBA, permitieron a la población su reinserción a la sociedad. Cabe destacar que los dos dispositivos destacaron por mantener una perspectiva integral en la atención de la salud y

establecer abordajes que incluían la formación en temas sociales y de ciudadanía, planificado por un equipo multi-profesional, incluyendo a los profesionales de Enfermería.

Finalmente, preciso hacer un cierre del apartado de análisis realizando una síntesis sobre los aspectos claves y prácticos que las personas profesionales en Enfermería aportan desde la gestión del cuidado. Para lo anterior, resulta conveniente partir desde la reflexión de las cuatro áreas del quehacer propias de Enfermería en los distintos niveles de atención en salud de Costa Rica: Atención directa, Educación, Investigación y Administración (SCIJ, 2016).

Tal como se demostró en la presente RI, las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA requieren de la atención directa por parte de Enfermería, cuyas funciones van desde realizar un seguimiento de las usuarias a través de los distintos dispositivos y redes de atención; la atención de las inequidades sociales en salud como el abordaje de la violencia y el estigma como prerequisite; la prevención, rehabilitación y detección temprana de la enfermedad y la promoción y mantenimiento de la salud; así como el abordaje de enfermedades transmisibles y no transmisibles por medio de estrategias de reducción de daños y brindar una oferta de cuidados de enfermería centrado en las necesidades de la población.

Por otra parte, Enfermería puede aportar en la atención directa en casos más clínicos como en emergencias por sobredosis, la atención de heridas y lesiones; la prevención secundaria y terciaria de enfermedades crónicas, agudas, transmisibles y de salud mental; revisión de esquemas de vacunación, administración de fármacos; así como la referencia y la contrarreferencia con los distintos niveles y equipos disciplinarios como trabajo social, psicología, medicina, cuerpos policiales, entre otros.

En cuanto a la Educación, tal como se demostró en los resultados es uno de los aspectos que atrae a las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA a los distintos dispositivos de atención, por lo que este debe estar adaptado a las situaciones de vida de cada usuaria o grupo de mujeres en situación de calle. Asimismo, Enfermería puede ser participe en la elaboración de protocolos, manuales y guías para la atención de la población basadas en las estrategias de reducción de daños; la capacitación de otros sectores sociales como la Fuerza Pública y Policía Municipal, la sociedad civil y comunidades con el fin de disminuir el estigma y la violencia perpetuada sobre las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA.

Conjuntamente, la participación de Enfermería debe estar enfocada en la educación continua para el optimización de la atención y abordajes para las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA; por lo que, la contribución educativa que se puede brindar en congresos,

proyectos y en la educación superior resulta de especial importancia en la implementación y actualización de estrategias de reducción de daños, atribuyendo con resultados beneficios y con menores costos para las arcas públicas.

De la mano con lo anterior, la Investigación emerge como un pilar fundamental en lo referente a la atención de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA. Tal como en la presente, los estudios permiten la constante actualización y crecimiento del Conocer, Hacer y Ser de Enfermería, permitiendo un abordaje eficiente, eficaz, exacto y preciso. Por lo tanto, el diseño y participación de proyectos de investigación aplicando modelos teóricos de Enfermería permiten un mejor análisis de la situación de salud de la población de estudio, ofreciendo bases sólidas para intervenciones basadas en evidencia científica.

Para lo anterior, es necesario que la persona profesional en Enfermería se dé la tarea de divulgar los resultados de sus investigaciones, prácticas y seminarios; con el propósito de mejorar la atención prestada no solo a las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA sino también a otros grupos vulnerables y contribuir con el crecimiento de la profesión. Debido a lo anterior, la presente investigación será sintetizada en un artículo científico con el fin de llevar a cabo su publicación en alguna revista especializada en el tema de la reducción de daños y de este modo, aumentar la confianza de las personas profesionales en Enfermería en la aplicabilidad de estrategias de reducción de daños y la comprensión de fenómenos derivados de los comportamientos de autogestión.

Por último, en el área de la administración la Enfermería posee varias funciones que ofrecen un valor ampliamente significativo para el abordaje del fenómeno del consumo de SPA y la atención de las mujeres en situación de calle. Entre ellas, destacan la planificación, planeación y elaboración de estrategias basadas en la reducción de daños para el abordaje de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, así como la construcción de herramientas y metodologías para la evaluación constante de las mismas.

Asimismo, el quehacer se enfoca en la gestión del cuidado de los distintos sectores sociales tanto a nivel individual, familiar y comunitario; la coordinación con los equipos interdisciplinarios para la dotación de material, equipo y recursos humanos para la disminución de los riesgos en los comportamientos de autogestión derivados del consumo de SPA y permanecer en situación de calle; e igualmente de importante, la participación de Enfermería en la elaboración de políticas públicas para la atención del fenómeno en cuestión, ofreciendo una visión desde la gestión del cuidado por medio de referentes teóricos como la autogestión y la reducción de daños.

Consideraciones finales y recomendaciones

Retomando el objetivo planteado al comienzo de este estudio que se delimitaba a analizar los comportamientos de autogestión de mujeres en situación de calle consumidoras de SPA desde la perspectiva del Modelo de Reducción de Daños, ahora es posible responder a la pregunta orientadora de la presente revisión integrativa, ¿Cuáles son los comportamientos de autogestión de mujeres en situación de calle con consumo de sustancias psicoactivas desde una visión del Modelo de Reducción de Daños?

Sin embargo, pese a lograr responder a la gran parte de las interrogantes que fueron surgiendo a lo largo de la investigación, también fueron surgiendo muchas otras interrogantes y cuestionamientos que por motivos metodológicos, no se lograron exponer dentro de la redacción pero pueden iniciar nuevas investigaciones relacionadas con la materia en cuestión.

Por ende, me gustaría esperar que las siguientes conclusiones sirvan para promover una mayor reflexión y cuestionamientos sobre la temática abordada y que de esta, surjan más investigaciones que contribuyan con el bienestar de la salud y del cuidado de las personas que se encuentran en situación de calle, así como el mejoramiento de las políticas públicas dirigidas a esta población.

El conjunto de 32 artículos seleccionados demostró ser significativo para el enfoque de los comportamientos de autogestión de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA desde una visión del Modelo de Reducción de Daños. De esta forma, se organizó estas informaciones en tres categorías: Sobre la dimensión social y estructural de la violencia; sobre las vulnerabilidades en salud y servicios de atención; y sobre estigma y reinserción social.

Con respecto a la primera categoría, he sido capaz de extraer una serie de conclusiones a partir de los resultados de este estudio. Primeramente resulta fundamental concluir que la violencia perjudica los comportamientos de autogestión en la mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, destacando la vulnerabilidad y la exclusión social como factores que influyen en la gestión emocional; siendo el autoestima generadora de barreras para el empoderamiento de la salud y de comportamientos de autogestión saludables.

Este estudio ha demostrado que las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA resultan ser más vulnerables a padecer de los distintos tipos de violencia física, verbal y sexual, principalmente por la exclusión social que limita el acceso a vínculos sociales y familiares; y por el incumplimiento del rol cultural femenino que valida la implementación de la violencia y coacción hacia la población en estudio, en función de una condena social.

Sorprendentemente, la principal manifestación de violencia directa hacia las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA fue la violencia doméstica, las cuales estaban asociadas a disputas derivadas del consumo de SPA, comportamientos riesgosos en la sexualidad, coacción para realizar trabajos sexuales a cambio de conseguir la droga y aumento en la inyección riesgosa; todo lo anterior las expone a enfermedades de transmisión como VIH, Hepatitis B y VPH.

