

Informe de buenas prácticas Home4Health

Lucha contra la falta de vivienda, la salud mental y la adicción a las sustancias en toda Europa

HOME4 HEALTH



Acrónimos

CATIE – Centro Canadiense de Información sobre el Tratamiento del SIDA, 15

OEDT - Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 36

UE - Unión Europea, 31

VHC – Virus de la Hepatitis C, 15

VIH - Virus de inmunodeficiencia humana, 15

LGTBIQ+ - Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Queer, Intersexuales, Asexuales y +, 23

OCDE - Organizaciones para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 31

PCS- Personas que consumen sustancias, 15

ITS - Infecciones de transmisión sexual, 32

TIC - Atención basada en el trauma, 33

UMEA - Unidad Municipal de Empleo y Autonomía, 19, Unidad Municipal de Empleo 19, 24

Contenido

Introducción	4
Investigación de buenas prácticas	5
1. ACTITUDES	5
1.1. RESPETO	6
1.2. EMPATÍA	7
1.3. APOYO	7
1.4. HORIZONTALIDAD	8
1.5. LÍMITES	9
1.6. RESPONSABILIDAD	10
1.7. AUTOCONOCIMIENTO	10
2. METODOLOGÍAS	11
2.1. DEFENSA DE DERECHOS	11
2.2. CONOCIMIENTO	13
2.3. COMUNICACIÓN	15
2.4. CONDICIONES BÁSICAS DE VIDA	18
2.5. TRABAJO EN EQUIPO	20
2.6. CUIDADOS PERSONALES	20
2.7. TRABAJO ENTRE PARES	21
2.8. ALOJAMIENTO	23
2.8.1. VIVIENDA PRIMERO (<i>HOUSING FIRST</i>)	23
2.8.2. REALOJAMIENTO RÁPIDO	24
2.8.3. DESVIACIÓN	25
2.9. POBLACIONES OCULTAS/ESPECÍFICAS	25
3. MARCOS TEÓRICOS	27
3.1. GÉNERO E INTERSECCIONALIDAD	29
3.2. ATENCIÓN INFORMADA SOBRE TRAUMA	33
Conclusión	35
Referencias bibliográficas	36

Introducción

Para abordar las problemáticas relacionadas con el sinhogarismo y sus consecuencias, es esencial adoptar un enfoque holístico que tenga en cuenta las necesidades de apoyo, las características y los comportamientos de la persona. Del mismo modo, el abuso problemático de sustancias requiere un enfoque multisectorial. El tratamiento de los factores de riesgo y las causas del consumo problemático, combinado con una atención sensible al trauma, constituyen un ejemplo de una estrategia eficaz. El proyecto Home4Health tiene como objetivo desarrollar las habilidades profesionales de quienes trabajan con personas en situación de sinhogarismo, identificando las competencias esenciales para realizar intervenciones sanitarias y sociales más eficaces a nivel europeo.

Para identificar las competencias esenciales para la intervención con personas en situación de sinhogarismo, se realizaron grupos focales con personas profesionales y usuarias de servicios de las cuatro organizaciones socias: ABD (España; <https://abd.org/>), CRESCER (Portugal; <https://crescer.org/>), HVO Querido (Países Bajos; <https://hvoquerido.nl/>) y la Comunidad Cork Simon (Irlanda; <https://www.corksimon.ie/>).

El análisis de los datos resultó en 15 categorías, que formarán la base para desarrollar un programa de capacitación. Al mismo tiempo, se realizó un análisis de la literatura y la identificación de las mejores prácticas de las organizaciones.

En las siguientes secciones se examinan las competencias clave identificadas en los grupos de discusión con el fin de proporcionar una base sólida para desarrollar contenidos que fortalezcan las habilidades de los profesionales en sus intervenciones con la población objetivo. Con base en la Red Canadiense de Investigación sobre las Personas sin Hogar (2013) y la Alianza de Personas sin Hogar del Valle Medio de Willamette (2024), las prácticas se clasifican como **Mejores, Prometedoras o Emergentes**.

- **Mejores prácticas** son intervenciones cuya eficacia ha sido demostrada mediante investigaciones científicas rigurosas y replicadas en múltiples casos utilizando métodos como ensayos controlados aleatorios o revisiones sistemáticas.
- **Las prácticas prometedoras** tienen evidencia suficiente para demostrar su eficacia en el logro de objetivos específicos, a menudo utilizando revisiones realistas o diseños de estudios de casos.

- **Las prácticas emergentes** son intervenciones innovadoras con potencial, respaldadas por evidencia limitada o no basada en investigaciones, a menudo derivadas de descripciones de programas, informes u opiniones.

La falta de documentación sobre las prácticas durante su implementación dificulta clasificarlas como mejores o prometedoras, pero es posible extraer información valiosa de las prácticas comunitarias, incluso sin evidencia formal. En el caso de las personas en situación de sinhogarismo y la reducción de daños, la innovación a menudo surge fuera de los marcos de evidencia tradicionales, y las experiencias vividas y las historias personales son fuentes importantes de conocimiento, aunque frecuentemente subestimadas (Mandler, 2023). La participación de profesionales experimentados en el campo de las personas en situación de sinhogarismo es crucial para el desarrollo de estrategias innovadoras.

Para los fines de este documento, utilizaremos la designación de **buenas prácticas** como un término general, ya que las diferentes prácticas que se explorarán han demostrado ser efectivas a través de diferentes fuentes de evidencia, incluidos los marcos de evidencia tradicionales, como los mencionados en la categorización de las más prometedoras y emergentes, así como la evidencia basada en prácticas comunitarias no tradicionales. Por lo tanto, el informe Home4Health identifica las buenas prácticas como principios, enfoques y metodologías relevantes para intervenciones efectivas con personas en situación de sinhogarismo que enfrentan problemas de salud y traumas. Las prácticas identificadas en los grupos focales se dividen en tres áreas principales para el desarrollo de profesionales: Actitudes, Metodologías y Marcos Teóricos, con un enfoque en la relación entre la persona beneficiaria y el profesional de apoyo.

Investigación de buenas prácticas

1. ACTITUDES

La relación entre las personas en situación de sinhogarismo con trauma complejo y las personas profesionales de apoyo es crucial para el éxito de las intervenciones. Las características individuales y la forma de interacción influyen significativamente en el proceso, siendo el/la profesional asignado/a un factor determinante para continuar o abandonar el tratamiento (Miller & Rolnick, 2002). Elementos como un enfoque de asesoramiento dentro de un marco relacional son decisivos. En los grupos focales, tanto profesionales como personas usuarias destacaron temas relacionales esenciales como el respeto, la empatía, el apoyo, la horizontalidad, los límites, la responsabilidad y el autoconocimiento, que se explorarán a partir de las buenas prácticas identificadas.

1.1. RESPETO

El apoyo a las personas en situación de sinhogarismo requiere un enfoque respetuoso y centrado en la persona, evitando el paternalismo y valorando su autonomía. Es esencial reconocer las circunstancias únicas de cada individuo y priorizar su capacidad de toma de decisiones. Las intervenciones culturalmente sensibles evitan las imposiciones y los prejuicios, valorando la historia de cada persona (Freire, 2018). Los equipos cualificados necesitan habilidades interpersonales, sensibilidad cultural y una organización sólida para llevar a cabo intervenciones efectivas.

El respeto mutuo es fundamental y el equipo debe gestionar sus propias emociones para no proyectar sus necesidades en los demás. Esto incluye respetar las decisiones difíciles de personas usuarias (por ejemplo, persistir en el consumo de sustancias inyectables, a pesar de los graves problemas de salud que ello conlleva) y garantizar un apoyo digno. En el enfoque centrado en la persona, según Carl Rogers, la persona profesional debe ofrecer empatía, autenticidad y consideración incondicional, creando un entorno seguro para que el individuo explore sus experiencias y resuelva sus propios problemas, sin la sensación de ser juzgado (Miller y Rolnick, 2002).

Como aspectos principales para entablar una interacción respetuosa en el marco de una intervención de apoyo, se deben considerar:

- Reconocimiento de la plena dignidad del individuo, como su derecho y capacidad de tomar sus propias decisiones, valorando y promoviendo la agencia y autonomía personal, evitando cualquier paternalismo. La empatía precisa, tal como la define Rogers (Miller y Rollnick, 2022), implica una escucha reflexiva, para comprender los sentimientos y perspectivas de la persona sin juzgar, criticar ni culpar, permitiendo amplificar la propia experiencia y significado de la persona, sin imponer el propio material del consejero);
- Autenticidad o congruencia, es decir, que la persona profesional sea genuina y real, así como integrada y auténtica en la interacción con la otra persona. Esto permite construir una relación de confianza y el sentimiento de ser valorado, fomentando la autoestima y la confianza en el propio criterio;
- La calidez no posesiva o consideración positiva incondicional, es una actitud afectiva que no tiene condiciones de valor asociadas a ella (Mate, 2018), que crea un contexto de no juicio y plena aceptación del otro, estableciendo un tono de calidez en la relación, permitiendo que el individuo se sienta seguro y se abra libremente;
- Establecer una comunicación clara, evitando que se generen expectativas engañosas;

- Desarrollar la sensibilidad cultural, para una comprensión más completa de la persona, de sus circunstancias específicas que pueden influir en sus experiencias y decisiones;
- Desarrollar el pensamiento creativo y la capacidad de resolver problemas;
- Garantizar un enfoque holístico, en el que se ofrezca apoyo a las personas en todas las áreas de la vida, ya que esto permite que las personas desarrollen la capacidad que necesitan para tener éxito en la vida. Esto también está relacionado con el enfoque que pone a la persona en primer lugar, en el que el foco está puesto en la persona y sus necesidades en lugar de en su estado.

