CAT

HOME4HEALTH

MOOC

Coordinated by:

ABD Welfare and Development Association

In partnership with:

CRES CER

HVO QUERIDO

Cork Simon Community

Co-funded by the European Union

2023-1-ES01-KA220-VET-000156754

TAULA DE CONTINGUTS:

Mòdul 1 - Reducció de danys

Mòdul 2 - Trauma

Mòdul 3 - Salut mental i persones sense llar

Mòdul 4 - Consum de substàncies psicoactives

Mòdul 5 - Treball entre iguals

Mòdul 6 –Perspectivas polítiques europeas sobre la manca d'habitatge i la defensa de drets.

HOME HEALTH MOOC

MODUL 1:
REDUCCIÓ DE DANYS

UNITAT 1:

INTRODUCCIÓ AL CURS

DESCRIPCIÓ GENERAL DEL MÒDUL

Unitat 1: Introducció general

Secció 1: Introducció al curs

Secció 2: Definiciones

Secció 3: Principis aplicats

Unitat 2: Models i metodologies dintervenció

Secció 1: Models d'intervenció

Secció 2: Metodologies i eines d'intervenció

Unitat 3: Bones pràctiques en matèria desensellarisme, consum de substàncies i trauma.

Secció 1: Perspectiva del treball entre iguals

Secció 2: Condicions bàsiques de vida: autocura, habitatge, ocupació, accés a l'atenció mèdica

Secció 3: Consum de substàncies psicoactives

UNITAT 1 - RESULTATS DE L'APRENENTATGE I OBJECTIUS

Coordinated by: ABD
In partnership with: CPES CER, HVO QUERIDO, Caritas Slovenia
Co-funded by the European Union
2023-1-ES01-KA220-VET-000165764

a) Objectius i resultats de l'aprenentatge

- Definanar la reducció de danys i la rellevància en diferents àrees d'intervenció.
- Explicar els orígens, els principis, la metodologia i les estratègies de la reducció de danys.
- Identificar estratègies de reducció de danys per recolzar les persones sense llar, amb problemes de salut complexos, addiccions o traumes.
- Analitzar com es poden aplicar aquestes estratègies a diferents contextos d'intervenció.

b) Competències abordades

- Competència cultural: Comprendre i respectar la diversa aplicabilitat de la reducció de danys en la intervenció adreçada a persones sense llar, amb problemes de consum de substàncies o addicció i/o traumes, a diversos països i cultures.
- Habilitats analítiques: Capacitat per analitzar patrons de comportament relacionats amb el Consum de substàncies psicoactives i/o traumes en persones sense llar.
- Pensament crític: Avaluar l'eficàcia i la idoneïtat de diverses estratègies de reducció de danys relacionades amb el Consum de substàncies psicoactives, l'addicció o el trauma, tenint en compte solucions específiques per a cada context.
- Habilitats de comunicació: Comunicar eficaçment les troballes i les perspectives sobre l'ús de substàncies psicoactives per part de persones sense llar de públics diversos, així com comunicar eficaçment per promoure el canvi.

UNITAT 1:

SECCIÓ 1

INTRODUCCIÓ AL CURS I PRESENTACIÓ DE LES PERSONES PARTICIPANTS

UNITAT 1 - UNA INTRODUCCIÓ

SECCIÓ 1 - INTRODUCCIÓ AL CURS I PRESENTACIÓ DE LES PERSONES PARTICIPANTS

ACTIVITAT 1.1 -TRENCAGLAÇ DE PRESENTACIÓ

15 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Preparació

Algunes preguntes orientades per al grup:

- Quin és el teu nom i funció en la reducció de danys?
- Quin és el teu nom i funció en la reducció de danys?
- Com et vas iniciar en aquest tipus de feina?
- Què és el que més t'agrada o el que trobes significatiu en allò que fas?
- Comparteix una dada curiosa o sorprenent sobre tu (relacionada amb la feina o no)
- Quin ha estat un dels reptes a què t'has enfrontat en aquest treball i què et va ajudar a superar-lo?
- Podries compartir algun moment o història de la teva feina que t'hagi marcat especialment?
- Qui o què us inspira en el camp de la reducció de danys?
- Si poguessis canviar una sola cosa en el sistema o context actual en què treballes, què seria?
- Què has après de les persones amb qui treballes?



UNITAT 1 - UNA INTRODUCCIÓ

SECCIÓ 1 - INTRODUCCIÓ AL CURS I PRESENTACIÓ DE LES PERSONES PARTICIPANTS

ACTIVITAT 1.1 -TRENCAGLAÇ DE PRESENTACIÓ

15-25 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Activitat

- Las persones participants s'emparellen, conversen durant uns minuts i després presenten el seu company/a a la resta del grup compartint alguns dels aspectes clau que han après.
- Las persones participants decideixen com es formaran les parelles (de forma aleatòria, en seients propers o de manera intencionadament mixta).
- Cada parella conversa i aprèn sobrel'altra personautilitzant les preguntes guia, durant aproximadament 5 o 7 minuts. Es fomentaque tots dos participants tinguin el mateix temps per parlar.

Tancament

- Després de l'activitat, reuneixin el grup. Si el grup és petit, convideu cada participant a presentar el seu company/a a la resta del grup en un minut o menys. Per a grups més grans, aquest pas podria no ser recomanable a causa de les limitacions de temps.



UNITAT 1:

SECCIÓ 2

DEFINICIONS

UNITAT 1 - UNA INTRODUCCIÓ

SECCIÓ 2 - DEFINICIONS

Els orígens de la reducció de danys

Descripció general de la reducció de danys

Esi va desenvolupar a Europa com una alternativa al model tradicional de Guerra contra les drogues i la visió de l'addicció únicament com una malaltia. En lloc de càstig o judici moral, situa **salut pública, dignitat i suport pràctic** al centre de les polítiques. La reducció de danys reconeix les diverses necessitats i promou intervencions que redueixen el dany, encara que no s'aconsegueixi l'abstinència.

La guerra contra les drogues (Estats Units)

- Emmarcava l'ús de sustàncies principalmenta l'àmbit **penal**.
- Resulta de les **altes taxes d'empresonament**, particularment entre les comUnitats minoritàries i marginades.
- Reforça la **pobresa, exclusió i estigma**, cosa que dissuadeix molts de buscar tractament.

Torns de la matinada: Països Baixos (dècada de 1970)

- La política va passar de enfocaments moralistes a **enfocaments pragmàtics i centrats en la salut.**
- Va reconèixer l'ús de drogues com un assumpte de **salut i benestar social.**
- Va prioritzar**la seguretat i la cura que prevalen sobre el càstig** i,demostrar que la reducció de danys podria implementar-se amb èxit a les polítiques públiques.

UNITAT 1 - UNA INTRODUCCIÓ

SECCIÓ 2 - DEFINICIONS

Reducció de danys → Estratègies quotidianes utilitzades per reduir el risc de patir danys al món que ens envolta - encara que no es reconeguin conscientment com a tals.

Alguns exemples són:

- Cordar cinturons de seguretat per prevenir lesions en cas d'accident automobilístic;
- Usar protector solar per reduir els danys associats a l'exposició prolongada al sol.

Avui dia, la reducció de danys està **més associat al consum de substàncies.** Es tracta d'un conjunt de principis i pràctiques pragmàtiques i humanistes dissenyades per reduir les conseqüències nocives de les conductes addictives,tant per a les persones que consumeixen drogues com per a les societats en què viuen.

Tot i que la reducció de danys sol vincular-se al Consum de substàncies psicoactives, es tracta d'un **enfocament transversal que es pot aplicar a moltes àrees d'intervenció**, inclòs el treball amb persones que:

- Experimenten la manca d'habitatge;
- Viuen amb trastorns psiquiàtrics;
- Tenen discapacitat intel·lectual;
- Es troben privats de llibertat i/o afectats per les conseqüències de l'empresonament;
- Enfronten vulnerabilitats relacionades ambel seu sexe/gènere

La reducció de danys és més que una metodologia, un conjunt de principis o un enfocament teòric, ja que es pot considerar una filosofia: una manera de ser i de posicionar-se al costat dels altres i de la vida.