Debido a lo anterior, se recomienda que los distintos dispositivos que se encuentran en el país puedan ofrecer servicios exclusivos para las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, debido a que los dispositivos mixtos son considerados como sitios peligrosos e inseguros por lo que prefieren no acceder a ellos.

Asimismo, la violencia física se da por mayor parte de los pares, por fuerzas de seguridad en los espacios públicos o como resultado de manifestaciones de auto violencia derivado de los patrones riesgos de consumo, el descuido y la negligencia. Siendo esto último una de las deficiencias en la gestión del rol priorizando el consumo de la SPA sobre la alimentación, el descanso y la higiene; además, expone a las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA a realizar trabajos riesgosos como el sexo – servicio, la mendicidad, ofrecerse de “mula” u otros trabajos riesgosos para obtener la SPA, espacios para pernoctar o conseguir alimento.

Con respecto a la violencia estructural en las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA podemos concluir que son expuestas principalmente por los cuerpos policiales, compartido con las instituciones públicas y el personal de salud; estos últimos son de especial importancia, ya que el (des) trato de prejuicio y exclusión suele convertirse en una barrera para que la población pueda hacer uso de los recursos y establecer una asociación entre el proveedor de atención en salud con el fin de optimizar sus comportamientos de autogestión y disminuir el consumo riesgoso de la SPA.

Por otra parte, la violencia cultural afecta los comportamientos de autogestión de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA al expropiarlas de sus derechos y por medio de la ideología prohibicionista que aún impera en la esferas públicas, lo cual desemboca a un desplazamiento a espacios ilegales e inseguros para el consumo de SPA y la imposibilidad de llevar a cabo sus necesidades básicas como el pernocte en espacios seguros, mantener su higiene, conseguir alimentos o conseguir empleo.

En perspectiva, la cotidianidad de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA está impregnada de numerosas situaciones de violencia directa, estructural y cultural, las cuales suelen nutrirse una de la otra, de tal modo que perpetúan las distintas manifestaciones

de las cuales son sujetas por parte de la sociedad civil, el Estado y las personas profesionales de la salud. Lo anterior conlleva a ser considerados como ciudadanos de segunda clase dificultando el acceso a derechos básicos como la alimentación, la vivienda, la higiene y el trabajo; por lo tanto, como sería de esperar, sus comportamientos de autogestión se ven afectados, tanto a nivel de la gestión emocional con la depreciación de su autoestima como con la gestión de roles debido a su percepción de incapacidad y descuido; y la gestión de comportamientos minando a la capacidad de llevar a cabo estrategias de reducción de daños.

Por lo tanto, el profesional de Enfermería debe abordar la violencia como prerrequisito en el abordaje de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, con el propósito de empoderar a la población a llevar a cabo sus comportamientos de autogestión y disminuir los daños asociados al consumo de SPA. De modo que se recomienda a las escuelas de Enfermería a capacitar y sensibilizar a sus estudiantes para brindar una atención integral basada en el respeto, empatía y comprensión a las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA que accedan a los servicios de salud y atención.

Con referencia a la segunda categoría “Sobre vulnerabilidades en salud y servicios de atención” podemos llegar a la conclusión de que las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA prefieren hacer uso de recursos que permitan satisfacer sus necesidades básicas como alimentación, higiene, descanso nocturno, la solicitud de material y actividades educativas e intervenciones más allá de la dicotomía entre salud – enfermedad sobre aquellos recursos que limitan la posibilidad de acceso, disminuyendo la calidad del servicio percibido por parte de la población.

Entre los principales dispositivos encontrados en la literatura se destacaron las “Salas de Uso Supervisado”, “Managed Alcohol Programs”, “Housing First”, “Salas de Consumo Higiénico”, “Consultorios de Calle”, “Carpas”, “Albergues” y “CAPSad”, entre los cuales se destaca los “Consultorios de Calle” como uno de los servicios valorados de forma positiva por parte de los sujetos de estudio, principalmente por ofrecer un paquete de derechos que permitieron establecer un compromiso y mejora de los comportamientos de autogestión; reduciendo la vulnerabilidad del consumo de SPA.

Este estudio ha demostrado que el déficit en los comportamientos de autogestión aumenta la vulnerabilidad social y afecta la atención de salud dirigida a las mujeres en situación de calle, por lo que resulta fundamental fortalecer la tres tareas de autogestión propuestas por Lorig & Holman en el referente teórico: gestión del comportamiento, gestión del rol y gestión emocional.

Sobre la gestión del comportamiento, se logró concluir que las estrategias de reducción de daños representan un beneficio para las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, ya que por medio de estrategias costo efectivas, se previenen escenarios de sobredosis, lesiones físicas, enfermedades crónicas, agudas, degenerativas, de transmisión sexual o hemática; y a su vez permiten ofrecer una cobertura para que la población pueda llevar a cabo algunas de sus necesidades básicas. Además, se concluye que los programas de reducción de daños con fundamento y resultados efectivos pueden llegar a disminuir los gastos de las arcas públicas.

Por otra parte, se demostró que la cantidad de tiempo en el que las mujeres han estado en situación de calle mostraron diferencias estadísticamente significativas en relación con problemas clínicos, psiquiátricos y situaciones de violencia, lo cual dificulta la integración a los programas y tratamientos de seguimiento. Por lo que se recomienda que las personas profesionales en Enfermería utilicen estrategias de atención con diagnóstico rápido y la atención inmediata de los problemas de salud.

Otro hallazgo importante en la investigación fue la promoción de la utilización de la estrategia de pares como un enlace bidireccional entre las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA y las personas proveedoras de atención en salud. La investigación reveló que su utilización mejora la autoeficacia y autonomía de la población, siendo además una fuente para la inclusión laboral, la cual es uno de los factores que facilitan los comportamientos de autogestión.

Además, se destaca la influencia de los espacios de consumo seguro y el acceso a la vivienda en los comportamientos de autogestión, así como la reducción del riesgo a ITS, sobredosis, lesiones y situaciones de violencia; por lo que se concluye como un estrategia exitosa para la reducción de daños y optimización de los comportamientos de autogestión.

Concerniente a la gestión de roles, la investigación permitió deslumbrar dos principales resultados, la gestión de necesidades básicas y la gestión en el consumo de SPA. Con respecto a la primera podemos concluir que en función del consumo peligroso y riesgoso de SPA puede llegar a afectar ciertos comportamientos de autogestión, entre ellos la alimentación, la higiene y el descanso. Es decir, la mujeres en situación de calle llega a descuidar de su propio cuerpo para llevar a cabo el consumo de la SPA, llegando a padecer de enfermedades e inclusive la muerte. Por lo tanto, se recomienda la implementación de albergues como estrategia exitosa para la mejora de la gestión de las necesidades básicas de la población.

Paralelamente, en la gestión del consumo de SPA se demostró que la mayoría de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA son poliusuarias bajo un esquema de consumo compulsivo, problemático y de riesgo, lo cual conlleva a comportamientos riesgosos

y enfermedades transmisibles, problemas físicos, psíquicos y financieros. Por lo cual, se recomienda reintegrar el concepto de la particularidad y centrarse en las principales necesidades de las usuarias más que detenerse a observar a la SPA como el principal problema del fenómeno. Además, los programas basados en la reducción de daños evidenciaron una mejora significativa en el perfil de consumo siendo este más controlado y menos riesgoso.