1.2. EMPATÍA

Las relaciones empáticas, destacadas por personas profesionales y usuarias, se basan en el respeto, la autonomía y la comprensión. Las personas profesionales deben actuar con honestidad, evitar juzgar, invertir tiempo en las interacciones y buscar soluciones creativas. Es importante diferenciar entre empatía e identificación total de la propia experiencia personal con la experiencia del otro, teniendo en cuenta que los profesionales están para apoyar y explicar, no para tomar decisiones.

Un estilo de asesoramiento empático y centrado en la persona usuaria, esencial en la entrevista motivacional, por ejemplo, implica escuchar reflexivamente y mostrar una empatía precisa, como lo describe Carl Rogers (Miller y Rollnick, 2002). La empatía precisa es una condición fundamental para el cambio, ya que implica aceptación sin respaldar todas las acciones de la otra persona. Escuchar con respeto y comprender las perspectivas de la persona le permite sentirse aceptada, lo cual es fundamental para el cambio. Las investigaciones muestran que la empatía del asesor es un factor significativo en la respuesta de la persona beneficiaria al tratamiento, ya que crea una relación de confianza y apoya la autoestima, facilitando así el proceso de cambio.

Empatía es la capacidad de comprender la experiencia de la otra persona (Kohut, citado en Tatarsky y Kellog, 2010), que incluye una comprensión intelectual pero también una resonancia afectiva, permitiendo al trabajador de apoyo imaginar lo que la persona está experimentando.

1.3. APOYO

El apoyo se basa en la confianza y la conexión entre el personal y las personas usuarias, aliviando los sentimientos de soledad y angustia, que son esenciales para profundizar la comunicación y establecer una relación de confianza. Este apoyo abarca aspectos psicológicos, emocionales y familiares, donde las relaciones sólidas pueden reducir el consumo de sustancias.

La confianza y la conexión son esenciales para la alianza terapéutica, que puede promover la curación al crear un entorno seguro, reducir la ansiedad y fomentar la autorreflexión (Tatarsky y Kellog, 2010). Esta alianza ayuda a las personas a identificar sentimientos y necesidades, así como a desarrollar habilidades de autorregulación y autogestión.

“La alianza terapéutica es la capacidad de trabajar juntos de manera decidida y en acuerdo sobre objetivos, tareas y calidad del vínculo.” (Tatarsky y Kellog, 2010, p. 124). Esto se alinea con los principios de reducción de daños, que enfatizan el comenzar desde la situación actual de la persona beneficiaria y apoyar sus metas. Un enfoque colaborativo que se centre en objetivos compartidos puede fortalecer la alianza terapéutica y crear un “ajuste perfecto” (Tatarsky, 2003), centrando la intervención en las experiencias del individuo e identificando metas que sean significativas para él.

1.4. HORIZONTALIDAD

Un enfoque horizontal de la comunicación es clave para construir una relación sólida entre el personal y las personas beneficiarias, ya que establece expectativas claras y minimiza la incomodidad. El uso de un lenguaje sencillo y accesible promueve una conexión más profunda. La flexibilidad y la transparencia en el apoyo a cada beneficiario son esenciales, respetando sus necesidades individuales.

La horizontalidad está en línea con los principios de reducción de daños, facilitando la exploración de contextos y experiencias e intensificando la confianza, la ayuda mutua y la colaboración (Instituto da Droga e da Toxicoddependência, 2009). Este enfoque centrado en la persona, que valora el contacto informal, es crucial para establecer relaciones, especialmente con personas en situación de sinhogarismo, reconociendo e integrando sus experiencias vividas. A pesar de los desafíos, este enfoque tiene el potencial de brindar soluciones más efectivas y empoderadoras.

Además, según el marco conceptual relacional (Pinto et al., citado en Gaboardi et al. 2022), el sistema de servicios para personas en situación de sinhogarismo implica relaciones entre personas beneficiarias y proveedores de servicios sociales, y es parte de un contexto socioeconómico más amplio.

1.5. LÍMITES

Los límites son esenciales para definir roles y garantizar el apoyo profesional, pero pueden resultar complicados debido a la relación entre profesionales y personas usuarias. Una comunicación clara es fundamental para establecer estos límites, evitando la ambigüedad.

Además, las personas profesionales deben tener límites personales que les ayuden a distanciarse de las situaciones que les impactan emocionalmente, reconociendo las dificultades que surgen al trabajar en la misma comunidad. Asimismo, se debe prestar atención a aquellos que, al permanecer en su comunidad de consumidores de sustancias, pueden tener un riesgo acumulado de volver a ser traumatizados o desencadenados (Mason, 2006). La contratransferencia, que se refiere a la transferencia de sentimientos del profesional a la persona usuaria, debe ser manejada para fortalecer la alianza terapéutica (Tatarsky & Kellog, 2010).

La sociedad suele tratar a los consumidores de sustancias de una forma estigmatizante, lo que puede afectar a las personas profesionales y provocar reacciones negativas. Este enfoque es perjudicial y subraya la importancia de la reducción de daños como método terapéutico que pretende desestigmatizar a las personas consumidoras de sustancias y promover un tratamiento constructivo.

Las buenas prácticas relacionadas con los límites en la relación de apoyo pueden incluir:

- Psicoterapia personal y/o supervisión continua, para promover el autoconocimiento y la capacidad de identificar reacciones contratransferenciales que eventualmente pueden ser desconocidas;
- Desarrollar habilidades de comunicación efectivas (como asertividad, empatía, claridad);
- Provisión y/o participación en espacios y actividades diferenciadas para que las distintas áreas de la vida puedan vivirse con plenitud;
- Establecer límites flexibles y discutir, entre trabajadores pares y a nivel de agencia, las expectativas y los límites de estos límites, así como políticas claras en el contexto de la reducción de daños y el trabajo entre pares (Mason, 2006).
- La gestión de las expectativas es esencial en las relaciones entre personas usuarias de los servicios, personas trabajadoras de apoyo y profesionales, incluidas las circunstancias específicas de los trabajadores pares. Es importante equilibrar la flexibilidad en los límites con la claridad en cuanto a las directrices existentes, garantizando un entorno de trabajo saludable y eficaz.

1.6. RESPONSABILIDAD

En el sistema de atención, los y las profesionales reconocen que tienen responsabilidades con las personas beneficiarias, pero es fundamental comprender que no todo lo que sucede en sus vidas está bajo su control. Separar esta responsabilidad es crucial para evitar el agotamiento del personal y permitir el acceso a una supervisión regular, promoviendo la reflexión sobre las prácticas laborales y apoyando la resiliencia del personal.

Este concepto está vinculado al autocuidado, pues si bien la organización debe ofrecer apoyo, los profesionales también deben responsabilizarse de su propio bienestar. Por ello, es importante que realicen su trabajo con un apoyo organizacional que fomente el pensamiento crítico y reflexivo.

1.7. AUTOCONOCIMIENTO

Es fundamental que la persona profesional se conozca a sí misma y reconozca sus límites, respetando su propio ritmo de trabajo y la necesidad de descansos. Esto implica también reflexionar sobre los prejuicios personales que, si no se identifican, pueden afectar negativamente al tratamiento. Esta reflexión debe ser continua para reconocer cómo estos sesgos influyen en su práctica.

El acceso a la psicoterapia personal y a la supervisión continua es importante para promover el autoconocimiento y ayudar a los profesionales a identificar reacciones contratransferenciales. Es importante tener expectativas realistas sobre el desempeño, tanto por parte de los profesionales como de sus supervisores, en contextos de reducción de daños y trabajo entre pares (Mason, 2006). Las buenas prácticas incluyen políticas claramente articuladas sobre las expectativas de desempeño, los límites, el uso de sustancias y el tipo de apoyo que un profesional puede esperar de su supervisor.

2. METODOLOGÍAS

En esta sección se explorarán metodologías de intervención que constituyen buenas prácticas relevantes para las categorías surgidas en los grupos focales: incidencia política, conocimiento, comunicación, condiciones básicas de vida, trabajo en equipo, autocuidado, trabajo entre pares. Se exploran también metodologías que emergen como buenas prácticas relacionadas con la vivienda y la intervención con poblaciones ocultas/específicas.

2.1. DEFENSA DE DERECHOS

Una incidencia política eficaz requiere la formulación de objetivos y estrategias basados en un análisis contextual, que incluya pasos y metas intermedias de largo plazo. En el trabajo comunitario, existe una tendencia a priorizar las soluciones rápidas para los casos urgentes, lo que puede llevar a una falta de reflexión sobre las causas estructurales de los problemas. Como resultado, las acciones de incidencia política a menudo carecen de un enfoque estratégico y funcionan de manera ad hoc.

Para implementar una estrategia de incidencia política y defensa de derechos, es esencial la cooperación entre organizaciones, que abarque tanto las relaciones horizontales- entre organizaciones locales, como las verticales- entre los niveles local y nacional. Una definición clara y coherente de conceptos clave, como el de personas en situación de sinhogarismo, es esencial para tomar decisiones adecuadas. Las organizaciones deben colaborar con los responsables de las políticas, desarrollar planes estratégicos, empoderar a las personas beneficiarias y colaborar entre sectores. Comprender los desafíos del grupo objetivo y crear conciencia entre profesionales sanitarios y sociales es el primer paso para mejorar la atención a este grupo.

EJEMPLO DE BUENA PRÁCTICA

“Hazte amigo de tu financiador”

“Averigüe quiénes forman parte de los consejos de financiación y entable amistad con ellos. Invítelos a su proyecto, preséntelos a sus compañeros de trabajo y clientes” (Mason, 2006, p. 14).