UNITAT 1 - UNA INTRODUCCIÓ

SECCIÓ 2 - DEFINICIONS

El paper dels consumidors de substàncies als Països Baixos en el canvi de polítiques.

Les persones que consumeixen drogues impulsen el canvi.

- El 1980, Junkiebond va ser fundada a Rotterdam.
- L'organització Junkiebond creia que les persones que consumeixen drogues entenen **les seves pròpies necessitats millor**.
- L'organització va coordinar una xarxa de **suport mutu** i va distribuir **agulles i xeringues estèrils**, ajudant a reduir la **transmissió del VIH** durant l'epidèmia de la SIDA.
- La incidènciava contribui al desenvolupament de programes d'intercanvi d'agulles, i ara és una estratègia clau per a la reducció de danys.

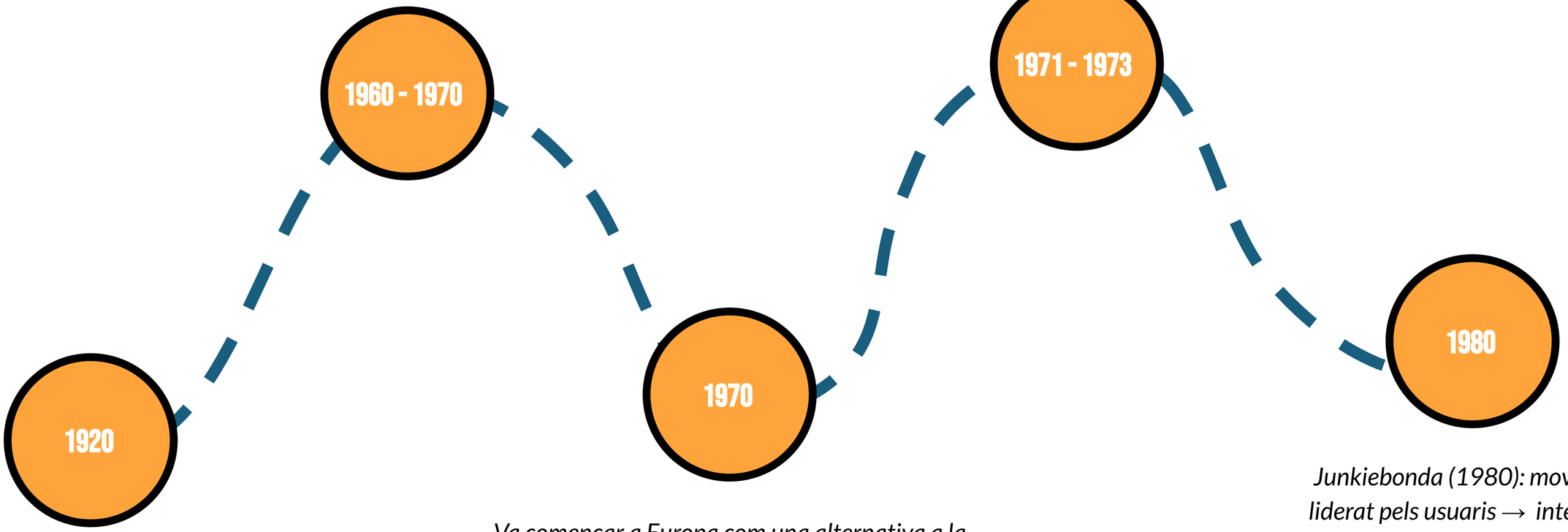
Fites històriques clau en la reducció de danys

- **Dècada de 1920, Regne Unit (Merseyside):**Enfocament de "medicalització": prescriure fàrmacs (heroïna, cocaïna) per mantenir l'addicció.
- **Dècades de 1960 i 1970:**
  - 1967, Regne Unit: primera disposició d'**equip d'injecció estèril**.
  - 1968, Països Baixos: **metadona**, introduït per a l'addicció a la morfina.
  - 1972, Països Baixos: es va estendre l'ús de metadona per al creixement del **consum d'heroïna**.
- **Dècada del 1980:**
  - 1985: primers **programes d'intercanvi d'agulles** (Regne Unit – Merseyside; Països Baixos – Amsterdam Junkiebond).
  - 1989: primers **llocs de consum segur** disponible als Països Baixos, Suïssa, Alemanya i Austràlia.

Cronologia a la següent pàgina

L'ORIGEN

CRONOLOGIA



El model del Regne Unit (Merseyside) va ser pioner en l'enfocament de "medicalització", en què a les persones que usen substàncies se'ls poden receptar drogues com l'heroïna i la cocaïna com a tractament de manteniment.

Introducció de la metadona; equips d'injecció estèrils.

Va començar a Europa com una alternativa a la guerra contra les drogues i als models de malalties.

Països Baixos (dècada del 1970): canvi cap a un enfocament en la salut i el benestar social.

Guerra contra les drogues (EUA): punitiva, va conduir a l'empresonament massiu ia l'estigma.

Junkiebonda (1980): moviment liderat pels usuaris → intercanvi d'agulles, prevenció del VIH

Primers programes dintercanvi de xeringues i centres de consum segur.

UNITAT 1 - UNA INTRODUCCIÓ

SECCIÓ 2 - DEFINICIONS

Un exemple d'una investigació de **Dennis Culhane** ho il·lustra. Un home que va viure sense llar durant més de deu anys va generar costos públics extremadament elevats a causa de les atencions d'emergència repetides i de la seva implicació en el sistema judicial. Quan va obtenir un habitatge estable i suport professional, va poder gestionar la vida quotidiana i reduir el consum de substàncies. Quan el suport va finalitzar, va tornar a la manca d'habitatge, cosa que subratlla la importància de solucions a llarg termini.

Conclusions clau

- *La reducció de danys beneficia no només els individus, sinó la societat en conjunt.*
- *Els enfocaments centrats a l'habitatge redueixen els costos públics a llarg termini. La manca de vivenda crònica sol afectar un petit grup de persones que necessiten suport intensiu.*
- *La vivenda i el suport a llarg termini són més eficaces que les intervencions repetides en situacions de crisi.*

UNITAT 1:

SECCIÓ 3

PRINCIPIS APLICATS

UNITAT 1 - UNA INTRODUCCIÓ

SECCIÓ 3 - PRINCIPIS APLICATS

Filosofia fonamental

- La reducció de danys posa l'accent en **estratègies pràctiques, inclusives i sense prejudicis**.
- Se centra en les **necessitats i objectius individuals**, i reconeix les **experiències complexes i persones variades** que en gestionen la salut i el comportament.
- S'allunya de **models moralistes i centrats en la malaltia**, i ofereix una **resposta holística i humana** al consum de substàncies i a les conductes d'alt risc.

Empoderament i autonomia

- Implica les persones en les decisions sobre la seva atenció mèdica.
- Fomenta **autonomia, responsabilitat i respecte**.

Principis clau de la reducció de danys

- **Pragmatisme** – Enfocaments realistes basats en allò que funciona
- **No s'imposa l'abstinència** – es recolza sense exigir sobrietat
- **Humanisme** – respect for dignity and humanity
- **Proximitat** – estar a prop de les persones i comprendre les seves vides
- **Flexibilitat** – adaptar les intervencions a les necessitats individuals
- **Gradualisme** – reconèixer els petits passos i el progrés realitzat
- **Horizontalitat** – relacions col·laboratives i no jeràrquiques
- **Autonomia** – donar suport a l'elecció i el control personal
- **Responsibilitat** – responsabilitat compartida, amb atribució de les decisions a la pròpia persona
- **Sense prejudicis** – evitar moralitzar o culpar

UNITAT 1 - UNA INTRODUCCIÓ

SECCIÓ 3 - PRINCIPIS APLICATS

Exemples deplicació dels principis de reducció de danys:

Autonomia

Una persona que s'injecta drogues decideix no iniciar un tractament basat en l?abstinència. En el seu lloc, col·labora amb un servei de reducció de danys per accedir a material d'injecció estèril i fer revisions mèdiques periòdiques. El servei respecta la seva decisió, alhora que promou pràctiques de consum més segures.