Por lo que se refiere a la gestión emocional, se evidenció que el consumo de SPA se encuentra enlazado con la autogestión de las emociones, de modo que se estableció una relación entre las dificultades emocionales desalentadoras de la lucha por la supervivencia cotidiana que supone estar en situación de calle con el consumo riesgoso de SPA; adquiriendo de este modo, un vínculo simbólico entre la SPA y la mujeres en situación de calle que puede tener una funcionalidad de “protección” para su usuaria. Por lo tanto, se recomienda indagar sobre las razones del uso de la SPA, puesto que en algunas ocasiones permite que las mujeres en situación de calle puedan permanecer alertas y disipar el miedo para sobrevivir a las vulnerabilidades cotidianas de la pernoctación en las calles.

Consecuentemente, podemos concluir a partir de la información que se obtuvo en la tercera categoría “Sobre estigma y reinserción social”, que durante la RI predominó la representación estigmatizante de violentas e ignominiosas, principalmente por la ruptura de los atributos culturales esperados por parte de la sociedad, lo cual conllevó a la pérdida de la ciudadanía y con ello gran parte de sus derechos como seres humanos.

A partir de la investigación se concluye que las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA son estigmatizadas desde los tres tipos de estigmas que propone Goffman; en otras palabras, la población de estudio es estigmatizada por sus defectos del cuerpo, siendo sus corpografías evidencia de la inadecuada gestión de roles y comportamientos, que conllevan a validar la desafiliación social.

Además, la riesgosa gestión de los roles y de comportamientos son motivo para el estigma derivado de los defectos del carácter del individuo. Este hecho se da principalmente por el carácter del consumo de SPA por parte de una mujer, estar en situación de calle, dependencia al consumo de SPA y en algunos casos, por las perturbaciones mentales dentro de los atributos de la mujeres en situación de calle. De igual modo, los estigmas tribales afectan en la autogestión de la población de estudio, siendo el desempleo y el bajo estatus de clase razones por las cuales su cotidianidad se ve impregnada de situaciones desacreditadoras.

El presente estudio permitió revelar que el estigma también forma parte de las barreras en el acceso a servicios de reducción de daños y con ello se dificulta la capacidad de llevar a

cabo comportamientos de autogestión y estrategias dirigidas a reducir los riesgos asociados al consumo de SPA.

Por lo tanto se recomienda que las personas profesionales en Enfermería centren sus intervenciones en lo que se debe hacer, es decir desde los procesos del “re” (reinsertar, reintegrar, reeducar, etc.) más que en aquellos procesos dirigidos al “des” (desafiliada, desenganchada, desempleada, etc.). De modo que el vínculo establecido entre el proveedor de salud y la usuaria va dirigido hacia la búsqueda de la autonomía para que sea la misma mujeres en situación de calle consumidora de SPA, la protagonista en la implementación de estrategias de reducción de daños.

Para lo anterior, resulta fundamental destacar el papel de la sociedad civil en la implementación de las estrategias de reducción de daños. El estudio evidenció que algunas comunidades aún poseen un paradigma moralista relacionado al consumo de SPA y estigma hacia las mujeres en situación de calle, cuyos discursos influyen ideológicamente en los comportamientos de autogestión de las mismas, lo cual conduce a la interiorización del estigma en sus conciencias y con ello, a una baja en la autoestima, disminución de la autoeficacia, acentuación de los problemas, reducción de la vida social y sobre todo a la percepción de incapacidad para llevar a cabo comportamientos de autogestión adecuados a sus necesidades.

Por lo tanto, basado en los resultados de la investigación se recomienda capacitar a la sociedad civil en la promoción de la reducción de daños como un medio para el mejoramiento del bienestar de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA, así como de las comunidades. Asimismo, se propone ofrecer una voz para las mismas con el fin de que puedan participar en la consolidación de programas y políticas diseñadas para cumplir con las necesidades de ambos sectores.

Finalmente, el estudio reveló que el concepto de reinserción social está asociado con la abstinencia, dificultando el proceso de inserción social efectiva; puesto que quedó demostrado las altas tasas de fracaso en las intervenciones basadas en dejar de consumir las SPA por completo y de forma abrupta. Por otra parte, bajo el paradigma de la reducción de daños, los resultados representaron una posibilidad para que las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA puedan integrarse tanto al mundo laboral, las relaciones interpersonales y la prevención de recaídas.

La presente investigación ha permitido resolver que los resultados de la RI corresponden a los principios y elementos del MRD como estrategias para optimizar los comportamientos de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA y reducir los riesgos del consumo de las drogas por parte de la población de estudio, de modo que se recomienda que los distintos

dispositivos e instituciones públicas que ofrecen servicios a estas tengan como material referente la política pública del “Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de las drogas en Costa Rica”.

Además, se recomienda que la persona profesional en Enfermería desarrolle la habilidad de la escucha para poder acompañar a las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA en su cotidianidad y establecer una atención integral e integradora que mejore sus comportamientos de autogestión por medio de estrategias de reducción de daños. Para lo anterior, resulta necesario la deconstrucción de los estereotipos y estigmas desarrollados hacia la población con el fin de eliminar la primera barrera de acceso a los servicios de salud y dispositivos de atención de las mujeres en situación de calle.

Asimismo, se concluye que la optimización de la autogestión se encuentra estrechamente relacionada con la disminución de los riesgos asociados al consumo de SPA y con el empoderamiento de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA a demandar sus derechos como seres humanos, y a su vez estos se encuentran estrechamente relacionados con la reducción de daños, dando como resultado la mejora de su bienestar y su recuperación, mejoramiento y/o mantenimiento de la salud.

Debido a lo anterior, las personas profesionales en Enfermería deben mantener una constante actualización en materia relacionada con las estrategias de reducción de daños, comportamientos de autogestión de la población y sobre sus principales derechos como seres humanos y ciudadanos.

Además, los resultados de esta investigación sugieren que la persona profesional en Enfermería establezca un vínculo tutelar, en la cual las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA sean socias de los proveedores de atención de salud y participen en la toma de decisiones para el abordaje del consumo riesgoso de las SPA; por lo que, Enfermería debe ser tutor y compañero en materia de la educación para la autogestión, así como un supervisor profesional para mantener los principios y elementos de la reducción de daños.

No obstante, se recomienda el compromiso y colaboración entre diversos sectores sociales y de salud para la atención articulada e intersectorial de las mujeres en situación de calle consumidoras de SPA. Entre ellas, se propone que la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica llegue a tener un papel fundamental para el desarrollo de profesionales capacitados y sensibilizados para la atención de las personas en situación de calle en los diversos escenarios para la recepción de la población, ya sea en un dispositivo, en el primer, segundo o tercer nivel de atención, en instituciones públicas u otras organizaciones que se especialicen en el tema.

Para lo anterior se recomienda encarecidamente mantener las pasantías a los centros y dispositivos de atención de las personas en situación de calle en los campos clínicos del cuarto o quinto módulo del plan de estudios “Intervención de Enfermería con la adultez sana” o “Intervención de Enfermería con la adultez en procesos mórbidos”. Asimismo, se recomienda promover más investigaciones relacionadas con el tema en cuestión para poder responder a otras interrogantes que no se abarcaron en la presente y participar o gestionar actividades de acción social basadas en la reducción de daños para las personas en situación de calle consumidoras de SPA.