Temas que se abordarán en materia de política de drogas	Actividades de promoción, en las que diferentes ONG podrían tener diferentes funciones de promoción
<ul style="list-style-type: none"> ● Despenalización/Descriminalización/ Alternativas a las sanciones coercitivas; ● Financiación para la reducción de daños/acceso a la reducción de daños; ● Estrategias nacionales y urbanas sobre drogas; ● Discriminación en el sistema de salud pública y asistencia social; ● Abuso en nombre del tratamiento ● Reducción de daños en prisiones ● Participación significativa de la sociedad civil ● Educación y prevención de drogas basada en la realidad ● Programas innovadores de reducción de daños: control de drogas, salas de consumo de drogas, naloxona, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Organización comunitaria; ● Activismo: sensibilización, educación pública; ● Construcción de coaliciones; ● Asesorar/aconsejar a los tomadores de decisiones; ● Campañas en medios sociales y convencionales; ● Capacitación; ● Litigios estratégicos; ● Cabildeo de base; ● Cabildeo directo.

Sarosi (2020)

Tipologías como ETHOS, desarrollada por FEANTSA, son herramientas adecuadas para categorizar adecuadamente a las personas en situación de sinhogarismo, ayudando a defender sus necesidades específicas. Según Amore et al. (2011), las definiciones creadas por agencias gubernamentales a menudo minimizan la población afectada y se centran principalmente en aquellas personas visibles para el público.

En este contexto, cabe mencionar que FEANTSA también creó un conjunto de herramientas para desarrollar una estrategia integrada para abordar la falta de vivienda, en su manual publicado “Ending Homelessness, a Handbook for Policy Makers”, en el que se exploran enfoques efectivos para alcanzar los 5 objetivos para acabar con la falta de vivienda:

1. Nadie ha de dormir a la intemperie
2. Ninguna persona ha de vivir en un alojamiento de emergencia por un período más largo que lo que dure una emergencia
3. Nadie ha de vivir en un alojamiento de transición más que el tiempo suficiente para hacer la transición
4. Nadie ha de salir de una institución sin opciones de alojamiento
5. Ningún joven se ha de enfrentar a la falta de vivienda como resultado de la transición a la vida independiente

2.2. CONOCIMIENTO

En términos de conocimiento técnico, cabe destacar algunos modelos concretos por su profundo impacto en el marco del consumo de sustancias:

Modelo de prevención de recaídas (Marlatt y Gordon): destaca que tanto los determinantes inmediatos, como las situaciones de alto riesgo, como los antecedentes encubiertos, como los impulsos y los deseos, pueden conducir a una recaída. El modelo ofrece estrategias de intervención específicas e integrales, que permiten a profesionales y personas beneficiarias abordar cada etapa del proceso de recaída.

Entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2002): este enfoque centrado en la persona ayuda a las personas beneficiarias a descubrir su motivación interna para un cambio positivo. Estructurado con pautas claras, enfatiza el potencial de cada persona para cambiar, con los profesionales actuando como facilitadores. Centrado en las fortalezas de la persona beneficiaria, promueve la autoeficacia y ve la ambivalencia como algo natural, evitando el juicio. La resistencia se interpreta como una forma de comunicación y una oportunidad para la colaboración, impidiendo que el profesional asuma el papel de experto.

Psicoterapia integradora de reducción de daños (Tatarsky & Kellogg, 2010): destaca que las conductas de riesgo, como el consumo de sustancias, deben ser entendidas considerando a la persona en su contexto sociocultural. El objetivo es identificar los factores psicológicos, biológicos y sociales que contribuyen a la adicción, clarificando los diferentes significados del consumo de sustancias y adaptando el proceso psicoterapéutico a las necesidades específicas de cada persona beneficiaria.

El enfoque de reducción de daños frente al acaparamiento (Thompkins, 2015): utiliza estrategias prácticas para mitigar las consecuencias nocivas de la acumulación excesiva, una conducta que puede amenazar la estabilidad de la vivienda en poblaciones vulnerables. Este enfoque es crucial porque el acaparamiento puede afectar a la comunidad y generar reacciones negativas de los propietarios y vecinos.

En términos de conocimientos teóricos, los expertos de las asociaciones socias de Home4Health identificaron la siguiente lista:



2.3. COMUNICACIÓN

Una comunicación clara y precisa es esencial para promover un cambio social significativo, especialmente en la atención a las personas en situación de sinhogarismo. Mejorar la comunicación entre los proveedores de servicios y estas personas es fundamental, así como fortalecer la comunicación entre departamentos para atender sus necesidades de manera integral. El estudio 'Best Practices in Harm Reduction Peer Projects' (Mason, 2006) destaca la importancia de una comunicación abierta y respetuosa para evitar suposiciones incorrectas y minimizar los conflictos. Además, la Agencia Europea del Medicamento ha desarrollado un manual sobre **estrategias de comunicación de riesgos para la salud** que se puede aplicar en este contexto, ayudando a informar y orientar sobre riesgos como el VIH, la hepatitis y la sobredosis, tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud (2018).

Estrategias de comunicación de riesgos para la salud para servicios de control de drogas (OEDT, 2023, págs. 27-28) El manual resume una serie de principios importantes a tener en cuenta a la hora de elaborar mensajes sobre los riesgos para la salud:

- Los mensajes son simples, específicos, priorizados y seguros.
- Los mensajes son precisos y se basan en evidencia y conocimientos sólidos.
- Las comunicaciones contienen suficiente información para motivar a las personas a actuar.
- Estímulos visuales para ilustrar conceptos y acciones recomendadas.
- Referencias a organizaciones y comunicadores que gozan de credibilidad y confianza para el público objetivo.
- Lenguaje fácil de entender con términos concretos en lugar de frases ambiguas.
- Las alertas pueden respaldarse con otros recursos con información más detallada o de apoyo, a medida que el público busca confirmar, calificar y comprender el contenido de una alerta.
- Los mensajes centrales son consistentes entre todas las partes interesadas.

El conjunto de herramientas de *SafeLink Alberta Best Practices for Supporting People Who Use Substances* (2023) destaca la importancia de comprender las historias y realidades de las personas que consumen sustancias, prestando servicios sin juzgarlas y con barreras mínimas. Esto incluye promover **la escucha reflexiva**, que es crucial para motivar el cambio (Miller y Rollnick, 2002). El *Canadian AIDS Treatment Information Exchange (CATIE)* (2022) enumera prácticas de apoyo para proveedores de servicios, como mantener un lenguaje corporal abierto, crear un entorno acogedor, proteger la confidencialidad, garantizar la coherencia en las políticas y los procedimientos, tomarse el tiempo para las conversaciones difíciles y evaluar los sesgos relacionados con la raza, el género, la orientación sexual, la salud mental, la discapacidad y el consumo de sustancias.

EJEMPLO DE BUENA PRÁCTICA

HVO-Querido






Juego de cartas "Espejo de ti mismo"

Este juego de cartas está diseñado para que las personas beneficiarias y profesionales jueguen juntas. Cada carta presenta una característica y el juego se puede jugar de varias maneras para identificar cualidades y desafíos personales. Sirve como una herramienta valiosa para el autodescubrimiento y la construcción de conexiones, fomentando una relación horizontal entre ambos. El juego fomenta conversaciones significativas, ya sean breves o profundas, sobre los conocimientos adquiridos durante el juego, lo que lo convierte en una forma sencilla pero eficaz de participar en hermosas discusiones.



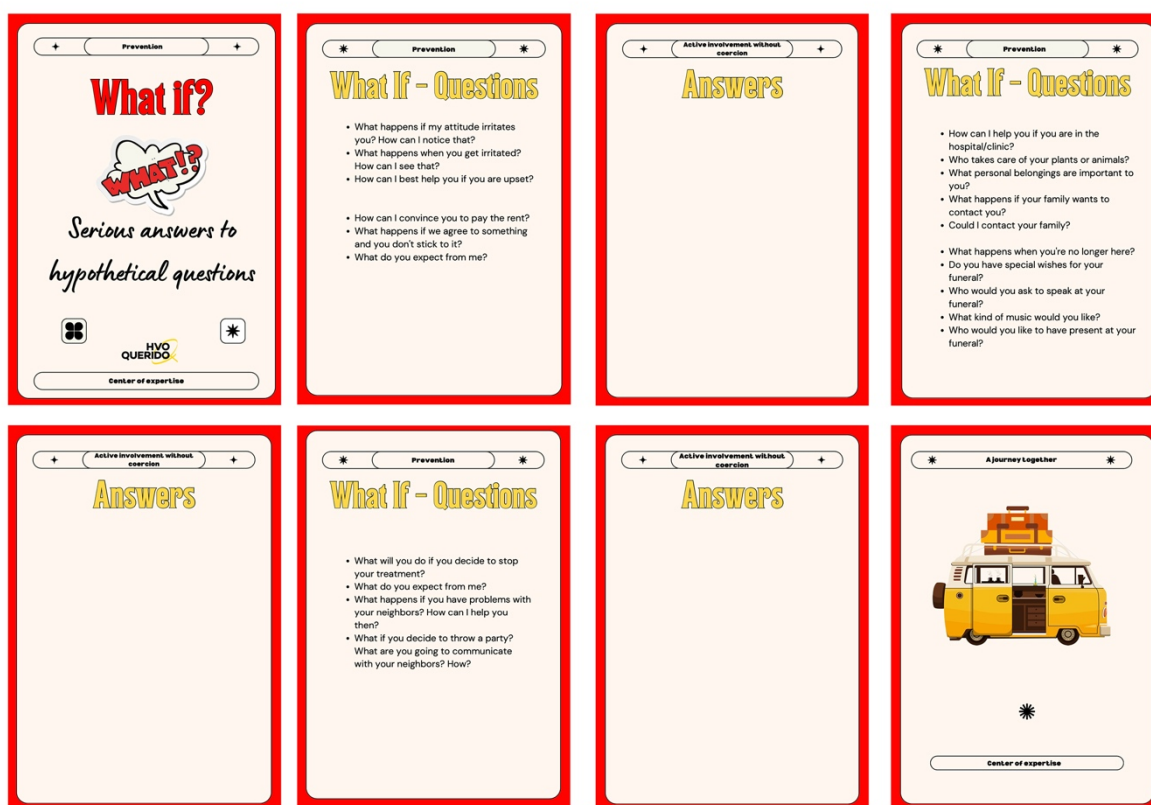
Batería

Esta herramienta actúa como un mini plan de prevención para las personas beneficiarias y profesionales, ofreciendo una ayuda visual para identificar cuándo las situaciones van mal, ligeramente fuera de lugar o bien. También facilita las discusiones sobre cómo las personas profesionales pueden brindar apoyo, simplificando el proceso en comparación con los planes tradicionales y extensos.