Gradualisme (Presa de decisions)

Un pacient que consumeix estimulants diàriament comenta la seva rutina amb un treballador social. Junts acorden introduir petits canvis, com ara mantenir-se hidratat, descansar adequadament després del consum i evitar la barreja de substàncies, amb l'objectiu de reduir els riscos immediats per a la salut.

Pragmatisme (Risc VS Seguretat)

Un alberg permet que una persona resident en estat d'embriaguesa romangui a passar la nit en lloc de ser expulsada, prioritzant-ne la seguretat immediata davant el fred i la violència de carrer, alhora que continua promovent pràctiques de consum de substàncies més segures.



UNITAT 1 - UNA INTRODUCCIÓ

SECCIÓ 3 - PRINCIPIS APLICATS

Atenció centrada a l'individu

La reducció de danys prioritza les necessitats i els objectius de cada persona, i els converteix en el centre de totes les decisions d'atenció sanitària i social. La idea **"d'atendre les persones al seu propi entorn"** se refereix no només a portar físicament els serveis a les comUnitats, sinó també a adaptar latenció a la situació de cada individu.

L'abstinència pot ser un objectiu ideal per a alguns però no és un requisit. **Cada persona determina el seu propi ritme de canvi**. Aquest enfocament flexible contrasta amb el model moral, que considera l'abstinència com a únic resultat acceptable (Marlatt, 1996).

Enfocament ascendent

La reducció de danys es va desenvolupar com un **moviment de baix a dalt**, impulsat en gran mesura per persones que consumeixen drogues. **Aquesta base comunitària continua sent fonamental**.

Les polítiques eficaces de reducció de danys depenen d'escoltar els més afectats.

Per tant, la reducció de danys:

- Garanteix que les persones que consumeixen drogues tinguen una veu significativa en l'elaboració de polítiques i programes.
- Reivindica les persones que utilitzen drogues com a agents principals per reduir els danys.
- Fomenta el suport i lintercanvi de coneixements pràctics.

UNITAT 1 - UNA INTRODUCCIÓ

SECCIÓ 3 - PRINCIPIS APLICATS

Serveis de baix llindar

Els serveis d ebaix llindar tenen el focus a eliminar barreres per accedir a l'atenció i garantir que els serveis siguin accessibles i inclusius. A més, reconeixen que no totes les persones estan preparades per a l'abstinència o el tractament tradicional, i ofereixen suport independentment de l'etapa de canvi en què es trobe la persona.

Ecaps:

- Accés a desintoxicació o tractament el mateix dia.
- Models datenció sense cita prèvia.
- Polítiques flexibles per a cites perdudes.
- Serveis d'extensió comunitària.
- Suport tant per als que consumeixen substàncies activament com pels que mantenen l'abstinència.

Això contrasta amb els sistemes d'alt llindar que requereixen abstinència abans que comenci el tractament.

Pel fet que la reducció de riscs al acceptar que l'abstinpencia total no és realista o desitjable per a tothom que valora el progrés incrementalcom a pràctica més segura o la reducció del consum-Fins i tot, els petits passos representen una reducció significativa del dany.

Enfocament sense prejudicis

La reducció de danys busca activament eliminar l'estigma i el judici associats amb el consum de substàncies. Utilitza un **llenguatge centrat en la persona**, referint-se a "persones que consumeixen drogues" o "persones amb trastorn per consum de substàncies" en comptes d'utilitzar etiquetes estigmatitzants.

A diferència del model moral, que presenta el consum de substàncies com una cosa incorrecta o immoral, la reducció de danys se centra en **reduir les conseqüències nocives** independentment de les interpretacions legals o morals. Avalua els comportaments en funció del seu impacte als individus i la societat.

En centrar l'atenció no en l'acte de consum de substàncies en si mateix, sinó en les conseqüències, la reducció de danys passa d'un model purament clínic a un enfocament més integral dins del **marc biopsicosocial**.

UNITAT 1 - UNA INTRODUCCIÓ

SECCIÓ 2 - DEFINICIONS

Impacte Social

Més enllà dels beneficis individuals

- La reducció de danys no només beneficia les persones, sinó que també té importants **implicacions socials**.
- En el context de **sensellarisme** pot fomentar el compromís humà de la societat civil i els responsables polítics.
- Hi pot haver **resistència** a enfocaments pragmàtics i individualitzats, sovint degut a supòsits morals o temors sobre despesa pública.

Solucions orientades a l'habitatge

- La investigació demostra que els **models de *Housing first* de reducció de danys** són:
  - Més **humans**
  - Més **rendibles** que els enfocaments tradicionals.
- L'allotjament estable amb suport redueix:
  - **Ús de l'atenció sanitària d'urgències**
  - **Policia i intervencions de crisi**

Intervencions dirigides

- Malcolm Gladwell destaca que la manca d'habitatge crònic afecta un petit grup, que representa una gran part de la despesa pública.
- Això vol dir que **intervencions específiques** poden aconseguir un **gran impacte social**.



UNITAT 1 - UNA INTRODUCCIÓ

SECCIÓ 3 - PRINCIPIS APLICATS

Un enfocament integral

En conjunt, aquests principis creen un marc integral i compassiu que inclou:

- Atenció centrada a l'individu
- Participació de la base i experiència viscuda
- Serveis accessibles i desota llindar
- Entorns lliures de prejudicis i estigma

La reducció de danys també reconeix que els determinants socials més amplis, com la **pobresa, el racisme, l'exclusió social, el trauma i la discriminació per motius de sexe/gènere** influeixen tant en la vulnerabilitat com en la capacitat d'afrontar el risc.



UNITAT 1 - UNA INTRODUCCIÓ

SECCIÓ 3 - PRINCIPIS APLICATS

ACTIVITAT 1.2- ESTUDIS DE CAS

45 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal: no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Objectiu

L'objectiu és donar suport als participants a l'aplicació pràctica dels principis de reducció de danys mitjançant l'anàlisi dels estudis de cas. Els participants identificaran les estratègies de reducció de danys existents, reflexionaran sobre quins principis es demostren, reconeixeran les barreres i exploraran oportUnitats per a intervencions més inclusives, realistes i centrades en l'apoderament.



Materials necessaris

- Casos pràctics impresos o digitals amb preguntesorientades(1 per grup, de diferents països) -
- Bolígrafs i paper per prendre notes en grup o un document digital compartit on prendre apunts.

Preparació

- Dividiu els participants en grups petits de 3 o 4 persones.
- Proporcioneu a cada grup un estudi breu de cas d'un país diferent.
- Incloeu algunes preguntesorientadesper ajudar a estructurar la discussió grupal.

UNITAT 1 - UNA INTRODUCCIÓ

SECCIÓ 3 - PRINCIPIS APLICATS

ACTIVITAT 1.2- ESTUDIS DE CAS

45 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Activitat

- En grups, els participants llegeixen i debaten el cas pràctic que se'ls ha assignat.
- Utilitzant les preguntes orientades, identifiquen:
  - Quines estratègies de reducció de danys hi ha?
  - Quins principis de reducció de danys es reflecteixen?
  - Quines barreres són visibles?
  - Què es podria millorar?

Resum

- Cada grup comparteix un resum breu de l'estudi de cas amb tots els presents.
- S'anima els participants a establir connexions entre els exemples dels estudis de cas, identificant similituds i diferències entre països.



UNITAT 2:

MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

UNITAT 2:

SECCIÓ 1

MODELS D'INTERVENCIÓ

UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 1 - MODELS D'INTERVENCIÓ

Models of intervention

En aquesta Secció es presenten les característiques clau dels principals models que componen el marc teòric de l'enfocament de reducció de danys aplicat a persones sense llar, amb problemes de consum de substàncies o addicció, i que han patit traumes. Aquests models inclouen:

- Enfocament humanista centrat en la persona
- Model transteòric: etapes del canvi
- Model de prevenció de recaigudes

Altres dos components rellevants del marc teòric s'aborrendonaran en mòduls separats (mòduls de Salut Mental i Trauma).

- Enfocament de reducció de danys al trastorn d'acumulació compulsiva.
- Atenció informada sobre el trauma

Tanmateix, aquests temes s'abordaran en mòduls independents d'aquest programa de formació (els mòduls de Salut Mental i Trauma).



UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 1 - MODELS D'INTERVENCIÓ



L'enfocament humanista i centrat en la persona.