Referencias

- Aguayo, F & Mella, R. (2015). Significado práctico del concepto gestión del cuidado en las enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en salud. *Ciencia y Enfermería*, 21(3), 73 -85. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000300007>
- Alcaria, M; Aso, A & Borraz, P. (2013). Desde la calle. Trabajando con personas sin techo en Zaragoza. Tesis de Grado. Universidad de Zaragoza. <https://zaguan.unizar.es/record/11020/files/TAZ-TFG-2013-436.pdf>
- Alfaro, N. (2014). Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. *Salud Jalisco*, 1 (1), 46 – 36. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141j.pdf>
- Alissa, G; Serena, L; Ashraf, A; Katie, L; Charlene, B & Jane, B. (2016). Peer engagement in harm reduction strategies and services: a critical case study and evaluation framework from British Columbia, Canada. *Public Health*, 16, 452. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3136-4>
- Almeida, R; Santos, N; Brito, A; Silva, K; Jacques, I & Nappo, S. (2020). El uso de “virado” como estrategia de reducción de daños entre los usuarios de crack del estado de Pernambuco, Brasil. *Salud Colectiva*, 16 (8). <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2528>
- Amador, G & Cortes, E. (2016). Políticas de drogas y salud pública. ¿Costa Rica ha hecho lo suficiente? *Revista Perspectiva*, 9, 1 – 9. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/fesamcentral/12774.pdf>
- Araya, J. (2012). Informe de labores. Municipalidad de San José. <https://www.msj.go.cr/MSJ/DatosAbiertos/Rendicin%20de%20Cuentas/X%20Informe%20de%20Labores%202012-2013.pdf>
- Araya, J. (2017). Informe de labores. *Municipalidad de San José*. <https://www.msj.go.cr/MSJ/DatosAbiertos/Rendicin%20de%20Cuentas/Informe%20de%20Labores%20Alcald%20C3%ADa%202016-2017.pdf>

- Araya, J. (2018). Informe de labores. Municipalidad de San José.
<https://www.msj.go.cr/MSJ/DatosAbiertos/Rendicin%20de%20Cuentas/Informe%20de%20Labores%20Alcald%20C3%ADa%202017-2018.pdf>
- Ayon, S; Ndimbii, J; Jeneby, F; Abdulrahman, T; Mlewa, O; Wang, B; Ragi, A & Mburu, G. (2018). Barriers and facilitators of access to HIV, harm reduction and sexual and reproductive health services by women who inject drugs: role of community-based outreach and drop-in centers. *AIDS Care*, 30 (4), 480 – 487.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1394965>
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise control*. FREEMAN. New York, USA.
- Bertolozzi, M & De la Torre, M. (2012). Salud colectiva: fundamentos conceptuales. *Salud Areandina*, 1 (1), 24 – 36. <https://doi.org/10.33132/23229659.309>
- Biscotto, P; Jesus, M; Silva, M; Oliveira, D & Merighi, M. (2016). Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(5), 749-755. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600006>
- Biscotto, P; Jesus, M; Silva, M; Oliveira, D; Merighi, M. (2016). Understanding of the life experience of homeless women. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50 (5), 749 – 755. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600006>
- Bittencourt, M; Pantoja, P; Silva, P; Pena, J; Nemer, C & Moreira, R. (2019). Street clinic: the care practices with users of alcohol and other drugs in Macapá. *Escola Anna Nery*, 23 (1). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0261>
- Bonin, E, Brehove T, Carlson C, Downing M, Hoeft J, Kalinowski A & Solomon-Bame J, Post P. (2010). *Adapting Your Practice: General Recommendations for the Care of Homeless Patients*. Health Care for the Homeless Clinicians' Network, National Health Care for the Homeless Council, Inc, Nashville.

- Bosque, M & Brugal M. (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria*, 30 (S1), 99 – 105. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.020>
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Editorial ANAGRAMA.
- Brenes, M. (2015). Propuesta de intervención del Gobierno Local ante las manifestaciones de la situación de indigencia en la cabecera del cantón Central de Cartago. Practica dirigida Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.
- Camacho, G. (23 de enero del 2017). Comunicación personal. Centro Dormitorio para Habitantes de la Calle. Fundación Génesis. San José, Costa Rica.
- Camargo, P; Oliveira, M; Tavares, D; Silveira, K & Ramos, C. (2019). Práticas de redução de danos e consumo de crack. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 22, 35 – 40. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0261>
- Cameron, A; Abrahams, H; Morgan, K; Williamson, E & Henry, L. (2016). From pillar to post: homeless women's experiences of social care. *Health & Social Care in the Community*, 24 (3), 345 – 352. <https://doi.org/10.1111/hsc.12211>
- Campbell, D; Campbell, R; Ziegler, C; McBrien, K; Hwang, S & Booth, G. (2019). Interventions for improved diabetes control and self-management among those experiencing homelessness: protocol for a mixed method scoping review. *Systematic Reviews*, 8 (100), 1 – 6. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1020-x>
- Campos, H; Gamboa, B; Morales, D; Pizarro, S; Ramírez, K & Villalobos, J. (2015). *Experiencias de vida de las personas en situación de calle que consumen drogas legales e ilegales, y que asisten al Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. San José, Costa Rica, durante el año 2014*. Seminario de graduación Enfermería, Universidad de Costa Rica, San José.

- Caravaca, J. (2013). *Crack: Histórias de vida de moradores de rua*. (Tesis Maestría). Universidade Federal de Santa Catarina. Posgrado en Enfermería, Florianópolis, Brasil.
- Caravaca, J. (2016). *Histórias de vida e representações sociais do sexo, corpo, gênero e sexualidade entre pessoas transexuais do Brasil, Canadá e Costa Rica*. (Tesis doctoral). Universidade Federal de Santa Catarina. Grado de Doctorado en Enfermería, Florianópolis, Brasil.
- Caravaca, J. (2019A). Corpografías Nómadas: Historias de callejización, desafiliaciones sociales y heterotopías. “*Saúde e Direitos Humanos: Violência, Cuidado e Transformações*, 33. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.29124>
- Caravaca, J. [Canal UCR]. (2019B). *Derechos de las personas en condición de calle*. [Archivo de video]. Recuperado el 24 de enero de 2020 en: https://www.youtube.com/watch?v=7_8XpoIfc3A
- Caravaca, J., Padilha, M., & Zeferino, M. (2015). Políticas e estratégias de Redução de Danos para usuários de drogas. *Revista Baiana de Enfermagem*, 29 (1), 76 – 85.
- Carvalho, B & Dimenstein, M. (2017). Análise do discurso sobre redução de danos num CAPSad III e em uma comunidade terapêutica. *Temas em Psicologia*, 25(2), 647-660. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.2-13>
- Castro, O. (2018). Indigente, a muchos que en silencio gritan. Editorial Palabra Cero. San José, Costa Rica.
- CCSS. (2020). Lista oficial medicamentos. Caja Costarricense de Seguro Social. Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/lom>
- CEA. 2019. Centro de Evaluación Académica. Licenciatura de Enfermería. : <http://www.cea.ucr.ac.cr/index.php/departamentos/diea/planes/category/23-enfermeria>

- CECR. (2012). Reglamento a la ley orgánica del Colegio de Enfermeras de Costa Rica. *La Gaceta*, Recuperado de: https://www.enfermeria.cr/docs/reglamentos/ALCA137_24_09_2012.pdf
- Chacón, L & Umaña, C. (2018). Para indagar como vivir juntos, debemos preguntarnos qué nos separa: reflexiones en torno al concepto de necropolítica de Achille Mbembe. *Anuario CIEP*, (9), 59 – 77.
- Chinchilla, S. (2016). Indigencia atrapa a más mujeres y jóvenes en la calle. *La Nación*. <https://www.nacion.com/el-pais/indigencia-atrapa-a-mas-mujeres-y-jovenes-en-la-calle/P74PDHJMXBG3NLNPIANIXNU4A4/story/>
- Choque, O. (2019). Foucault: biopolítica y discontinuidad. *Praxis Filosófica*, (49), 191 – 217. <https://dx.doi.org/10.25100/pfilosofica.v0i49.8030>
- Clifford, S & Piston, S. (2017). Explaining Public Support for Counterproductive Homelessness Policy: The Role of Disgust. *Polit Behav*, 39, 503–525. <https://dx.doi.org/10.1007/s11109-016-9366-4>
- Corbin, J., & Strauss, A. (1988). *Unending Work and Care: Managing Chronic Illness at Home*. Jossey – Bass. San Francisco.
- Crossetti, M. (2012). Revisión integrativa de la investigación en enfermería, el rigor científico que se le exige. *Rev. Gaúcha Enferm*, 33 (2), 10 – 11. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000200002>
- D`Zurilla, T., & Nezu, A. (2010). *Problem-Solving Therapy*. En K. Dobson, *Handbook of cognitive – behavioral therapies*. The Guilford Press. New York.
- D`Zurilla, T. (1986). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. Springer. New York.