 ACTIONS TO CHARGE THE BATTERY - RECOVERY		
	CLIENT	SUPPORT WORKER
	WHAT IS YOUR BEHAVIOR WHEN "THINGS ARE WRONG"?	SHARE WHAT THE SUPPORT WORKER CAN DO WHEN "THINGS ARE WRONG" 
	WHAT IS YOUR DAY-TO-DAY LIKE WHEN "THINGS AREN'T GOING WELL"?	EXPLAIN HOW THE SUPPORT WORKER CAN RECOGNIZE SIGNALS WHEN "THINGS ARE NOT GOING WELL"
	WHAT IS YOUR BEHAVIOR LIKE WHEN "EVERYTHING IS FINE"?	TELL WHAT THE SUPPORT WORKER CAN DO WHEN "EVERYTHING IS FINE"

¿Y si...?!

Esta herramienta está destinada a personas beneficiarias y profesionales como recurso de prevención para identificar señales de desequilibrio. Incluye un folleto con preguntas sobre situaciones futuras, útil después de que una persona beneficiaria reciba su hogar de *Housing First*. Las preguntas se pueden abordar en cada cita, en línea con el principio de *Housing First* de "participación en actividades sin coerción", que abarca temas como invitaciones a funerales y cuidado de mascotas durante las estancias en el hospital.



2.4. CONDICIONES BÁSICAS DE VIDA

La mayoría de los programas de reducción de daños van más allá del intercambio de material aséptico y abordan necesidades como la vivienda, el asesoramiento, la atención médica, la higiene, la alimentación y el transporte, que son cruciales para su éxito (Mason, 2006). Las personas en situación de sinhogarismo se enfrentan a la negación del derecho a la vivienda y a dificultades para acceder a la atención sanitaria, a menudo agravadas por las barreras lingüísticas y de juicio. Estos factores, junto con la educación y el empleo, son esenciales para la integración social y deben abordarse centrándose en la autonomía y el crecimiento personal.

La salud física y mental del personal también es fundamental para una intervención eficaz y una calidad de vida a largo plazo, y es importante ofrecer apoyo psicológico, oportunidades para compartir experiencias, mejores salarios y un entorno de trabajo favorable.

Una de las principales barreras para abandonar la situación de sinhogarismo es la dificultad para encontrar y mantener un empleo. Por ello, entre las buenas prácticas se incluyen servicios de apoyo a la inserción educativa y profesional, con proyectos de empleabilidad de bajo umbral adaptados a esta población vulnerable. Estas iniciativas se fundamentan en la reducción de daños y en enfoques centrados en la persona, orientados a empoderar a los individuos para que alcancen la autonomía y se reinseren profesionalmente.

EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS

COMUNIDAD CORK SIMON

El servicio de Integración Social y Participación, anteriormente conocido como Empleo y Capacitación, se creó en 2009 para abordar las barreras al empleo y la capacitación de las personas en situación de sinhogarismo. Con el paso de los años, se ha ampliado para ayudar a las personas beneficiarias a superar desafíos como el acceso limitado a la vivienda social y a beneficios sociales. El servicio ofrece programas de capacitación específicos, como *Pase Seguro*, *Manipulación manual* y *Primeros auxilios*, al tiempo que conecta a las personas beneficiarias con oportunidades educativas y colabora con organizaciones como "Educational Training Board" (ETB) y "Good Shepherd Services" (GSS). También se asocia con empleadores locales para facilitar la colocación laboral, centrándose en la tutoría y la orientación laboral.

CRESCER

La Unidad Municipal de Empleo y Autonomía (UMEA) es un proyecto diseñado para facilitar la integración residencial de personas en situación de sinhogarismo que trabajan o realizan prácticas remuneradas. Con 15 plazas, el programa pretende promover la autonomía de los residentes y su transición a una vivienda independiente durante un periodo de seis meses. Durante este tiempo, las personas participantes reciben el apoyo de un equipo técnico y desarrollan competencias esenciales en gestión económica, inserción laboral, gestión del hogar y acceso a servicios sociales y sanitarios.

É UM RESTAURANTE es una empresa social y uno de los proyectos de empleabilidad de CRESCER, que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que viven o han vivido la situación de sinhogarismo en Lisboa. Su objetivo principal es crear oportunidades de empleo y facilitar la integración laboral a largo plazo de los beneficiarios proporcionándoles las herramientas necesarias para la inclusión.

2.5. TRABAJO EN EQUIPO

El concepto de trabajo en equipo es fundamental para la colaboración interdisciplinaria en las intervenciones sociales. Un equipo con objetivos claros, retroalimentación regular, apoyo administrativo y un liderazgo fuerte aumenta la eficacia del enfoque adoptado al promover el apoyo mutuo entre los miembros. Esta dinámica no solo alivia la carga mental, sino que también mejora la toma de decisiones y el apoyo a los beneficiarios. Los profesionales enfatizan la importancia de la confianza y el intercambio de percepciones, buscando retroalimentación para intervenciones efectivas. El trabajo en equipo, la escucha activa y la reflexión sobre la salud mental son cualidades esenciales, y los momentos dedicados a la formación de equipos crean un entorno de apoyo, que permite a los trabajadores compartir experiencias y discutir casos.

EJEMPLO DE BUENA PRÁCTICA

HVO-Querido

Los **Diez Acuerdos Comunitarios de Trabajo**, establecidos en 2017 y actualizados en 2020, delinean una colaboración entre cuidadores, corporaciones de vivienda y el municipio para apoyar a las personas vulnerables en su transición hacia la vida independiente. Estos acuerdos se aplican a todos los grupos vulnerables en viviendas integradas, enfatizando el derecho a un entorno agradable e incluyendo un protocolo conjunto contra molestias. La formación sobre estos acuerdos proporciona herramientas a los participantes para explorar la teoría subyacente.

COMUNIDAD CORK SIMON

El **Manual de Gestión de Casos**, elaborado en 2012, aborda el problema derivado de que las personas usuarias de los servicios tengan que completar múltiples formularios sin un protocolo unificado para la colaboración entre servicios. Esto dio lugar a la repetición de trámites y a la pérdida de datos importantes, ya que la información no se transfería entre servicios. El manual promueve el trabajo en equipo, al proporcionar un documento completo para los administradores de casos, lo que fomenta la transparencia entre todas las partes involucradas.

2.6. CUIDADOS PERSONALES

En el trabajo sociosanitario, la acumulación de trabajo y el burnout revelan la necesidad de un cambio de perspectiva, donde el autocuidado es esencial para el bienestar y la sostenibilidad de la profesión. Los profesionales reconocen la importancia de un enfoque más humanizado, orientado a preservar la salud mental, física y emocional. El autocuidado debe ser tanto una responsabilidad individual como promovido estructuralmente, pasando a formar parte de la cultura organizacional. Los encuentros que fomentan el compartir y el cuidado mutuo son cruciales para evitar la soledad entre las personas cuidadoras.

EJEMPLO DE BUENA PRÁCTICA

HVO-Querido

El Centro de Experiencia de HVO-Querido desarrolló el **método de Perfiles** para comprender los estilos naturales de las personas profesionales del ámbito social, reconociendo que cada profesional tiene un enfoque único dentro del marco de *Housing First*. Identifica seis perfiles: cuidador/a, evitador/a de conflictos, maestro/a, mediador/a, funcionario/a y creativo/a, destacando sus fortalezas y desafíos. Las personas beneficiarias pueden elegir a su trabajador/a social en función de estos perfiles, lo que promueve la elección y el control. Si es necesario, los/as trabajadores/as sociales pueden explorar otros perfiles y cambiar de profesional puede ser beneficioso si encuentran uno que se adapte mejor.

2.7. TRABAJO ENTRE PARES

La inclusión social permite volver a comprometerse con la comunidad y establecer relaciones positivas. También pone de relieve la importancia de integrar a las personas que han vivido la falta de vivienda en funciones de liderazgo en las agencias de servicios. El apoyo entre pares promueve un sentido de pertenencia y facilita las conexiones, mientras que la reducción de daños pone de relieve el papel de los pares en el cambio de comportamiento. Sin embargo, la experiencia vivida debe ir acompañada de características personales y formación profesional para garantizar intervenciones respetuosas. La educación entre pares abarca diversos enfoques, desde la participación informal hasta la gestión de proyectos, con diferentes niveles de participación. Los empleados con vidas más estables tienden a tener más éxito en sus funciones, por lo que el autocuidado y las condiciones de vida básicas son esenciales para mejorar sus habilidades y su rendimiento en el trabajo.

En cuanto al trabajo entre pares, el proyecto *Crack Users Project*, una iniciativa de desarrollo de capacidades comunitarias desarrollada por *Street Health* y *Regent Park Community Health Centre* (Toronto, Canadá), resume un conjunto de prácticas recomendadas para la integración entre pares (Mason, 2006). En resumen, los hallazgos sugieren lo siguiente:

- Considerar términos alternativos a “par”, que tengan en cuenta lo que facilita la credibilidad profesional, el pago de salarios más altos y la reducción del estigma;
- Emplear una variedad de posiciones entre pares, distintos umbrales y niveles de compromiso, lo que permite a las personas probar diferentes roles dependiendo de su situación actual.
- Involucrar a las personas usuarias en el diseño del programa, no solo en su entrega, donde puedan identificar sus propias necesidades y tareas específicas, aumentando la probabilidad de éxito del programa.