Autor: Carl Rogers

Objectiu: Rogers va desenvolupar la perspectiva humanista, en què va emfatitzar la **creació d'una relació de confiança amb l'altra persona com a via per al canvi i el desenvolupament personal** (Rogers, 1961). Això requereix que els professionals comprenguin qui són les persones, quina ha estat la seva història,quehan viscut i què és significatiu per a elles.

Les persones són les millors expertes en les pròpies vides→ Viuen dins d'ecosistemes únics formats per les seues històries personals, relacions, identitats, valors i aspiracions. Entenen el que els ha passat i el que té significat per a ellas. **El nostre objectiu és reconèixer i valorar la individualitat del camí i la perspectiva de cada persona.**

Eines:

Segons Rogers, la relació de confiança es basa en certs principis, com ara:

- Autenticitat i sinceritat, afavorint que la persona se senti còmoda amb si mateixa, prengui consciència dels seus sentiments i pugui expressar-los.
- Acceptació incondicional de la pròpia condició,comportament i sentiments, veient l'altre com una persona separada, i com algú amb autoestima incondicional.
- Una comprensió profunda i empàtica, conduint a la llibertat dins de la persona per explorar tota la consciència i sentiments inconscients que poden sorgir.

Rogers creu que l'individu té per si mateix la motivació per al canvi i la capacitat de madurar, encara que no sigui evident a primera vista i que la relació pugui utilitzar com a eina per al creixement.

UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 1 - MODELS D'INTERVENCIÓ

El model transteòric:

– Etapes del canvi

Autors: James Prochaska i Carlo DiClemente

Objectiu: El principal supòsit del model és que **els canvis personals exitosos depenen de l'aplicació de les estratègies adequades en el moment oportú.** Se centra en la **presa de decisions individuals**, en lloc de en les influències sociobiològiques sobre el comportament, partint del principi que el canvi de comportament és un procés en què les persones travessen diferents nivells de motivació per al canvi.

Aborda **canvis en els patrons de comportament personal**, i ajuda a emmarcar l'experiència de la persona i el seu moment vital. Les etapes del canvi corresponen a activitats implícites o explícites en què les persones participen per modificar emocions, pensaments, conductes o relacions vinculades al comportament problemàtic.





Eines

Elmodel conceptualitza **5 etapes en aquesta progressió no lineals**, encara que aquestes etapes solen repetir-se abans de canvis reals

1. Precontemplació
2. Contemplació
3. Preparació
4. Acció
5. Manteniment.

Les poden experimentar una sisena etapa, que inclou:

A. *El Lapse* – un breu retorn a comportaments anteriors;
B. *Recaiguda*– un retorn més sostingut que porta la persona de tornada a una de les etapes anteriors.

La **entrevista motivacional** a l'eina d'intervenció més rellevant pel que fa a les etapes d'1 a 4, mentre que de les etapes 5 i 6 s'utilitzan essencialment **estratègies de prevenció de recaigudes**.

UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 1 - MODELS D'INTERVENCIÓ

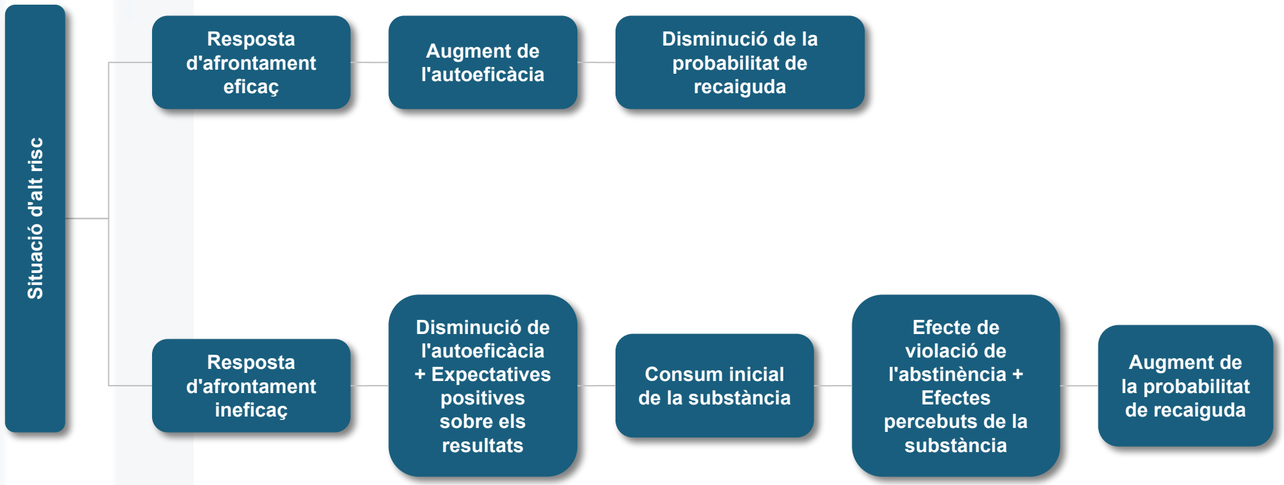
Model de prevenció de recaigudes

Autors: Alan Marlatt i Judith Gordon





Objectiu: És un enfoc cognitiu-conductual que inclouestratègies d'intervenciótant específiques com generals, cosa que permet a professionals i pacients abordar cada etapa del procés de recaiguda. S'aplica tant a les recaigudes que tenen lloc en contextos de tractament orientats a l'abstinència com a les recaigudes en conductes de risc.



El model es pot utilitzar en tot l'espectre del consum de substàncies, ja que té com a objectiu:

- Prevenir una recaiguda inicial i ajudar a mantenir l'abstinència;
- Mantenir els objectius de tractament de reducció de danys;
- Promoure una gestió eficaç de les recaigudes per prevenir una recaiguda completa.

Se centra en **identificar de manera col·laborativa les condicions que poden potenciar la conducta i augmentar la vulnerabilitat a la recaiguda.** Un cop identificades aquestes situacions, l'objectiu és establir i practicar estratègies cognitives i conductuals que ajudin la persona a superar aquests desencadenants i prevenir futures recaigudes en circumstàncies semblants.

UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 1 - MODELS D'INTERVENCIÓ

Eines del model de prevenció de recaigudes

El primer pas és proporcionar una visió general del Model de Prevenció de Recaigudes i del procés de recaiguda.

Després, s'apliquen dos tipus d'estratègies:

Estratègies dintervenció específiques, que se centren en els determinants immediats de la recaiguda;

Estratègies globals d'autogestió, que se centren en els antecedents subjacents o encoberts de la recaiguda.

Aquestes estratègies s'ensenyen ales persones usuàries per ajudar-los a anticipar la possibilitat d'una recaiguda, reconèixer situacions d'alt risc i desenvolupar habilitats d'afrontament.

Estratègies d'intervenció específiques

- Millorar l'autoeficàcia: Enfortir el sentit de domini de l'individu i la confiança per manejar situacions difícils sense flaquejar.
- Eliminar mites i efecte placebo: Utilitzar la reestructuració cognitiva i l'educació basades en els resultats de la recerca per corregir creences poc realistes sobre el consum de substàncies.
- Gestionar les recaigudes:Desenvolupar un pla per preparar-se davant de possibles recaigudes, que permeti a l'individu deixar de consumir, sortir de manera segura de la situació que desencadena la recaiguda i prevenir-ne una progressió.
- Revisar els pensaments i creences:Ajudar a les persones beneficiàries a modificar-ne les percepcions i atribucions pel que fa al procés de recaiguda.

UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 1 - MODELS D'INTERVENCIÓ

Eines del model de prevenció de recaigudes (2)

Estratègies d'autogestió globals de l'estil de vida

- *Equilibrar l'estil de vida i promoure estratègies d'afrontament positives*
  - Avaluar els factors de l'estil de vida associats a l'estrès i desequilibri
  - Incorporating relaxation training, stress and time management, and other cognitive-behavioural skills.
- *Incorporar tècniques de control d'estímuls:* reduir els impulsos i la ansietat limitant lexposició a estímuls prèviament associats amb el consum de substàncies.
- *Incloure tècniques de gestió d'urgències(per exemple, "navegar sobre la urgència"):* ensenyar les persones a anticipar els impulsos ia interpretar el desig com una resposta emocional o fisiològica normal a un estímul prèviament condicionat.
- *Integrar passes de ruta per a la recaiguda:* Realitzar anàlisis cognitivoconductuals de situacions d'alt risc, identificar les diferents opcions disponibles per evitar o afrontar aquestes situacions i explorar les possibles conseqüències de cada decisió.