- Da Silva, A & Passarella, A. (2015). A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. *Interface*, 19(53), 275 – 285. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0221>.
- de Cássia Haiek, R; Martin, D; Machado, F; de Souza Ramiro, F; da Silveira, D. (2018). Uso de drogas injetáveis entre mulheres na Região Metropolitana de Santos, São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Coletiva*, 26 (3), 917 – 937. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300011>
- Derek, C; Launette, R; Ekaterina, Y; Thomas, K & Kora, B. (2018). Hospitalization among street-involved youth who use illicit drugs in Vancouver, Canada. *Harm Reduction Journal*, 15 (14), 1 – 6. <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0223-0>
- Dias, V; Mandagará, M; Barbosa, L; Christello, V; Prado, L & Freitas, J. (2014). Condições sociodemográficas e padrões de consumo de crack entre mulheres. *Texto Contexto Enfermagem*, 23(4), 1068 – 1076. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000580013>
- Díaz, A; Salamanca, L & Carmona, O. (2018). Biopolítica y democracia como estilo de vida: una mirada desde la psicología social. *Pensando Psicología*, 14 (23). <https://doi.org/10.16925/pe.v14i23.2263>
- Di-Iorio, J; Seidmann, S; Rigueiral, G & Abal, Y. (2020). Circuitos Socio-Asistenciales para Población en Situación de Calle en la Ciudad de Buenos Aires: Representaciones Sociales y Prácticas. *Psyche*, 29 (1), 1 – 13. <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.29.1.1226>
- Engstrom, E; Lacerda, A; Belmonte, P & Teixeira, M. (2019). A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. *Saúde em Debate*, 43 (7), 50 – 61. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S704>
- Espinal, J & Calderón, G. (2018). Prevención de drogas. Buenas prácticas de trece programas de Colombia. *Rev Cienc Salud*, 16(3): 534 – 49. : <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7269>
- Fariás, Y & Vera, A. (2017). *Sistematización de las prácticas pre – profesionales al plan de intervención del consumo de la H como sustancia psicoactiva a la unidad educativa*

- Bernardita Correo Delgado*. (Tesis para licenciatura). Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.
- Feltri, A. (2018). Una mirada a la salud colectiva. *Revista Patagónica de Bioética*, 4 (8), 7 – 23.
- Ferreira, C; Rozendo, C & Melo, G. (2016). Consultório na Rua em Uma Capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Cadernos de Saúde Pública*, 32 (8). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00070515>
- FLACSO. (2015). Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de Programas de Salud Pública. Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Ford, R. (2010). An analysis of nurses' views of harm reduction measures and other treatments for the problems associated with illicit drug use. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28 (1), 14 – 24.
- Fournier, M. (2015). Interseccionalidad: la fibra que teje lo abyecto. *Revista REALIS*, 5(2), 26 – 39.
- Freire, P. (2001) *Pedagogía de la indignación*. Editores siglo veintiuno. https://books.google.co.cr/books?id=aZ0UYuRf_kUC&pg=PA25&hl=es&source=gbs_toc_r&cad=4#v=snippet&q=adivinarlas%20o%20intuirlas&f=false
- Fundación Genesis. (s.f). Fundación Génesis para el desarrollo de personas en riesgo social. Fundación Genesis. <http://www.fgenesis.org/nosotros.php>
- Galeano, E. (1989). *El libro de los abrazos*. 1^{era} Edición. Editorial Siglo XXI. España.
- Galtung J. (1998). *Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución*. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia [Internet]. Colección Red Gernika. Bilbao: Gernika Gogoratzuz. <https://www.academia.edu/22233482/Johan-Galtung-Tras-La-Violencia-3R>
- Galtung, J. (1969). La violencia: cultural, estructural y directa. *Journal of Peace Research*, 27(3), 291 – 305.

- Galtung, Johan (2003) Paz por medios pacíficos. Paz y conflictos, desarrollo y civilización, Bilbao, Bakeaz/Gernika Gogoratz.
- Ganong, L. (1987). Integrative reviews of nursing research. *Rev. Nurse Health*, 10 (1), 1 – 11.
<https://doi.org/10.1002/nur.4770100103>
- García, G; Givaduan, M; Ramírez, M; Valdez, E & Pick, S. (2017). El cuidado de la salud como semilla para el desarrollo: experiencia de un programa basado en habilidades para la vida y reducción de barreras psicosociales. *Acta de Investigación Psicológica*, 7 (2), 2647 – 2657.
- García, R. (2018). Estilos de vida de los usuarios de las salas de consumo higiénico de Barcelona. *Health & Addictions / Salud y Drogas*, 18 (2), 79 – 89.
<https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.369>
- Gil, D & Vilches, A. (2017). Educación para la sostenibilidad y educación en derechos humanos: dos campos que deben vincularse. *Teoría de la Educación. Revista Interuniversitaria*, 29(1), 79 – 100.
- Goffman, E. (2014). Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu
- Gonçalves dos Santos, S & Cornelli, G. (2019). Ontologia política da doença: em defesa da saúde pública. *Revista Bioética*, 27 (2), 204 – 211. Recuperado en 20 de enero de 2020, de <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v27n2/1983-8042-bioet-27-02-0204.pdf>
- Granados, M & Ramírez, J. (2014). Condiciones y experiencias de vida de las mujeres gestantes indigentes que viven en el casco noroeste metropolitano de San José. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 25, 1 – 16.
- Grosfoguel, R. (2012). El concepto de «racismo» en Michel Foucault y Frantz Fanon: ¿teorizar desde la zona del ser o desde la zona del no-ser? *Revista Humanidades*, 16, 79 – 102.
- Haiek, Rita de Cássia, Martin, Denise, Rocha, Francisco Carlos Machado, Ramiro, Fernanda de Souza, & Silveira, Dartiu Xavier da. (2016). Uso de drogas injetáveis entre mulheres