- Proporcionar límites flexibles y políticas claras en lugar de los límites estrictos tradicionales, que no son adaptables al contexto de reducción de daños y trabajo entre pares. La discusión sobre políticas, límites y expectativas debe realizarse con cada trabajador entre pares y a nivel de agencia.
- Proporcionar una supervisión adecuada y un liderazgo de apoyo.
- Educar a la junta y al personal sobre la reducción de daños y el valor del trabajo entre pares, asegurando un compromiso genuino en una verdadera integración entre pares.
- Desarrollar un espacio de agencia donde las personas se sientan cómodas, seguras y respetadas.
- Considerar todas las implicaciones de la participación de los pares, tanto las positivas (a nivel social, organizacional e individual) como las negativas (a nivel individual) que podrían ocurrir. Brindar apoyo para cualquier consecuencia no deseada que sea desafiante y potencialmente negativa.
- Considerar los determinantes sociales de la salud con atención a las necesidades básicas. La estabilidad en áreas vitales como la vivienda está relacionada con una participación más exitosa en el trabajo de reducción de daños.
- Proporcionar formación, en lugar de asumir que la experiencia vivida es suficiente para asumir un rol de par. Esta formación debe estar adaptada al rol específico que se asume.
- Dirigirse a la comunidad en general, abogando por el cambio de políticas y procedimientos que violan o no apoyan los derechos de los pares y las personas usuarias y la implementación de otros que aborden la reducción de los riesgos y daños relacionados con las drogas.
- Elegir la calidad en lugar de la cantidad, centrándose tanto en cómo se hace como en qué se hace. Los proveedores de servicios deben ser amables, pacientes, no críticos, flexibles y comprensivos.
- Garantizar que los pares reciban una remuneración equitativa. Es importante recompensar a los pares tanto económicamente como con un sentido de logro.
- Desarrollar un espacio de agencia donde las personas se sientan cómodas, seguras y respetadas.

EJEMPLO DE BUENA PRÁCTICA

Metzineres

Entornos de acogida para mujeres consumidoras de sustancias supervivientes de la violencia es el primer programa de reducción de daños de Cataluña exclusivamente para mujeres, que aborda múltiples vulnerabilidades como la falta de vivienda, la edad, la diversidad funcional, la migración, la identidad LGTBIQ+, el trabajo sexual, el encarcelamiento y los problemas de salud. La participación de las mujeres consumidoras de sustancias en el desarrollo y la evaluación de las iniciativas enriquece los servicios al proporcionar información vital sobre sus necesidades y la dinámica del consumo de sustancias, mejorando la eficacia de los programas de atención.

2.8. ALOJAMIENTO

2.8.1. VIVIENDA PRIMERO (*HOUSING FIRST*)

Housing First es un modelo creado en Estados Unidos en los años 90 por Sam Tsemberis, de Pathways *Housing First*, y que desde entonces se ha extendido a Canadá y a varios países de Europa y del mundo. Este modelo, basado en la evidencia y reconocido internacionalmente, ofrece acceso inmediato a una vivienda propia a personas en situación de sinhogarismo y a usuarios de refugios de larga duración, sin exigir condiciones previas como la abstinencia o el tratamiento psiquiátrico. La vivienda es independiente y abierta y está acompañada por un equipo multidisciplinario que proporciona apoyo comunitario orientado a la recuperación. Los estudios demuestran que *Housing First* es eficaz para erradicar el sinhogarismo, ayudando a 8 de cada 10 personas, y ofrece una mejor relación calidad-precio en comparación con los refugios de emergencia (Tsemberis, 2010; Polvere et al., 2014). Las personas participantes suelen experimentar mejoras significativas en diversas áreas de la vida, como la reducción del consumo de sustancias, una mejor adherencia al tratamiento, la reconexión con los miembros de la familia y el fortalecimiento de sus redes de apoyo.

EJEMPLO DE BUENA PRÁCTICA

CRESCER

El programa É UMA CASA, lanzado por CRESCER en Lisboa en 2013, ha crecido de 7 a 140 hogares en 10 años, logrando una tasa de éxito del 90%, lo que significa que estas personas no vuelven a la situación de calle. Este éxito se debe en gran medida a la defensa sistemática de CRESCER y los residentes de *Housing First*, destinada a mejorar las condiciones de vida y promover la inclusión social de las personas en situación de sinhogarismo crónica, incluidas aquellas con trastornos mentales, abuso de sustancias, pobreza, marginación, estigma social y trauma complejo.

2.8.2. REALOJAMIENTO RÁPIDO

Realojamiento rápido es un modelo de intervención inspirado en *Housing First*, centrado en ayudar a las personas y familias en situaciones de ausencia de vivienda episódica o transitoria a acceder rápidamente a una vivienda permanente en la comunidad, con o sin condiciones mínimas previas. El programa ofrece un paquete de apoyo personalizado y limitado en el tiempo (normalmente seis meses), que puede incluir asistencia financiera para el alquiler y los gastos de mudanza, ayuda para encontrar vivienda y otros servicios adaptados a las necesidades específicas de cada familia. La gestión de casos acompaña la estabilización de la vivienda y ayuda a conectar con recursos que mejoran el bienestar, la seguridad, la salud, los servicios sociales y las oportunidades de empleo, lo que permite a los beneficiarios mantener sus pagos de vivienda después de la asistencia financiera. Al igual que en *Housing First*, la gestión de casos debe estar impulsada por la persona beneficiaria y respetar la autodeterminación, funcionando como una forma de prevención secundaria para evitar que las personas y las familias entren en ciclos sociales difíciles y mitigar los efectos negativos de la falta de vivienda a largo plazo.

EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS

COMUNIDAD SCORK SIMON

La intervención fomenta la colaboración con agencias para agilizar las solicitudes de vivienda, que normalmente tardan hasta 12 semanas. En seis meses, tres personas consiguieron vivienda permanente a través de esta intervención, en un albergue de emergencia, mientras que otras 15 recibieron apoyo del equipo de Acción contra el sinhogarismo (Hogar Sin Techo) para conectarse con proveedores de vivienda. Esta iniciativa ha mejorado las relaciones con las agencias de vivienda y las autoridades locales, y ha empoderado a los participantes para gestionar las opciones de vivienda de manera más efectiva.

CRESCER

La Unidad Municipal de Empleo y Autonomía, gestionada por CRESCER desde julio de 2024, se basa en la metodología de realojo rápido y tiene como objetivo integrar a personas que se encuentran en situación de sinhogarismo por primera vez y durante un periodo corto (menos de un mes) en una vivienda compartida con habitaciones individualizadas y el apoyo de un equipo especializado. Este enfoque constituye una forma de prevención secundaria, que busca evitar que estas personas entren en bucles de respuesta al sinhogarismo de los que es más difícil salir.

2.8.3. DESVIACIÓN

La desviación es una intervención diseñada para ayudar rápidamente a las personas y familias que recientemente se han quedado en situación de sinhogarismo, impidiéndoles entrar en el sistema de emergencia social. Este enfoque intensivo y centrado en la persona beneficiaria busca de inmediato encontrar soluciones de vivienda alternativas a los refugios, ofreciendo servicios para estabilizar la vivienda o facilitar la transición a una vivienda permanente. El objetivo es prevenir o retrasar el ingreso a refugios de emergencia mediante la identificación de alternativas seguras basadas en los recursos disponibles para las personas y las familias, en lugar de depender de los sistemas de respuesta a las personas en situación de sinhogarismo. Es un servicio colaborativo, proporcionado por trabajadores capacitados que utilizan soluciones creativas y flexibles, incluida la asistencia financiera, para facilitar la transición a una vivienda segura.

EJEMPLO DE BUENA PRÁCTICA

COMUNIDAD CORK SIMON

Desviación se introdujo en el servicio de emergencia comunitario Cork Simon en 2023. Esta intervención tiene lugar entre el momento en que una persona queda en situación de sinhogarismo y el ingreso al sistema de alojamiento de emergencia. El objetivo es retrasar o evitar que la persona ingrese a un refugio, identificando alternativas seguras y facilitando el acceso a ellas. *Desviación* es una medida de prevención del sinhogarismo en etapa avanzada, que se diferencia de los programas de prevención tradicionales en que se lleva a cabo después de que la persona pierda el hogar, en el primer contacto con los servicios para personas en situación de sinhogarismo.

2.9. POBLACIONES OCULTAS/ESPECÍFICAS

Para combatir la falta de vivienda, es esencial una estrategia integrada con intervenciones integrales y un enfoque centrado en la persona. Es fundamental que los servicios aborden las necesidades específicas de las subpoblaciones vulnerables, como personas migrantes, jóvenes, mujeres y personas LGBTQ+, que enfrentan desafíos adicionales debido a los sesgos sociales que los exponen al trauma y la violencia. La discriminación y la falta de sensibilidad cultural en los servicios les dificultan navegar por los sistemas que son esenciales para estabilizar sus vidas.

Las mujeres racializadas y las personas diversas en el sistema sexo/género se enfrentan a barreras adicionales, como el acceso a viviendas asequibles y asistencia jurídica. Las familias en situación de sinhogarismo tienen necesidades específicas y pueden requerir cuidados adicionales. Las personas jóvenes en situación de sinhogarismo también tienen necesidades únicas, ya que muchas abandonan

sus hogares bajo la responsabilidad de adultos y tienen antecedentes en los servicios de protección infantil. Por lo tanto, las intervenciones para esta población deben ser distintas de las destinadas a los adultos, reconociendo la complejidad de sus situaciones y la necesidad de servicios personalizados y coordinados.