UNITAT 2:

SECCIÓ 2

METODOLOGIES
I EINES D'INTERVENCIÓ

UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 2 - METODOLOGIES I EINES D'INTERVENCIÓ

Metodologies i eines dintervenció

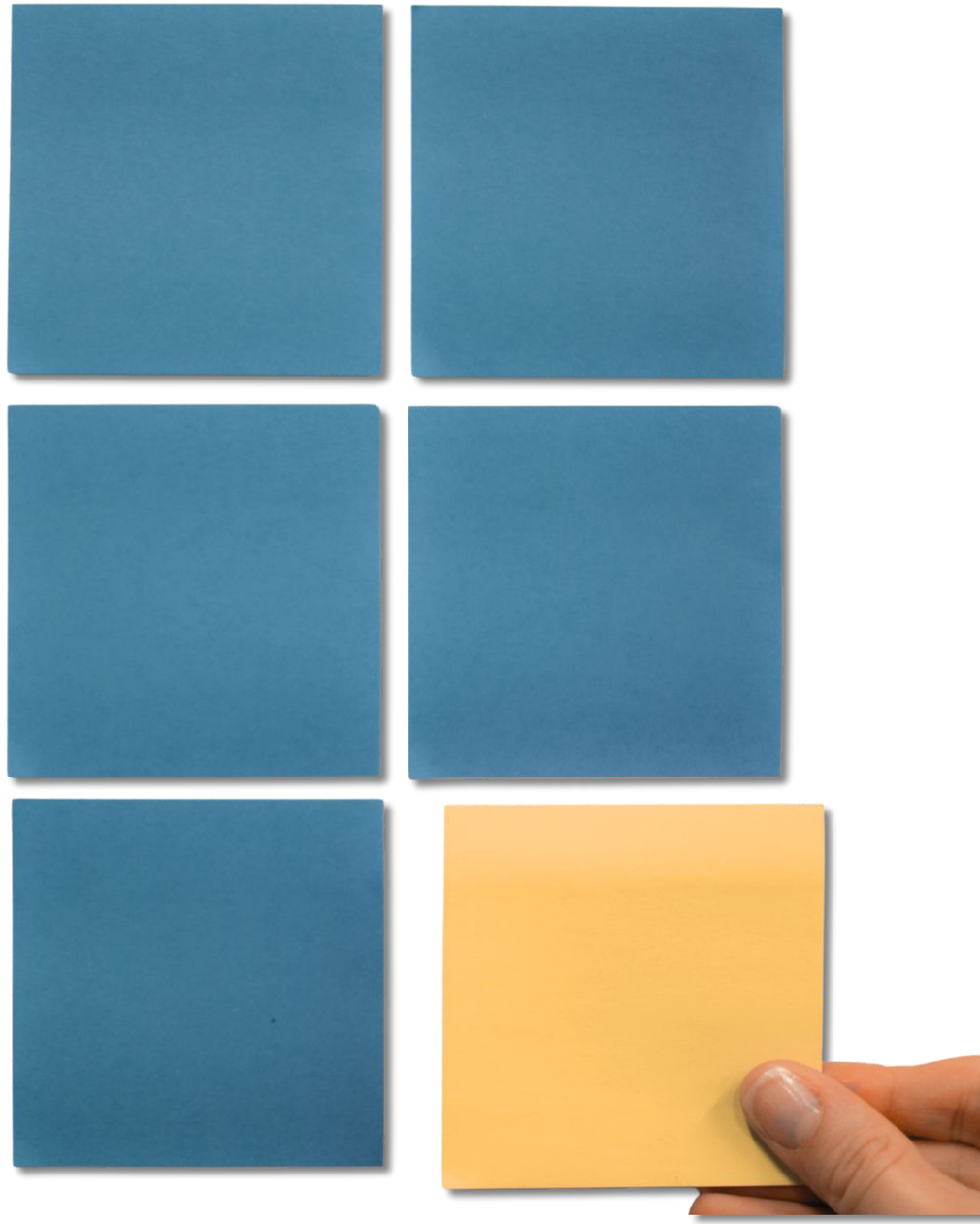
Aquesta Unitat exposa els aspectes clau, així com metodologies i eines útils per a professionals que treballen amb persones sense llar i **amb problemes complexos relacionats amb la salut, el trauma i l'addicció**.

Aquests enfocaments s'exploren dins del context de una relació de **suport i ajuda que promou un canvi positiu**.

Algunes de les metodologies i eines presentades es deriven de **dos models centrals**:

- Entrevista motivacional
- Psicoteràpia integrativa per a la reducció de danys

També s'exploraran altres metodologies i eines transversals al **tema final d'aquesta Secció**, que se centra en **tècniques de comunicació en intervencions de suport.**



UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 2 - METODOLOGIES I EINES D'INTERVENCIÓ

Entrevista motivacional

Autors: William R. Miller i Stephen Rollnick

Objectiu: L'**Entrevista motivacional** és un **enfocament d'assessorament** centrat en la persona que els ajuda a descobrir la motivació interna per al canvi positiu.Es basa en la idea que tots tenen la capacitat de canvi, mentre que els professionals actuen com a facilitadors en aquest procés.

Metodologia ben investigada i estructurada que proporciona **directrius clares i tècniques pràctiques per a la intervenció professional.**

També ajuda els professionals a reconèixer pràctiques ineficaces que poden obstaculitzar el canvi. En lloc de centrar-se en les dificultats, l'EM emfatitza lesfortaleses de las **persones beneficiàries**, el que ajuda a **construir confiança i autoeficàcia**.

Finalment, entén la **ambivalència com a part natural del procés de canvi**, evita el judici moral i veu **la resistència com una forma de comunicació i oportUnitat per treballar en col·laboració amb el usuari**.





Eines

Construit sobre 4 principis bàsics

1. **Expressar empatia**, per l'audició activa
2. **Desenvolupar discrepància**, fent ús d'estratègies per promoure la dissonància cognitiva en les persones.
3. **Rodar amb la resistència** — evitar la confrontació directa; aprofitar la resistència de la persona al canvi per promoure el canvi, en lloc de discutir-hi en contra.
4. **Donar suport a l'autoeficàcia,** tenint en compte que, en construir una percepció d'autoeficàcia, s'està fomentant l'esperança en la possibilitat de canvi.

UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 2 - METODOLOGIES I EINES D'INTERVENCIÓ

Entrevista motivacional

Cinc mètodes importants utilitzats des del principi i al llarg de l'entrevista motivacional:

1. **Fer preguntes obertes**–animar persones usuàries a explorar els seus pensaments i sentiments.
2. **Escoltar reflexivament**– demostrar comprensió i validar l'experiència
3. **Afirmar**–donar suport i reforçar directament les fortaleses de l'usuari.
4. **Resumir**– integrar la informació i garantir-ne la claredat.
5. **Provocar un discurs sobre el canvi**– fer un discurs enfocat a resoldre l'ambivalència mentre se'n manté un enfocament col·laboratiu

Explorar l'ambivalència

Una eina com l'escala de decisió o el balanç pot ajudar:

- **Escala de decisió** – sospesar els beneficis i els costos percebuts de cada part d'un conflicte.
- **Balanç**– especificar els beneficis i els costos associats amb un comportament en particular



UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 2 - METODOLOGIES I EINES D'INTERVENCIÓ

Els aspectes importants per facilitar el canvi són:

Cinc mètodes importants utilitzats des del principi i al llarg de l'entrevista motivacional:

- *El reflex de correcció:* tendència natural a «arreglar» allò que sembla estar malament. Encara es faci amb bona intenció, aquesta tendènciapot portar les persones a oposar-se al canvi. És important suprimir aquest reflex perquè la persona explori lliurement la seva ambivalència i expressi les seves pròpies motivacions.
- *Motivació dins una relació de suport:* la motivació sorgeix quan és l'individu —no el professional— qui exposa els arguments a favor del canvi. Els professionals han de guiar la conversa de manera amable, receptiva i creativa, animant la persona a convèncer-se a si mateixa de la necessitat de canviar.
- *Discrepància en desenvolupament:* un component crucial del canvi, basat a ressaltar la diferència entre el que està passant ara i el que la persona valora per al seu futur.
- *Canviar de tema:* els individus expressen les seves pròpies raons per al canvi. El discurs canviant generalment es divideix en quatre categories:
  - desavantatges de l'estatus
  - avantatges del canvi
  - optimisme davant del canvi
  - intenció de canviar

Complementarietat dels models

LEls models/metodologies d'Etapes del Canvi, Prevenció de Recaigudes i Entrevista Motivacional són complementaris en la intervenció amb persones que consumeixen drogues, segons la fase en què es trobin, i s'han d'adaptar a les circumstàncies específiques de cada persona (IDT, 2009).

UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 2 - METODOLOGIES I EINES D'INTERVENCIÓ



Psicoteràpia integrativa per a la reducció de danys

Autor: Andrew Tatarsky

Objectiu: Els **comportaments**, especialment aquells de risc potencial com el consum de **substàncies**, es comprenen millor quan s'analitza **la persona en la seva totalitat i context sociocultural.**

- Cerca **identificarfactors psicològics, biològics i socials** que contribueixen a l'addicció.
- Aclareix lus múltiples **significats i funcions l'impacte** que el consum de substàncies pot tenir a la vida d'una persona.
- "El **procés psicoterapèutic** s'adapta a les necessitats úniques de cada usuari" (Andrew Tatarsky i Scott Kellogg, 2010).

Principis fonamentals

- **Bona pràctica psicoterapèutica**, posant especial èmfasi en la relació terapèutica.
- Integració de **models psicodinàmics** i **cognitivo conductuals** amb una **perspectiva biopsicosocial** sobre el consum de substàncies.

Eines:

- **Habilitats d'autoobservació:** ajudar a els usuaris a comprendre el paper de consum de substàncies a les seves vides, incloent desencadenants situacionals, pensaments i sentiments associats, i conseqüències positives i negatives.
- **Desenvolupar el "pla ideal":** una gcia realista i centrada en la persona per maximitzar el valor positiu del consum de substàncies alhora que es minimitza l'impacte negatiu.
- **Explorar significats i funcions:** identificar vulnerabilitats i desenvolupar solucions adaptatives i eficaces per a cada factor que influeix en el consum de substàncies.

UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 2 - METODOLOGIES I EINES D'INTERVENCIÓ

Aquests elements s'operacionalitzen a través de **set tasques terapèutiques**, que guien el procés d'intervenció:

01

Gestionar l'aliança terapèutica

Construeix una **relació segura, col·laborativa i sense prejudicis** que fomenta l'exploració i el canvi.

02

Utilitzar la relació terapèutica com a font de sanació

Reconèixer que les experiències relacionals a la teràpia poden servir de model **seguretat, confiança i noves possibilitats interpersonals.**

03

Enfortir les habilitats d'autogestió

Donar suport al desenvolupament **d'habilitats pràctiques i de regulació emocional** per millorar **l'autonomia** i reduir els danys.

04

Avaluació i tractament

Utilitzar l'avaluació en curs com **eina terapèutica per augmentar la comprensió dels patrons**, les motivacions, els riscos i l**es oportUnitats de canvi.**

05

Acceptar l´ambivalència

Considerar l'ambivalència com una **part natural del procés de canvi** i treballar amb les dues parts del conflicte intern en lloc de pressionar per obtenir un resultat específic.

06

Establir objectius de reducció de danys

- "De forma col·laborativa, s'estableixen objectius centrats en la persona, alineats amb la preparació,les necessitats i les **prioritats de l'usuari.**"
- Poden incloure:**ús més segur, ús reduït, moderació o abstinència.**

07

Estratègies actives per a un canvi positiu

- **Educació per a la reducció de danys**
- **Actitud experimental i sense prejudicis** cap al canvi de comportament
- **Navegar la urgència** i altres **tècniques de maneig de les urgències**.
- Identificació de la **seqüència d'esdeveniments → pensaments → impulsos → pensaments → eleccions → accions**
- **"Reflexionarsobre l'impuls"**i desenvolupar la consciència de **senyals d'alerta primerenca**
- Identificar, gestionar o resoldre **factors desencadenants**
- Desenvolupar un **pla de joc** per implementar els canvis desitjats en contextos on van tenir lloc comportaments previs

UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 2 - METODOLOGIES I EINES D'INTERVENCIÓ

Tècniques descolta activa, escolta reflexiva i comunicació en un context dintervenció de suport.

Autor:Diversos - Intercanvi Canadenc d'Informació sobre el Tractament de la SIDA (CATIE); Carl Rogers i Richard Farson; Cynthia Osborn, Sherry Cormier i Paula Nurius;

Objectiu: a comunicació clara i precisaés fonamental per evitar malentesos en una relació d'ajuda orientada a promoure un canvi social significatiu, especialment en latenció a persones sense llar, buscant respondre a les seves necessitats de forma integral.

Elements com l'empatia, la comunicació oberta i respectuosa, l'horitzontalitat, l'acceptació de les persones tal com són i la prestació de serveis sense prejudicis i amb barreres mínimes s'alineen amb un enfocament de reducció de danys.

La comunicació abasta múltiples dimensions que requereixen atenció. L"objectiu d'aquesta Secció és descriure els aspectes clau considerats fonamentals per a les intervencions de suport i ajuda a les persones sense llar.



UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 2 - METODOLOGIES I EINES D'INTERVENCIÓ

CATIE (2022) descriu les pràctiques de suport com pràctiques que ajuden els proveïdors de serveis a construir confiança, seguretat i respecte al treballar amb persones que consumeixen drogues:

- **Llenguatge corporal obert i acollidor**
  Sentarse a l'alçada dels ulls, postura relaxada, contacte visual suau.
- **Crear un entorn segur i inclusiu**
  Espai privat, oferir aigua o un seient, evitar argot tècnic i informació visible sobre la reducció de danys.
- **Protegir la confidencialitat**
  No parlar depersones beneficiàriesen espais públics, ni explicar com s'emmagatzema la informació.
- **Coherència en les polítiques i els procediments**
  Regles clares, horaris predictibles, enfocament de treball en equip compartit.
- **Prendre's el temps per tenir converses difícils**
  Permetre el silenci, abaixar el ritme, reconèixer les emocions.
- **Reflexionar sobre els prejudicis personals**
  Detectar suposicions i ajustar-ne el comportament.

Aquestes petites accions ajuden a fer que les persones se sentin respectades i més disposades a buscar suport.

Escolta activa

L'escolta activa significa parar atenció tant **afects i emocions** en allò que algú diu. Carl Rogers ho va descriure com escoltar amb empatia i presència.

Exemples:

- Reflectir sentiments: "Sembla que els darrers dies han estat esgotadors".
- Mínims senyals d'alè: assentir amb el cap, dir "T'escolto", permetre el silenci.
- Observacions: “Vaig notar que et quedaves més callat quan es mentesa la teva família.”

*L'escolta activa desenvolupa **confiança** educa l'actitud defensiva i ajuda que les persones se sentin escoltades.*

UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 2 - METODOLOGIES I EINES D'INTERVENCIÓ

Respostes d'escolta

Mantienen lenfocament en lexperiència delusuari. Segons els marcs d'assessorament descrits per Sherry Cormier, inclouen:

- **Clarificació** – Sol·licitar més detalls.
- **Parafrasejar** – Reformular ammb les teves pròpies paraules.
- **Reflexionar** – Identificar sentiments o significats.
- **Resumir** –Recopilar els punts clau.

Aquestes respostes ajuden a organitzar les idees ia assolir una comprensió profunda.

Influència en les respostes

Les tècniques per influir en les respostes ajuden les persones a considerar noves opcions. Sempre es fan servir amb empatia i respecte.

Exemples:

- Fer preguntes obertes sobre èxits passats.
- Proporcionar informació sobre pràctiques més segures.
- Revelació personal apropiada una vegada establerta la confiança.