- na Região Metropolitana de Santos, São Paulo, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(3), 917-937. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000300011>
- Halpern, S; Scherer, J; Roglio, V, Sibeles, S; Ornell, F; Pechansky, F; Kessler, F & Diemen, L. (2017). Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, 33 (6). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00037517>
- Hanlon, P; Yeoman, L; Gibson, L; Esiovwa, R; Williamson, A; Mair, F & Lowrie, R. (2018). A systematic review of interventions by healthcare professionals to improve management of non-communicable diseases and communicable diseases requiring long-term care in adults who are homeless. *BMJ Open*, 8, 1 – 13.
- Harm Reduction International. (2019). What is harm reduction? *Harm Reduction International*. <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>
- Helizett Santos de L & Eliane, M. (2017). Consultório na Rua: percepção de profissionais e usuários sobre redução de danos. *Psicol. Pesq.*, 11 (2), 33 – 41. <http://dx.doi.org/10.24879/2017001100200164>
- Herrero, S. & López, M. (2014). Salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar. *Anales de psicología*, 30 (1), 70 – 77. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.137911>
- Hobbes, Thomás: *Leviatán*. D.F. Fondo de Cultura Económica, 1984.
- IAFA. (2016). *IV Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población*. San José, Costa Rica.
- IAFA. (2018). *Atlas de consumo de drogas en Costa Rica*, 2015. 1ª Edición, San José, Costa Rica.
- IAFA. (2018). Cocaína y crack. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. <https://www.iafa.go.cr/blog/452-cocaina-y-crack-siete-maneras-en-las-que-destruyen>

- IAFA. (2020). Aprobación de Programas Públicos y Privados. Directorio. Programas de prevención, tratamiento, rehabilitación y recursos comunitarios de problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas. San José, Costa Rica.
- ICD, IAFA, IMAS, Municipalidad de San José, COMAI, Ministerio de Salud, CCSS & ACEID. (2017). *Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de las drogas en Costa Rica*. San José, Costa Rica.
- IDCP. (2016). Guía sobre políticas de drogas del IDCP. 3era Edición. *Consortio Internacional sobre políticas de drogas*. : http://fileserv.idpc.net/library/IDPC-Drug-Policy-Guide_SPANISH_FINAL.pdf
- IDPC. (2019). Reducción de daños. *International Drug Policy Consortium Una red mundial para la promoción de un debate abierto y objetivo sobre las políticas de drogas*. : <https://idpc.net/es/incidencia-politica/incidencia-politica-internacional/coherencia-sistema/reduccion-danos>
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Publica* [Internet], 12 (2), 128 – 36. Available from: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000800013&script=sci_abstract#ModalArticlesRIOD. (2018).
- Jiménez, F. (2019). Antropología de la violencia: origen, causas y realidad de la violencia híbrida. *Revista de Cultura de Paz*. Ene-Dic 2019. Vol. 3: 9-51
- Jiménez, M. (2016). *Papel de los profesionales de enfermería en el manejo de la adicción a las drogas*. Tesis de grado. Universidad de Valladolid, Valladolid.
- Jongerden, I; Slev, V; van Hooft, S; Pasman, H; Verdonck-de Leeuw, I; de Veer, A; van Uden-Kraan, C & Francke, A. (2019). Self-Management Support in Patients with Incurable Cancer: How Confident Are Nurses? *Oncology Nursing Forum*, 46 (1), 104 – 112.

- King, T; Singh, A & Milner, A. (2019). Associations Between Gender-Role Attitudes and Mental Health Outcomes in a Nationally Representative Sample of Australian Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 65 (2019), 72 – 78.
- Koon, A; Kantayya, V & Choucair, B. (2010). Homelessness and Health Care: Considerations for Evaluation, Management, and Support Within the Primary Care Domain. *Disease-a-Month*, 56 (12), 719 – 733. Recuperado de: <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/#!/content/journal/1-s2.0-S0011502910001859?scrollTo=%23hl0000138>
- Lara, J & Rodríguez L. (2017). *Mujeres en situación de indigencia principales manifestaciones de la negación de los Derechos Económicos Sociales y Culturales a partir de su cotidianidad*. (Tesis para licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Lewis, M. (2016). Addiction and the Brain: Development, Not Disease. *Neuroethics Springer*, 10 (1), DOI: 10.1007/s12152-016-9293-4}
- Lightfoot, B; Panessa, C; Hayden, S; Thumath, M; Goldstone, I & Pauly, B. (2009). Gaining INSITE: Harm reduction in Nursing Practice. *Canadian Nurse*. 16 – 22.
- Lima, E; Capanema, C & Nogueira, M. (2017). A prática dos grupos reflexivos sobre drogas como estratégia possível para redução de riscos e danos. *Pesqui. prá. Psicossociais*, 12 (3), 1 – 17. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300009
- Loop, K & Swanson, H. (2014). *Basic Life Skills Intervention for the Population Experiencing Homelessness*. ProQuest Dissertations, United States.
- López, V & Frías, A. (2002). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-management Education: History, Definition, Outcomes and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1- 7.
- Ludmila, L & Salgado, F. (2014). *Temas actuales de los derechos humanos de última generación*. *El Errante*, México.

- Marques, A & Couto, T. (2020). Políticas de drogas en el contexto brasileño: un análisis interseccional de “Cracolândia” en San Pablo, Brasil. *Salud Colectiva*, 16 (24). <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2517>
- Maslow, AH. A theory of human motivation. *Psychological Review*, 1954.50:370-396.
- Matherson, F; Hamilton, S; Kryszajts, D; Wiese, J; Cadel, L; Ziegler, C; Hwang, S & Guilcher, S. (2019). The use of self-management strategies for problem gambling: a scoping review. *BMC Public Health*, 19 (445), 1 – 18.
- Milanese, E. (2015). Modelo de Reducción de Daños del consumo de sustancias psicoactivas. : <http://reciprocamente.eurosocial-ii.eu/rec-wp/wp-content/uploads/2015/02/Modelo-de-Reduccion-de-Da%C3%B1os-09-02-15.pdf>
- Minayo, M; Ramos de Souza, E; Alves da Silva, M & Gonçalves de Assis, S. (2018) Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2007-2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>
- Minayo, Maria Cecilia de Souza, Souza, Edinilsa Ramos de, Silva, Marta Maria Alves da, & Assis, Simone Gonçalves de. (2018). Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2007-2016. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>
- Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión . (2016). *Política Nacional de Atención Integral para Personas en Situación de Abandono y en Situación de Calle*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud Chile. (2014). Orientaciones para Planes Comunales de promoción de la Salud. Recuperado en 23 de enero de 2020, de <http://web.minsal.cl/sites/default/files/orienplancom2014.pdf>
- Moher, D., Shamsser, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., & Stewart, L. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4 (1), 2 – 9. <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/4/1/1>

- Moore, M., Schiffman, R., Waldrop, D., Redeker, S., McCloskey, J., Kim, T., Heitkemper, M., Guthrie, J., Dorsey, G., Docherty, L., Barton, D., Bailey, E., Austin, K., Grady, P. (2016). Recommendations of Common Data Elements to Advance the Science of Self-Management of Chronic Conditions. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 48(5), 437-47.
- Mora, A. (2019). Personas en situación de calle: la problemática invisible que es la más visible de todas. *Delfino*. Recuperado de: <https://delfino.cr/2019/06/personas-en-situacion-de-calle-la-problematica-invisible-que-es-la-mas-visible-de-todas>
- Morães, C (2011). *Ações de Redução de Danos voltadas para usuários de drogas: uma revisão integrativa* [Postgrado]. Universidade federal do rio grande do sul.
- Moraes, M. (2011). Gênero e usos de drogas: porque é importante articular esses temas? Em Moraes, M (Ed.) *GÊNERO E DROGAS: Contribuições para uma atenção integral à saúde*. (1 edición, p. 15 – 20) Instituto PAPAI
- Moreira, C; Soares, C; Campos, C & Laranjo, T. (2019). Harm reduction: trends being disputed in health policies. *Rev. Bras. Enferm*, 72 (3), 326 – 336. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0671>
- Moreno, C; Espinosa, G & Zapata, L. (2017). Entre el hogar y el asfalto: relatos y experiencia de vida de habitantes en condición de calle. *Revista Lasallista de Investigación*, 14(2), 65 – 72.
- Muehlmann, S. (2018). The gender of the War on Drugs. *Annual Review of Anthropology*, 47, 315 – 330. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102317-050214>
- NIH. (2018). Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción. National Institute on Drug Abuse. Recuperado de: https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/soa_sp.pdf