EJEMPLO DE BUENA PRÁCTICA

ABD

Programa de Intervención Temprana con Drogodependientes en Situación de Emergencia Social. El programa tiene como objetivo garantizar los derechos básicos de las personas en situación de vulnerabilidad y sufrimiento social. Centrado en las poblaciones excluidas y estigmatizadas, el programa busca mejorar la calidad de vida de estas personas, reduciendo las barreras de acceso a los servicios y mejorando las estrategias de atención mediante intervenciones de bajo umbral. El enfoque se basa en la garantía de los derechos humanos de las personas que consumen sustancias e implica acciones locales que promueven la responsabilidad y el cuidado, convirtiéndolo en un programa de reducción de daños. Entre sus medidas se encuentran estrategias de captación activa de poblaciones “ocultas” y servicios de emergencia que atienden las necesidades básicas de las personas drogodependientes.

Centro Residencial Integral La Galena

El Centro de Acogida para Personas en Situación de Calle que Consumen Sustancias Ilícitas y/o Alcohol ofrece apoyo a 70 personas en situación de alta vulnerabilidad, entre ellas hombres y mujeres víctimas de violencia de género. Con servicios como alojamiento, atención sanitaria y consumo supervisado, el equipo especializado promueve la reducción de daños e implementa protocolos de género, realizando capacitaciones mensuales y seguimiento externo para garantizar la calidad de la atención.

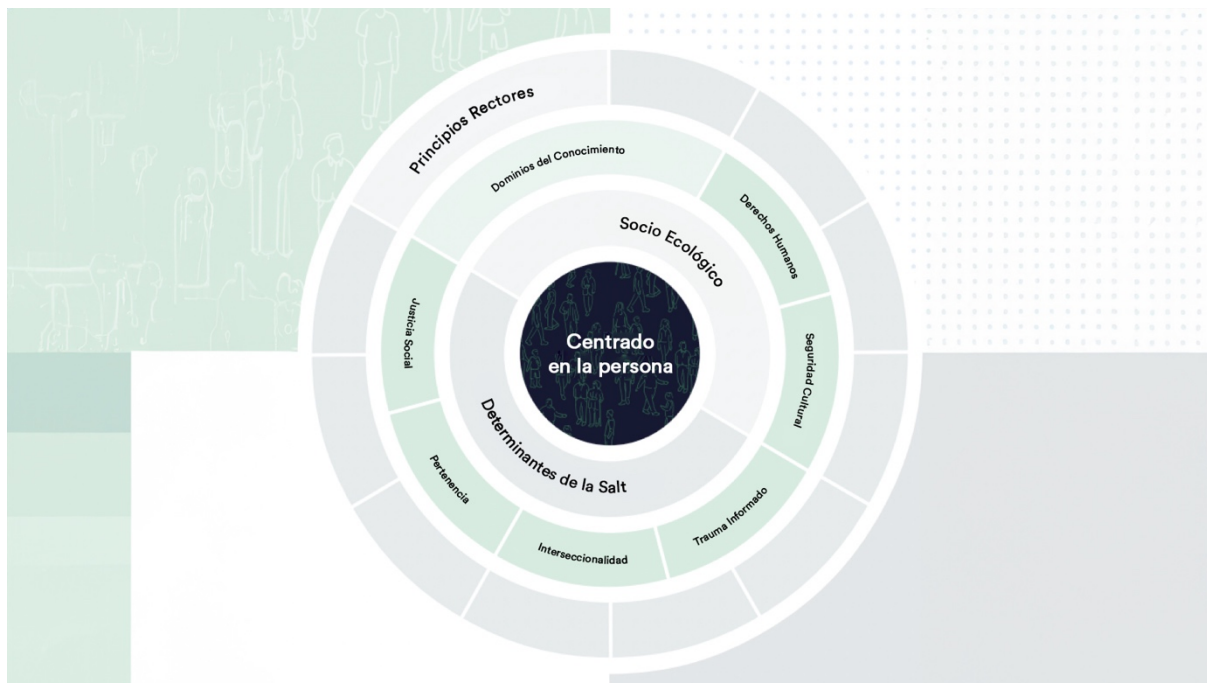
Varranca es un proyecto de vivienda social de *Housing First* dirigido a personas mayores de 18 años con historial de sinhogarismo y consumo activo de sustancias. Tras un año en un Hotel Social, las residentes reciben apoyo para estabilizar su vida, en viviendas adaptadas para un máximo de dos personas, fomentando la convivencia y evitando intervenciones de emergencia. Ambos servicios están diseñados con una perspectiva feminista e intercultural, con el objetivo de combatir la exclusión y el estigma, especialmente entre las mujeres consumidoras de sustancias.

3. MARCOS TEÓRICOS

En la siguiente sección del informe se examinarán diversos marcos teóricos relevantes para las personas profesionales que trabajan con personas en situación de sinhogarismo, incluidos el modelo transteórico, el enfoque humanista centrado en la persona y la reducción de daños. Después de reflexionar sobre las actitudes y los valores esenciales en este campo, la sección examinará los fundamentos conceptuales y su potencial para mejorar las intervenciones y los resultados para las personas en situación de sinhogarismo.

El modelo transteórico de las etapas del cambio, desarrollado por Prochaska, DiClemente y NorCross (1992), aborda el cambio de patrones de conducta personal, al tiempo que ayuda a enmarcar la experiencia de la persona y su momento vital. Esta progresión consta de seis etapas, aunque normalmente las personas pueden pasar por ellas varias veces antes de que se produzcan cambios efectivos. Son: precontemplación; contemplación; preparación; acción; mantenimiento; recaída.

El enfoque humanista y centrado en la persona requiere que los profesionales comprendan la historia, las experiencias y los significados personales de cada individuo. Las personas son expertas en sus propias vidas y viven en ecosistemas únicos formados por sus historias, relaciones, identidades y aspiraciones. El objetivo es reconocer y valorar la individualidad de cada recorrido y perspectiva.



(Fuente: Consejo para personas sin hogar: Guía práctica centrada en la persona)

El enfoque en la reducción de daños se centra en priorizar vidas y apoyar a las personas que no están preparadas para la abstinencia total, con el objetivo de minimizar los efectos negativos de la adicción de una manera no crítica. Integra prácticas basadas en la evidencia, como el asesoramiento y la terapia, para empoderar a las personas a recuperar el control y lograr una recuperación sostenible. Este enfoque abarca estrategias que van desde el consumo más seguro hasta la abstinencia, el encuentro con las personas que consumen sustancias donde se encuentran y la consideración de las condiciones de consumo. La reducción de daños es valiosa para mantener refugios sin barreras y se puede aplicar a una variedad de desafíos que enfrentan las personas en situaciones vulnerables, lidiando con desigualdades estructurales como la pobreza y la discriminación. Aunque surgió en el contexto de las adicciones, su aplicación se extiende a otras áreas donde los derechos básicos de las personas no están garantizados.

La ONG Harm Reduction International explica el concepto a través de los objetivos que se plantean para que su intervención tenga como base conceptual la reducción de daños:

1. Mantener vivas a las personas y fomentar un cambio positivo en sus vidas;
2. Reducir los daños provocados por las leyes y políticas sobre sustancias;
3. Ofrecer alternativas a los enfoques que buscan prevenir o eliminar el consumo de sustancias;

"La reducción de daños se basa en principios de justicia y derechos humanos. Se centra en generar cambios positivos y trabajar directamente con las personas sin juzgarlas, coaccionarlas, discriminarlas ni exigirles que dejen de consumir sustancias como condición previa para recibir apoyo. Aunque se originó en el campo de las adicciones, hoy el enfoque de justicia social permite su aplicación en otros campos en los que las personas no tienen garantizados sus derechos básicos"¹

EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS

ABD

El **Programa de Mantenimiento del Consumo de Alcohol** se puso en marcha durante la pandemia de COVID19 y es el primer programa de este tipo en Barcelona, ubicado en un espacio residencial de emergencia. El objetivo general del programa es reducir los daños sanitarios, sociales y estructurales asociados al consumo problemático de alcohol. Pretende sustituir un patrón de consumo problemático para:

¹ En Harm Reduction International: <https://hri.global/what-is-harm-reduction/>

- Reducir los riesgos y daños asociados con el abuso del alcohol;
- Aumentar la calidad de vida de las personas consumidoras;
- Concientizar a las personas que participan en el programa sobre los riesgos y daños asociados al consumo de alcohol.

Buena parte del buen funcionamiento del programa se debe a que dentro del mismo centro se han cubierto sus necesidades básicas y se les ha ofrecido la atención médica, psicológica y social.

El diseño del proyecto fue evaluado continuamente y modificado en consecuencia, tomando también en cuenta las nuevas necesidades y demandas de los usuarios que surgieron a medida que avanzaba.

CRESCER

REACH_U es un programa que ofrece pruebas de anticuerpos y ARN en el lugar, junto con servicios de enfermería y asistencia entre pares. Involucra a personas en entornos como casas abandonadas y lugares de consumo, ofreciendo educación sanitaria, detección y tratamiento para quienes se muestran reacios a acceder a los servicios de salud tradicionales. Este modelo descentralizado permite realizar pruebas de detección y proporcionar medicamentos sin visitas al hospital, lo que mejora la adherencia y promueve la microeliminación del virus. Las asociaciones con hospitales públicos mejoran la eficacia del programa, y el apoyo entre pares es clave para fomentar la adherencia al tratamiento y los cambios de comportamiento positivos.

3.1. GÉNERO E INTERSECCIONALIDAD

La interseccionalidad es una perspectiva crucial que se debe integrar en la formación de profesionales que trabajan con poblaciones vulnerables, ya que ayuda a cuestionar los modelos androcéntricos de intervención y a comprender cómo se entrecruzan las diferentes formas de discriminación y exclusión, dando lugar a desigualdades complejas (Crenshaw, 2002). Este enfoque ofrece un marco para desarrollar respuestas más eficaces y adaptadas a las diversas subpoblaciones afectadas por la falta de vivienda.