*Aquestes estratègies fomenten el **empoderament** en comptes d'imposar el canvi*

Escolta reflexiva

L'escolta reflexivatransmetcomprensió en reformular o resumir el significat. És fonamental en els enfocaments d'entrevista motivacional desenvolupats per William R. Miller i Stephen Rollnick.

Tipus de reflexions:

- **Reflexions simples**– repetir la idea principal.
- **Reflexió amplificada** – exagerar ññeugerament per explorar el significat.
- **Reflex de sentiments**– les nostres emocions
- **Reflexió a doble cara** – mostrar totes dues cares de l'ambivalència

Això ajuda als clients a explorar sense sentir-se jutjats.

Per què això importa:

*Les pràctiques de comunicació de suport ajuden a crear un **entorn informat sobre el trauma i de reducció de danys.**Reduquen l'estigma, generen confiança i donen suport a les persones perquè facin canvis al seu propi ritme.*

UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 2 - METODOLOGIES I EINES D'INTERVENCIÓ

ACTIVITAT 1.3 - JOC DE ROL A PARTIR D'ESTUDIS DE CAS

30 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Objectiu

Desenvolupar habilitats pràctiques per a la reducció de danys mitjançant l'aplicació d'eines d'intervenció i estratègies de comunicació en escenaris realistes, fomentant l'empatia, l'autoreflexió i la confiança per donar suport a les persones que consumeixen drogues.



Materials necessaris

- Exemples impresos d'estudis de cas -*Per aquest material consulta el ToolKit*
- Bolígrafs i paper per reflexionar.
- Temporitzador o rellotge.

Preparació

- Imprimir 4 escenaris breus d'estudi de cas dels casos treballats prèviament a l'Activitat 1.2
- ***Per aquest material revisar el Toolkit***
- Habilitar un espai perquè les parelles puguin parlar en privat.
- Assignació de rols (persona de suport i persona amb problemes d'addicció a substàncies)

UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 2 - METODOLOGIES I EINES D'INTERVENCIÓ

ACTIVITAT 1.3 - JOC DE ROLS A PARTIR D'ESTUDIS DE CAS

30 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Activitat

- Introducció: El facilitador explica l'activitat i emfatitza la importància de l'empatia, l'escolta activa i la confidencialitat.
- Cada parella rebrà un cas pràctic, on un jugarà el paper de treballador de reducció de danys i l'altre el d'usuari. S'animarà els participants a aplicar les eines i metodologies de reducció de danys analitzades prèviament al mòdul (per exemple, entrevista motivacional, model transteòric – etapes del canvi, model de prevenció de recaigudes, psicoteràpia integradora de reducció de danys, eines de comunicació, etc.).
- Canviïn de rols o de parella i realitzin una segona dramatització amb un escenari diferent (opcional / si queda temps suficient).



Resum

Després que cada grup hagi completat el seu joc de rol, reuneixi tothom per a una sessió informativa i per reflexionar sobre les següents preguntes:

- Què va funcionar i va resultar efectiu?
- Quins desafiaments es van presentar?
- Quines estratègies o eines van resultar útils?

UNITAT 2:

SECCIÓ 3

EXHIBICIÓ D'EINES PRÀCTIQUES DE COMUNICACIÓ

UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 1 - MODELS D'INTERVENCIÓ

Reflecteix el teu reflex

Joc de cartes dissenyat per ser **jugat en col·laboració entre persones beneficiàries i professionals de l'àmbit social.**

Cada tarjeta presenta una característica personal, i el joc es pot utilitzar de diverses maneres per ajudar a identificar les fortaleses, els desafiaments i les àrees de millora de cada individu.

L'eina promou **autodescobriment i fortaleses** la connexió entre persones beneficiàriesi professionals, donant suport a una relacióhhorizontal, és a dir, una relació no jeràrquica. Fomentar **converses significatives**- ja siguin breus o detallades- sobre les idees que sorgeixen durant el joc. Això la converteix en una eina senzilla però eficaç per a fomentar la participació, generar confiança i facilitar debats reflexius.



UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

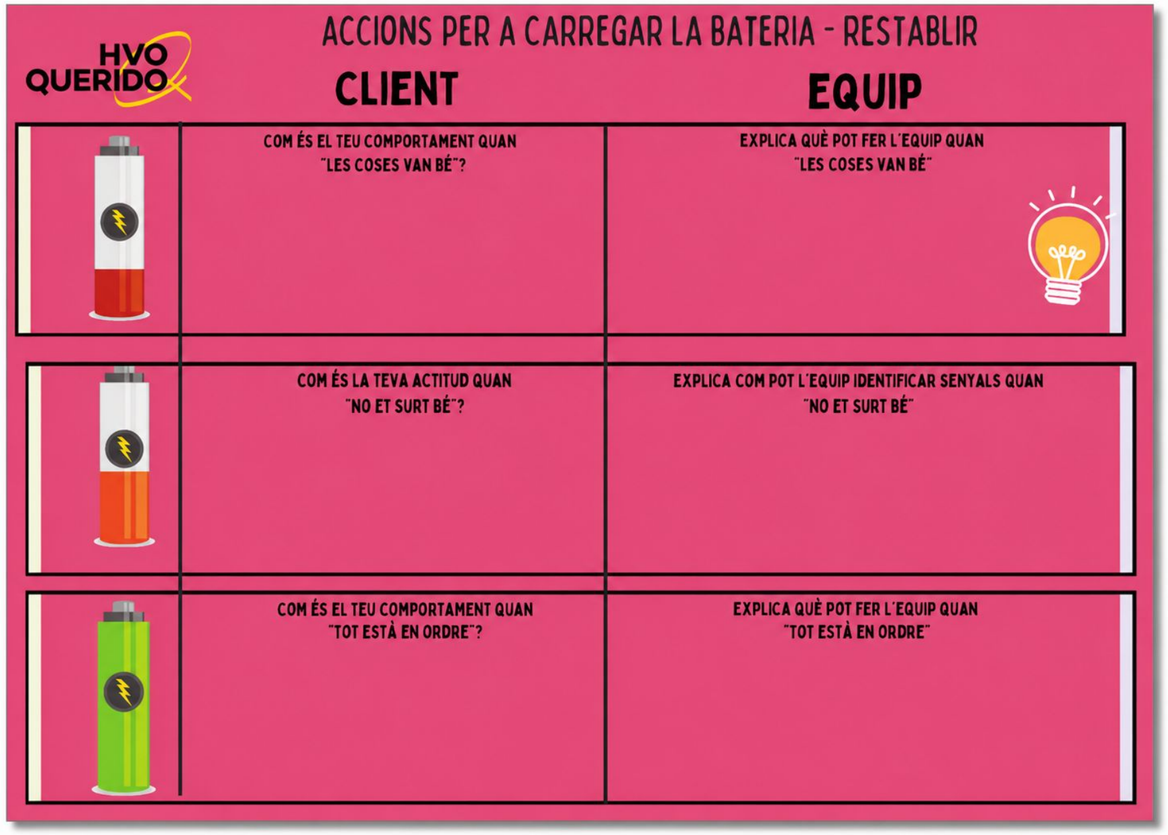
SECCIÓ 1 - MODELS D'INTERVENCIÓ

La bateria

Aquesta eina funciona com un **mini pla de prevenció per persones** beneficiàries i professionals, oferint una ajuda visual per identificar quan les situacions van malament, lleugerament, van molt malament ovanbé. A més, **facilita les converses** sobre com el tècnic pot brindar suport, simplificant el procés en comparació dels plans tradicionals a llarg termini.

Es pot utilitzar entre companys de feina, en equips, en relacions de suport social i en molts altres contextos.

Com a exercici, podries reflexionar i omplir la teva part sobre la teva bateria. Imagina que ho comparteixes amb un company de feina, un gerent, un usuari del servei o la teva mare. Què compartiries? Hi hauria coses diferents que ompliries o que deixaries fora?



UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 1 - MODELS D'INTERVENCIÓ

I si...? Preguntes hipotètiques

Eina dirigida apersones beneficiàriesi professionals, com a recurs preventiu per identificar senyals de desequilibri. Inclou un fullet amb preguntes sobre situacions futures, útil una vegada que un llogater rep el seu habitatge en un projecte de Housing first.