- NIH. (s.f). Cocaine (Coke, crack) Facts. Easy to read. Drugs Facts. :
<https://easyread.drugabuse.gov/content/cocaine-coke-crack-facts>
- Núñez, C. (2013). Mujeres en situación de calle más allá del andar cotidiano. *Sociedad & Equidad*; 5, 188 – 212.
- OMS. (1994). Lexicon of alcohol and drugs terms. Geneva. Recuperado de:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39461/9241544686_eng.pdf?sequence=1
- OMS. (2020). Violencia. Temas de salud. : <https://www.who.int/topics/violence/es/>
- OMS. (s.f) Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la Salud Recuperado de:
https://www.who.int/social_determinants/es/#:~:text=Los%20determinantes%20social es%20de%20la,incluido%20el%20sistema%20de%20salud.
- OPS. (2012). Determinantes e inequidades en salud. Capítulo 2. Salud en las Américas, 12 – 59
- OPS. (2017). Documento conceptual:Intersectorialidad. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado en 23 de enero de 2020, de
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (WHO) (2003). Skills for Health. Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School. WHO Information Series on School Health.
http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf
- Osorio, J. (2016). Patrón de conocimiento socio – político en Enfermería: reflexiones conceptuales. *Revista Cuidarte*, 7 (2), 1352-1357. Recuperado de:
<https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.319>

- Ospina, A & Juárez, F. (2019). Gender matters? How does gender shape risk environment for syringe sharing among people who inject drugs in northern Mexico Results from a cross-sectional survey. *Salud mental*, 42 (4), 165 – 172. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2019.022>
- Palma, P; Rojas, J; Flores, G; Arce, V & Caravaca, J. (2017). Cuerpos (in)visibles: historias de interseccionalidad en las personas adultas mayores costarricenses. *Hist enferm Rev eletrônica [Internet]* 8(2): 118-27.
- Paloma, M. (2015). Cartografía de heterotopías psicoactivas: una mirada a los discursos médicos, jurídicos y sociales sobre los usos de drogas. *Revista Salud Colectiva*, 11(3), 381 – 399.
- Parsell, C; ten Have, C; Denton, M & Walter, Z. (2018). Self-management of health care: multimethod study of using integrated health care and supportive housing to address systematic barriers for people experiencing homelessness. *Australian Health Review*, 42, 303–308
- Patient – Centered Outcomes Research Institute. (2017). Kate Lorig, MS, MPH, DrPH. Recuperado de PCORI. : <https://www.pcori.org/people/kate-lorig-ms-mph-drph>
- Pauly, B; Brown, M; Evans, J; Gray, E; Schiff, R; Ivsins, A; Kryswaty, B; Vallance, K & Stockwell, T. (2019). "There is a Place": impacts of managed alcohol programs for people experiencing severe alcohol dependence and homelessness. *Harm Reduction Journal*, 16 (1), 1 – 14. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0332-4>
- Pérez, L. (2017). *Condiciones de salud y trabajo de los profesionales de Enfermería en América del Sur (Revisión integrativa)* [Postgrado]. Universidad Nacional de Colombia.
- Pérez, T; Jasim, M; Ashraf, A & Rashid, M. (2009). Homeless in Dhaka: Violence, Sexual Harassment, and Drug-abuse. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 27 (4), 452 – 461

- Phillips, K & Bonilla, R. (2019). Factores socio-personales de las personas sin hogar en la gran área metropolitana de San José, Costa Rica, 2018. *REV HISP CIENC SALUD*, 5 (3), 103 – 111
- Polit, D & Beck, C. (2018). Investigación en enfermería: fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de enfermería. 9^{na} edición. Editorial Wolters Kluwer. Philadelphia.
- Pons, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis*, 4(2), 157-186. : http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332008000200006&lng=es&tlng=es
- Putri, D. (2018). Mujeres y drogas en Myanmar: más allá de la reducción de daños. *Transnational Institute*. <https://www.tni.org/es/art%C3%ADculo/mujeres-y-drogas-en-myanmar-mas-alla-de-la-reduccion-de-danos>
- RAE. (2017A). *Definición de condición*. Recuperado el 09 de octubre de 2018, de Real Academia Española: dle.rae.es/?id=ABisSB6
- RAE. (2017B). *Definición de indigencia*. Recuperado el 09 de octubre de 2018, de Real Academia Española: <https://dle.rae.es/?id=LOWwf60>
- RAE. (2017C). *Definición de situación*. Recuperado el 09 de octubre de 2018, de Real Academia Española: <https://dle.rae.es/srv/search/search?w=situaci%C3%B3n>
- Ramírez, N. (2016). Abordaje conceptual del cuidado para mejorar la práctica de Enfermería. *Enfermería en Costa Rica*, 34 (11), 66 – 71.
- Repretel. (2017). Policía municipal de San José realizó un operativo de limpieza en el casco central. Recuperado de: <https://www.repretel.com/noticia/policia-municipal-de-san-jose-realizo-un-operativo-de-limpieza-en-el-casco-central/>

- Repretel. (2019). Aumenta la indigencia en la capital. *Actualidad*. Recuperado en 23 de enero de 2020, de <http://www.repretel.com/actualidad/aumenta-la-indigencia-en-la-capital-160644>
- RIOD. (2018). XX Seminario iberoamericano sobre drogas y cooperación: “20 Años compartiendo y aportando soluciones desde la sociedad civil” [Archivo PDF]. RIOD. <https://riod.org/wp-content/uploads/2018/08/Memoria-XX-Seminario-RIOD-2018.pdf>
- Rocha, F & Oliveira, P. (2020). Psicologia na rua: delineando novas identidades a partir do trabalho com a população em situação de rua. *Pesqui. prá. Psicossociais*, 15 (1). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100006
- Rocha, M; Freita, J; Guedes, M & Souza, E. (2016). Gênero, violência e viver na rua: vivências de mulheres que fazem uso problemático de drogas. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 37(3), 1 – 9.
- Rodríguez, M. (2020). San José alberga a 7 de cada 10 indigentes. Crhoy. Revisado el 25 de febrero de 2020. : <https://www.crhoy.com/nacionales/san-jose-alberga-a-7-de-cada-10-indigentes/>
- Rojas, C. (2006). Indigencia en San José: Expresión de la exclusión social y el desarraigo. *Rev. Reflexiones*, 85 (1-2), 189 – 197.
- Romero, D. (2018). *Rol de Enfermería frente a la prevención, el tratamiento y la rehabilitación del consumo de SPA*. (Tesis de licenciatura). Universidad de las Ciencias Aplicadas y Ambientales, Bogotá, Colombia.
- Rossi, C & Tucci, A. Acesso ao tratamento para dependentes de crack em situação de rua. *Psicologia & Sociedade*, 32, 1 – 18. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32i170161>
- Rosso, A & Dos Santos, V. (2017). Saúde e relações de gênero: notas de um diário de campo sobre vivência de rua. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(2), 283-299