Las **mujeres**, en particular, se enfrentan a obstáculos específicos, como la violencia de género, que a menudo contribuye a la inestabilidad habitacional. Los datos del Departamento de Nivelación, Vivienda y Comunidades (DLUHC) de 2022-23 indican que el abuso doméstico es la segunda causa principal de falta de vivienda estable para las familias, y un tercio de las mujeres en situación de sinhogarismo informan que esta violencia influyó en su situación de falta de vivienda. Reconocer estos matices permite a los profesionales desarrollar intervenciones sensibles a las necesidades de las mujeres, teniendo en cuenta factores como la violencia de género y las desigualdades estructurales que dificultan su acceso a una vivienda segura. A continuación, se presentan algunos desafíos para este grupo:

Ámbito	Descripción	Consecuencias
Salud sexual y reproductiva	Falta de acceso a anticonceptivos, exámenes de salud sexual, atención prenatal y apoyo para infecciones de transmisión sexual (ITS).	Infecciones no tratadas, embarazos no deseados y complicaciones de salud materna.
Acceso limitado a productos y servicios menstruales.	Dificultad para adquirir productos menstruales y falta de acceso a baños.	Falta de higiene, infecciones y mala salud en general.
Separación de los hijos	Falta de apoyo como vivienda o recursos para los padres.	Institucionalización de niños, trauma por separación, problemas de salud mental como depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático
Violencia de género	Las mujeres en situación de sinhogarismo corren un mayor riesgo de sufrir violencia sexual, física y doméstica.	Agresión sexual, violencia física y trauma psicológico.
Problemas particulares de salud mental	Agravada por la violencia, la falta de apoyo y la mala higiene.	Problemas graves de salud mental, como depresión, ansiedad y dificultades para acceder a la atención debido al estigma.

Otra categoría social que debe considerarse desde un punto de vista interseccional son las **personas migrantes**. A continuación, se enumeran algunas de las dificultades que enfrenta esta subpoblación cuando experimenta la situación de calle:

- **Falta de estatus legal y documentación:** obstáculos para acceder a servicios burocráticos y administrativos y a la vivienda, la falta de documentación genera un miedo constante a la deportación, impidiendo que las personas busquen ayuda de las autoridades u organizaciones.
- **Barreras idiomáticas:** no conocer el idioma no sólo es un obstáculo para adquirir y comprender la mayoría de los servicios, también dificulta expresar sus deseos y necesidades.
- **Diferencias culturales y discriminación:** pueden dificultar el acceso de los migrantes a los servicios, especialmente cuando los proveedores de servicios ignoran sus necesidades y experiencias. Pueden sufrir discriminación por motivos de etnia, religión o nacionalidad, lo que genera temor y desconfianza, complicando aún más su integración y el acceso a recursos esenciales.
- **Traumas y problemas de salud mental:** traumas derivados de sus experiencias migratorias, de la huida de conflictos, violencia o separación familiar. Este estrés añadido, junto con los desafíos de la falta de vivienda, puede dar lugar a importantes problemas de salud mental, como depresión, trastorno de estrés postraumático y ansiedad.

- **Falta de literatura y estudios:** No hay suficientes datos completos y comparables sobre la situación de las personas en situación de sinhogarismo entre los inmigrantes en los países de la OCDE y la UE.

Además de estos desafíos generales, existen diferentes enfoques transnacionales para la recopilación de datos que son específicos del caso de las personas migrantes, en particular los relacionados con los solicitantes de asilo y los refugiados.

Otra subpoblación específica es la **juventud**, que se enfrenta a sus propios desafíos cuando se encuentran en situación de sinhogarismo, tales como:

- **Problemas de salud mental:** La falta de vivienda suele provocar problemas de salud mental o exacerbarlos. Los y las jóvenes que se escapan de sus hogares corren un mayor riesgo, ya que tienen más probabilidades de sufrir depresión y trastorno de estrés postraumático que sus compañeros. Las autolesiones y los intentos de suicidio son frecuentes, y el suicidio es la principal causa de muerte entre los jóvenes en situación de sinhogarismo.
- **Abuso de sustancias:** Los jóvenes no acompañados con frecuencia recurren al consumo de sustancias para lidiar con el estrés de sus condiciones de vida inestables y presentan tasas de consumo de sustancias como la marihuana, el crack y la cocaína significativamente más altas que sus pares de la población general.
- **Actividad criminal y persecución:** Los y las jóvenes en situación de sinhogarismo que no están acompañados suelen recurrir a actividades delictivas para sobrevivir, como el robo, el tráfico de drogas y la prostitución. Es fundamental considerar a estas personas como personas que necesitan apoyo en lugar de etiquetarlas como delincuentes.
- **Prácticas sexuales peligrosas:** Los y las jóvenes no acompañados pueden recurrir al "sexo de supervivencia" para satisfacer sus necesidades, lo que aumenta las tasas de embarazo en comparación con la población general. Existe un mayor riesgo de contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, lo que da lugar a graves problemas de salud, incluida la muerte.
- **Barreras a la educación y al empleo:** barreras como las políticas de asistencia escolar, los requisitos de crédito, las normas de residencia y tutela, la falta de registros adecuados y los problemas de transporte interrumpen la educación y obstaculizan el desarrollo normal de socialización para jóvenes no acompañados.

Otro grupo demográfico que vale la pena mencionar en relación con el género y la interseccionalidad son las personas **LGBTQ+**, que requiere una intervención y atención especializadas. Para garantizar que las personas usuarias de servicios LGBTQ+ se sientan bienvenidas en un servicio se pueden tomar diversas medidas:

- **Lucha contra la discriminación:** el personal debe estar capacitado y alentado para enfrentar la homofobia, la transfobia y la bifobia en todas sus formas. Estas acciones deben ser inmediatas y constantes.
- **Utilización de un lenguaje inclusivo, respetando la terminología preferida:** evite hacer suposiciones sobre el género y utilice pronombres de género neutro cuando sea apropiado.
- **Apoyo especializado para personas usuarias de servicios Trans*:** las personas transgénero pueden enfrentar una discriminación significativa en la atención médica, en el empleo y en el acceso a la vivienda. Los servicios especializados de asesoramiento y capacitación son cruciales para implementar las mejores prácticas en estos sectores.
- **La representación es importante:** contrate a personas LGBTQ+ para puestos de primera línea. Ver al personal LGBTQ+ puede empoderar a las personas usuarias de servicios LGBTQ+ para que se sientan vistas y apoyadas.

Algunos aspectos que sin duda se relacionan con la **socialización de género masculina** y sus privilegios asociados también afectarán sus relaciones con las mujeres, entre los cuales se incluyen:

- **Violencia en espacios públicos:** los hombres en situación de sinhogarismo corren el riesgo de sufrir violencia física en público, incluidos asaltos y robos, lo que afecta gravemente su salud mental y sus estrategias de supervivencia. El peligro constante en estos entornos hace que les resulte difícil sentirse seguros.
- **Tabú del trabajo sexual masculino:** Este tabú conduce a una falta de apoyo o divulgación específica para los hombres que participan en el trabajo sexual, lo que los hace más vulnerables a la explotación, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y una mayor marginación;
- **Autocuidado/Salud mental:** Los hombres en situación de sinhogarismo a menudo enfrentan la presión de la sociedad para ajustarse a las normas masculinas, lo que los desalienta a buscar ayuda para su salud y bienestar, lo que deteriora aún más su salud física y mental.

3.2. ATENCIÓN INFORMADA SOBRE TRAUMA

Atención informada sobre traumas (TIC) ofrece un enfoque compasivo que permite a las personas beneficiarias interactuar con servicios que reconocen su historia traumática, lo que promueve una mayor sensación de seguridad y previene las consecuencias graves del estrés traumático. Es fundamental que las personas profesionales sean conscientes de los síntomas relacionados con el trauma, ya que sus propias experiencias pueden verse expuestas por los relatos de las personas usuarias. Deben integrarse intervenciones que aborden el trauma en los planes de tratamiento, ayudar a las personas beneficiarias a crear redes de seguridad y derivarlas a evaluaciones adicionales cuando sea necesario.

Todo el equipo de tratamiento debe comprender que los síntomas de estrés traumático no deben impedir el acceso a un tratamiento de salud mental o de abuso de sustancias. Los planes de tratamiento deben abordar la comorbilidad, como el manejo de los síntomas traumáticos en el tratamiento del abuso de sustancias, lo que puede mejorar las posibilidades de recuperación y reducir el riesgo de recaída. Se deben considerar los tres elementos principales de este enfoque para lograr la máxima eficacia del tratamiento:

- 1) **Reconocer la prevalencia del trauma:** los traumas aumentan el riesgo de desarrollar problemas de salud mental como ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático, así como enfermedades más graves como la esquizofrenia. El trauma infantil está vinculado a resultados psiquiátricos adversos en la edad adulta y puede perjudicar el desarrollo social, cognitivo y emocional. Ignorar el trauma, en lugar de procesarlo, puede conducir a impactos negativos más graves en la salud mental.
- 2) **Reconocer cómo el trauma afecta a todas las personas involucradas:** promover la conciencia sobre el trauma, incluso entre los profesionales, fomenta la inclusión y la comprensión.
- 3) **Responder poniendo en práctica estos conocimientos.** Las reacciones al estrés traumático varían en gravedad y están determinadas por factores como la naturaleza del trauma, la historia personal, las características individuales, los factores de desarrollo, los atributos socioculturales y los recursos disponibles.

El modelo de atención basado en el trauma pregunta "¿Qué te pasó?" en lugar de "¿Qué te pasa?". Este enfoque considera el contexto completo de la vida del paciente, incluidos los traumas pasados, y puede mejorar la participación y los resultados de salud.

Una organización informada sobre el trauma se caracteriza por cuatro elementos principales, a saber:

- 1) comprender el impacto generalizado del trauma y reconocer posibles vías de recuperación;
- 2) identificar los signos y síntomas del trauma en todas las personas involucradas en el sistema;
- 3)

incorporar el conocimiento sobre el trauma en las políticas, los procedimientos y las prácticas; y 4) trabajar activamente para prevenir la retraumatización.

Este enfoque también beneficia el bienestar de los proveedores y el personal, reduciendo los costos innecesarios de atención médica y mejorando la eficiencia de los servicios en los sectores de la salud y la asistencia social.

EJEMPLO DE BUENA PRÁCTICA

COMUNIDAD CORK SIMON

En Cork Simon Community desarrollaron un curso básico, luego después de una revisión de sus servicios para ver si estos eran informados sobre el trauma, a fin de garantizar que todo el personal fuera consciente del impacto del trauma y cómo puede obstaculizar la capacidad de una persona para seguir adelante, por lo que es esencial comprender y abordar el trauma para brindar un apoyo efectivo.

Conclusión

En resumen, esta revisión científica y literaria se ha centrado en la práctica del trabajo con personas en situación de sinhogarismo, abordando sus obstáculos, objetivos y formas efectivas de intervención y apoyo a personas con problemas complejos de salud y trauma. El análisis de las principales categorías identificadas en los grupos de discusión realizados por las organizaciones del proyecto Home4Health, junto con la exploración de diversas fuentes de información, destacó que las dificultades a las que se enfrentan las personas profesionales son transversales, interdisciplinarias y complejas, y requieren una gran cantidad de conocimientos y experiencia.

Además, la investigación pretende contribuir al objetivo de acabar con el sinhogarismo y prevenirlo, haciendo hincapié en la necesidad de desestigmatizar esta cuestión y abordándola como un problema social y no solo como un problema que afecta a un grupo específico.

Los principales obstáculos identificados para la intervención incluyen la falta de financiación gubernamental y la separación inadecuada entre los enfoques de intervención para las diferentes subpoblaciones afectadas, que tienen necesidades distintas. Por lo tanto, es fundamental que las organizaciones fortalezcan la multidisciplinariedad del equipo y prioricen la diversidad. Abordar el sinhogarismo requiere un enfoque holístico que combine prácticas basadas en la evidencia, intervenciones específicas y evaluación continua para adaptarse a los desafíos emergentes.

Referencias bibliográficas

Artículo:

Amore, K., Baker, M. y Hoden-Chapman, P. (2011). Definición y clasificación ETHOS de las personas sin hogar: un análisis. *European Journal of Homelessness*, 27(4), págs. 19-37.

Caplan, R. (2019). Experiencias de padres “invisibles” de falta de vivienda y separación de sus hijos en Canadá. Tesis de la Universidad Wilfrid Laurier.

Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas en aspectos da discriminação racial relativos al género. *Estudios Feministas*, 10.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2012). Reinserción social y empleo: evidencias e intervenciones para consumidores de drogas en tratamiento. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Gaboardi, M. et al. (2022). Trabajar con personas sin hogar en Europa. Organizaciones de servicios humanos: gestión, liderazgo y gobernanza, 46 (4), 324-345.

Larimer, ME, Palmer, RS y Marlatt, GA (1999). Prevención de recaídas: una descripción general del modelo cognitivo-conductual de Marlatt. *Alcohol Research & Health*, 23 (2), págs. 151-160

O'Campo, P. et al. (2009). Servicios comunitarios para adultos sin hogar que padecen trastornos concurrentes de salud mental y consumo de sustancias: un enfoque realista para sintetizar la evidencia. *Journal of Urban Health*, 86(6).

Prochaska, JO, DiClemente, CC y Norcross, JC (1992). En busca de cómo cambia la gente: aplicaciones a las conductas adictivas. *American Psychologist*, 47(9).

Tatarsky, A. (2003). Psicoterapia de reducción de daños: Ampliando el alcance del tratamiento tradicional del consumo de sustancias. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25.

Tatarsky, A., y Kellogg, S. (2010). Psicoterapia integradora de reducción de daños: un caso de consumo de sustancias, trauma múltiple y suicidio. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2).

Worton, SK et al. (2018). Entender el cambio de sistemas en la implementación temprana de Housing First en comunidades canadienses: un análisis de facilitadores/barreras, capacitación/asistencia técnica y puntos de influencia. *American Journal of Community Psychology*, 61 (1-2).

Libro:

Freire, P. (2018). Pedagogía del Oprimido. Afrontamientos, 10.

Mate, G. (2018). En el reino de los fantasmas hambrientos: encuentros cercanos con la adicción. Vermilion.

Miller, WR y Rollnick, S. (2002). Entrevista motivacional: preparando a las personas para el cambio. The Guilford Press, 2.

Tompkins, MA (2015). Guía del médico para el acaparamiento severo: un enfoque de reducción de daños. Springer.

Tsemberis, S. (2010). Housing First: The Pathways model to end homelessness for people with mental disease and addiction [La vivienda primero: el modelo Pathways para acabar con la falta de vivienda de las personas con enfermedades mentales y adicciones]. Center City, MN: Hazelden.Canadian

Informe:

Cambios en la construcción (2018). De personas sin hogar a personas con vivienda rápidamente: ampliar el uso de la desviación para ayudar a las familias a salir de la situación de calle. Un estudio de caso del condado de Pierce. En: https://buildingchanges.org/wp-content/uploads/2018/04/2018_DiversionCaseStudy_FINAL.pdf

Red Canadiense de Investigación sobre las Personas sin Hogar. (2013). ¿Qué funciona y para quién? Una jerarquía de evidencia para la investigación de prácticas prometedoras. Red Canadiense de Investigación sobre las Personas sin Hogar. En: https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/PPFramework_Part1.pdf

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2023). Principios rectores de la equidad en salud para una comunicación inclusiva. Recuperado de <https://www.cdc.gov/healthcommunication/health-equity.html>

Centro para el Impacto de la Falta de Vivienda. (2024). Lo que funciona, notas de evidencia: Abuso doméstico y falta de vivienda: evidencia de todo el mundo sobre soluciones a la falta de vivienda. En: https://cdn.prod.websitefiles.com/646dd81ef095aa13072c44e0/662fb9f8d8ff22b085c18389_CHI_Domestic_Abuse_and_Homefullys_V1.pdf

FEANTSA. (2010). Poner fin al sin hogar: un manual para los responsables de las políticas. En: https://www.feantsa.org/download/feantsa_handbook_en_final-2-15169925525089897430.pdf

FEANTSA. (2021). Aporofobia: cómo combatir los delitos de odio contra las personas sin hogar en la UE. https://www.feantsa.org/public/user/Activities/events/Aporophobia_concept_note.pdf

FEANTSA. (2021). Guía para desarrollar apoyo y soluciones eficaces con perspectiva de género para mujeres sin hogar. En: <https://www.feantsa.org/public/user/Resources/resources/Guide%20supporting%20and%20solutions%20for%20women.pdf>

Fundación Salud y Comunidad. (sf). Proyecto Calle, Erasmus+. <https://www.fsync.org/proyectos/street-support-project-erasmus/?lang=es>

Homelessness Link. (2017). Apoyo a las personas LGBTIQ+ en los servicios para personas sin hogar: una introducción para el personal de primera línea. https://homelessnesslink1b54.kxcdn.com/media/documents/Supporting_LGBTIQ_people_in_homeless_services_June2020.pdf

HUD Exchange. (2014). *Rapid Re-Housing Brief*. <https://files.hudexchange.info/resources/documents/Rapid-Re-Housing-Brief.pdf>

DIC: Núcleo de Redução de Danos. (2009). *Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos. Instituto da Droga e da Toxicoddependência*. En: <https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=480&languageId=1>

Polvere, L., MacLeod, T., Macnaughton, E., Caplan, R., Piat, M., Nelson, G., Gaetz, S. y Goering, P. (2014). Kit de herramientas de Vivienda Primero de Canadá: La experiencia At Home/Chez Soi. Calgary y Toronto: Comisión de Salud Mental de Canadá y el Centro para Personas sin Hogar. En: <https://housingfirsttoolkit.ca/wp-content/uploads/CanadianHousingFirstToolkit.pdf>

Mason, K. (2006). Mejores prácticas en proyectos de reducción de daños entre pares. <https://www.streethealth.ca/wp-content/uploads/2023/01/best-practices-in-harm-reduction-peer-projects-spring-2007-2.pdf>

Mandler, T. y Perez Gayo, R. (2023). Convertirse en pares. *Correlation – European Harm Reduction Network*. En: https://correlation-net.org/wp-content/uploads/2024/01/2023_CEHN_Becoming-Peercorrected-1.pdf

Mid-Willamette Valley Homeless Alliance. (2024). Mejores prácticas prometedoras y emergentes para acabar con la falta de vivienda. *Oregon Housing and Community Services*. <https://mwvhomelessalliance.org/wp-content/uploads/2019/05/OHCS-Best-Practices-100318.pdf>.

Alianza Nacional para Acabar con el Sin hogar. (2004). Diversión: Herramientas y materiales de capacitación. <https://endhomeless.org/resource/diversionexplainer/>

Centro Nacional de Investigación sobre Drogas y Alcohol (2011). Abriendo puertas: Mejorar la reducción de daños adaptada a los jóvenes: un conjunto de herramientas. *University of New South Wales & Access Quality International*. En: <https://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/Toolkit%20Youth-Friendly%20Harm%20Reduction%20%28English%29.pdf>

Red Nacional de Mujeres para la Vivienda y las Personas sin Hogar, Centro Canadiense para el Derecho a la Vivienda y Red Nacional por el Derecho a la Vivienda (2024). Normas nacionales basadas en derechos y sensibles al género para refugios de emergencia en todo Canadá. En: <https://womenshomefully.ca/wp-content/uploads/National-Standards-for-Emergency-Shelters-Across-Canada.pdf>.

Sitio

Reducción de Daños Internacional <https://hri.global/>

Informe de buenas prácticas
• Home4Health •

HOME4
HEALTH

Noviembre 2024

Esta publicación se ha realizado con el apoyo financiero de la Unión Europea.
El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva del proyecto
Home4Health y no refleja necesariamente la opinión de la Unión Europea.