- Sánchez, V & Mendes, A. (2015). Prácticas y sentidos de los riesgos: el autocuidado en los consumidores de drogas. *Argumentos: revista de crítica social*, 17, 357 – 386.
- Santos, J & Costa, A. (2016). Perception of users of psychoactive substances on damage reduction. *Rev. eletrônica saúde mental alcohol droga*, 12 (2), 101 – 107. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i2p101-107>
- Santos, J; Baptista, J; Nasi, C & Camatta, M. (2018). Responsabilização e participação: como superar o caráter tutelar no centro de atenção psicossocial álcool drogas? *Rev. gaúch. enferm* ; 39, 1 – 9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180078>
- Saramago, J. (1995). *Ensayo sobre la ceguera*. Editorial Caminho, S.A., Lisboa.
- Saunders, B; Sim, J; Kingstone, T; Baker, S; Waterfield, J; Bartlam, B; Burroughs, H & Jinks, C. (2017). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*, 52, 1893–1907.
- Schlemper, B. (2018). Bioética en el amparo de personas dependientes de drogas psicoactivas e comunidades terapéuticas. *Revista Bioética*, 26(1), 47 - 57.
- SCIJ. (2016). Perfil del y la Profesional de Enfermería en el Primer Nivel de Atención. SCIJ. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=83077&nValor3=106518&strTipM=TC
- Self – management Resource Center. (2018). History of Stanford Self – Management Programs. Recuperado de SMRC. : https://www.selfmanagementresource.com/docs/pdfs/Programs_History.pdf
- SENDA. (s.f). Glosario de términos. Ministerio Interior y Seguridad Pública. Recuperado de: <https://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/glosario-de-terminos/>
- Silva, J; Serrano, S & Osorno, L. (2011). Representaciones sociales de ciudadanía en mujeres habitantes de calle. Tesis Maestría, Universidad Pedagógica Nacional, Bogotá

- Silveira, M; Silva, M; Farias, F; Moniz, A & Ventura, J. Autonomia e reinserção social: percepção de familiares e profissionais que trabalham com redução de danos. *Ciênc. cuid. Saúde*, 16 (3). <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v16i3.34299>
- Souza, F & Ronzani, T. (2020). Desafios às práticas de redução de danos na atenção primária à saúde. *Psicologia em Estudo*, 23. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v23.e37383>
- Souza, M; Oliveira, J & Chagas, M. (2016). Gênero, violência e viver na rua: vivências de mulheres que fazem uso problemático de drogas. *Rev. gaúch. Enferm*, 37 (3). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.59876>
- Tamayo, M; Besoain, A & Rebolledo, J. (2018). Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 96-100. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.004>
- Teixeira, M; Engstrom, E; Ribeiro, J. (2017). Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual. *Saúde debate*, 41(112), 311 – 330. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711225>
- Teixeira, M; Lacerda, A & Ribeiro, J. (2018). Potencialidades e desafios de uma política pública intersetorial em drogas: o Programa “De Braços Abertos” de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Coletiva*, 23 (1). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0261>
- Tier, L., & Kerr, T. (2014). The impact of harm reduction on HIV and illicit drug use. *Harm Reduction Journal*, (11):7. Recuperado de: <http://www.harmreductionjournal.com/content/11/1/7>
- Ting Lin, C & Pesus, C. (2016). Effects of combination approach on harm reduction programs: the Taiwan experience. *Harm Reduction Journal*, 13 (23). <https://doi.org/10.1186/s12954-016-0112-3>
- Tisott, Z; Terra, M; Hildebrandt, L; Soccol, K & Souto, V. (2019). Motivos de la acción del reductor de daños junto al usuario de drogas: un estudio fenomenológico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180062>

- Tizoc, A; Rivera, K; Rieke, U & Cruz, M. (2017). Reducción de daños como estrategia para el uso y abuso de sustancias en México: Desafíos y oportunidades. *Ra Ximhai*, 13(2), 39 - 51 : <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46154510003>
- UNGASS. (2016). *Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem*. New York: United Nations.
- United Nations. (2018). *The Sustainable Development Goals Report 2018*. New York: United Nations .
- UpToDate. (2020). Haloperidol: Drug information. Recuperado de: https://www-uptodate-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/contents/haloperidol-drug-information?search=Haloperidol&source=panel_search_result&selectedTitle=1~148&usage_type=panel&kp_tab=drug_general&display_rank=1
- Valencia, J; Alvaro-Meca, A; Troya, J; Gutiérrez, J; Ramón, C; Rodríguez, A; Vázquez-Morón, S; Resino, S; Moreno, S; Ryan, P. (2016). Gender-based vulnerability in women who inject drugs in a harm reduction setting. *PLoS ONE*, 15 (3), 1 – 9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230886>
- Valenzuela, L. (2016). La salud, desde una perspectiva integral. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*. 9 (9), 50 – 59.
- Velásquez, D; Friman, N & González, M. (2016). Programas de reducción de daños en las adicciones, un dilema ético. *Correo Científico Médico*, 20(4), 804-809. : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812016000400017&lng=es&tlng=es.
- Velásquez, D; Friman, N & González, M. (2016). Programas de reducción de daños en las adicciones, un dilema ético. *Correo Científico Médico*, 20(4), 804-809. Recuperado en 24 de noviembre de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000400017&lng=es&tlng=pt.

- Vickers, K. (2012). Self-Management Education Approach: Engaging Patients in Creating a Personal and Relevant Action Plan (Part 1): I Keep Telling Patients What to Do, So Why Don't They Make Progress? *Journal of Renal Nutrition*, 23 (1), e1 - e3.
- Vickers, K. (2013). Self-Management Education Approach: Engaging Patients in Creating a Personal and Relevant Action Plan (Part 2): I Keep Telling Patients What to Do, So Why Don't They Make Progress? *Journal of Renal Nutrition*, 23 (1), e1 - e3.
- Wesely, J. (2009). "Mom said we had a money maker": Sexualization and Survival Contexts among Homeless Women. *Journal Symbolic Interaction*, 32 (2), 91 – 105.
- Wolfe, D & Csete, J. (2016). Reducción de daños. *Open Society Foundations*. : <https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/db3efd70-a3d1-4345-88a2-6845d0ceadc3/harm-reduction-sp-20160922.pdf>
- Yajaira, D., Agudelo, L., Castaño, C., Galeano, M., Segura, A., & Montoya, L. (2014). Utilizacion de los servicios de salud en la poblacion habitante de calle. *Revista CES Salud Pública*, 5(2), 147 - 153.
- Zamudio, L. (2017). Políticas de habitabilidad en calle en Bogotá: entre el desarrollo humano integral y la necropolítica. Tesis de grado en sociología. Universidad Santo Tomás, Bogotá
- Zapata, R. (2012). Ciudadanos de segunda. Opinión. El Periódico.
- Zareban, I; Mohammad, N; Hossein, M & Bakhshani, S. (2018). Emotion regulation difficulties in drug abusers. *Ann Trop Med Public Health*, 10, 1724 – 1728.

Anexos

Anexo 1. Formulario para la evaluación de los estudios.

Identificación del autor	
(Nv. formación) Nombre de autores:	
Base de datos	<input type="checkbox"/> SCIELO <input type="checkbox"/> EBSCO <input type="checkbox"/> LILACS
Datos relacionados con la publicación	
Título:	
Población:	
Muestra:	
Lugar de realización de la investigación:	
Objetivo(s) de la investigación:	
Diseño metodológico:	
Principales resultados	
Resultados relacionados con el cuidado	
Resultados relacionados con autogestión	
Resultados relacionados con el comportamiento	
Resultados relacionados con actividades desarrolladas por personas en situación de calle	
Resultados relacionados con estrategias exitosas de reducción de daños	
Conclusiones de la investigación:	