A cada consulta es poden abordar les preguntes, d'acord amb el principi de "Housing first" de "participar en activitats sense coerció", i abastant temes com les persones a qui s'ha d'informar en cas de mort i la cura de les mascotes durant les estades hospitalàries.

Com a exercici, relacionant-ho amb la reducció de danys, quines preguntes hipotètiques faries?



UNITAT 3:

BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

UNITAT 3:

SECCIÓ 1

PERSPECTIVA DEL TREBALL ENTRE IGUALS

UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 1 - PERSPECTIVA DEL TREBALL ENTRE IGUALS

Perspectiva del treball entre iguals

El treball entre iguals se centra a oferir assistència pràctica i suport empàtic basat en l'experiència viscuda. Els treballadors iguals donen suport als que enfronten desafiaments similars, recorrent a les seves pròpies vivències per fomentar la confiança i crear relacions significatives.

01

Suport personalitzat

Els treballadors de Suport entre iguals es reuneixen periòdicament amb les persones usuàries per brindar-los suport emocional,empatiai aclariments sense prejudicis. Utilitzen un enfocament horitzontal i un llenguatge informal. Poden o no compartir les seves pròpies històries i experiències per il·lustrar els punts de vista.

Exemple:
Un treballador de Suport entre iguals ajuda la persona a comprendre el procés de recuperació, oferint-li informació sobre les estratègies que li van funcionar i brindant-li suport durant una recaiguda.

02

Col·laboració amb altres proveïdors de serveis

Els treballadors iguals solen col·laborar amb altres professionals, com a gestors de casos, treballadors socials i professionals de la salut, per garantir un suport integral. Desenvolupen relacions de confiança i sense prejudicis amb les persones amb qui treballen i faciliten la promoció de relacions saludables entre les persones i altres professionals i serveis. Així mateix, garanteixen que les experiències i els antecedents subjectius de les persones es tinguin en compte a les discussions de casos oa les reunions multidisciplinars.

Exemple:
Un treballador de suport entreigualsparticipa en discussions de casos o reunionsmultidisciplinarsper brindar retroalimentació sobre el progrés delusuari, exposar les dificultats que experimenta i garantir que latenció estigui coordinada.

UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 1 - PERSPECTIVA DEL TREBALL ENTRE IGUALS

Perspectiva del treball entre iguals

03

Recursos d'exploració

Ajuden alas persones beneficiàriesa accedir als recursos necessaris(habitatge, atenció mèdica, serveis de salut mental, tractament per a addiccions, documentació, suport financer i legal, etc.) Els treballadors iguals coneixen per experiència com funciona el sistema i els serveisja quehan experimentat prejudicis, burocràcia i manca de suport adequat. En aquest rol, advoquen colze a colze amb elusuari, assegurant-se que els proveïdors datenció mèdica, els serveis socials o el sistema legal escoltin les seves veus. Tenen una actitud empàtica i comprenen la resistència que les persones poden presentar.

Exemple:

Un treballador de Suport entre iguals ajuda una persona a sol·licitar assistència per a l'habitatge, us guiarà a la paperassa i l'acompanya a les cites de suport. També respecta la voluntat i l'autodeterminació de les persones, per exemple, quan diuen que no volen un alberg o una altra resposta grupal perquè no els resulta adequada

04

Intervenció en crisi

Els treballadors de Suport entre igualscompanys ofereixen suport emocional en moments de crisi, com ara recaigudes, inestabilitat d'habitatge i reaccions a desencadenants traumàtics. Ofereixen una escolta atenta, ajuden a calmar situacions estressants i brinden estratègies pràctiques per afrontar-les.

Exemple:

Un treballador de Suport entre iguals pot intervenir quan algú està patint un brot psicòtic o una crisi emocional. Podeu utilitzar la vostra experiència personal per oferir tècniques de relaxació o simplement brindar una presència segura.

UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 1 - PERSPECTIVA DEL TREBALL ENTRE IGUALS

Perspectiva del treball entre iguals

05 Desenvolupament d'habilitats per a la vida i accés a la informació

Els treballadors de Suport entre iguals ajuden a desenvolupar habilitats pràctiques per a la vida, com ara l'administració del pressupost, l'ús del transport públic, la cuina i altres aspectes bàsics de l'habitatge. També informen les persones sobre els seus drets, els programes comunitaris disponibles i com es poden desenvolupar en els sistemes de salut, socials i legals.

Exemple:

Un treballador de recollida entre igualsensenya habilitats bàsiques de gestió financera a una persona que acaba d'aconseguir un habitatge, ajudant-lo a aprendre a administrar els pagaments del lloguer, les factures i el pressupost.

06 Facilitació de grups

Els treballadors iguals poden liderar o co-facilitar grups de suport per a persones que s'enfronten a la manca d'habitatge, el consum de substàncies i els traumes, creant un espai segur i lliure de prejudicis on les persones poden compartir les seves històries, desafiaments i èxits.

Exemple:

Un treballador de Suport entre iguals facilita una reunió grupal on les persones sense llar comparteixen recursos, discuteixen les necessitats i es recolzen mútuament per afrontar els desafiaments diaris.

UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 1 - PERSPECTIVA DEL TREBALL ENTRE IGUALS

Perspectiva del treball entre iguals

07

Incidència (Advocacy)

Els treballadors de Suport entre iguals advoquen davant de proveïdors d'atenció mèdica, serveis socials i legals, polítics, estudiants universitaris i la comUnitat en general sobre les necessitats de les persones, les experiències traumàtiques i la manca de resposta. Sensibilitzen sobre els determinants socials de la salut i la interconnexió entre la manca d'habitatge, el trauma i el consum de substàncies.

Exemple:

Un treballador de Suport entre iguals intervé en un congrés, exposant la seva pròpia experiència amb els serveis i allò que cal fer de manera diferent per respondre a les necessitats de les persones.

08

Desenvolupar l'autoeficàcia i l'apoderament

Els treballadors de Suport entre iguals animen alas persones beneficiàriesa prendre les regnes del procés de recuperació, establint els seus propis objectius. Fomenten l'autoestima, l'autonomia i l'autodeterminació, ajudant les persones a sentir-se capacitades per prendre decisions per elles mateixes.

Exemple:

Un treballador de Suport entre iguals pot ajudar una persona a establir metes personals, ja sigui trobar una feina, reconnectar-se amb la família o participar en un programa de recuperació, i celebrar els seus èxits al llarg del camí.

UNITAT 3:

SECCIÓ 2

CONDICIONS BÀSIQUES DE VIDA:
AUTOCURA, HABITATGE, OCUPACIÓ, ACCÉS A L'ATENCIÓ MÈDICA

UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 2 - CONDICIONS BÀSIQUES DE VIDA: AUTOCURA, HABITATGE, OCUPACIÓ, ACCÉS A L'ATENCIÓ MÈDICA

La manca de vivenda adopta moltes formes→ No hi hauna resposta únicaper proporcionar resultats sostenibles de la manca de vivenda.Tot i que totes les persones que experimenten la manca d'habitatge necessiten habitatges adequats, sostenibles i assequibles,la mesura que requeriran suport addicional varia considerablement.

Cures personals

L'autocura en el context de la manca d'habitatge i el consum de substàncies no es tracta de nocions idealitzades de "**cuidar-se un mateix**" sinó sobre **estratègies pràctiques, realistes i de baix llindar** que s'alineen amb la reducció de danys, l'autonomia i la feina centrada en la persona.

1. Autocura i supervivència

Les persones sense llar ja practiquen l'autocura de manera senzilla per sobreviure.

Exemples:

- Protegir documents importants
- Gestionar el sentit de pertinença
- Trobar llocs més segurs per dormir.
- Racionament de substàncies.
- Mantenir petites rutines

Evita missatges moralitzants com "hauries de cuidar-te millor"; centra't tant com sigui possible, no ideal.

2. Higiene i cura personal realistes

L'accés a la higiene bàsica és essencial i sovint limitat.

Barreres:

- Preocupacions de seguretat
- Horaris restringits
- Stigmes o vergonya

Estratègies de baix llindar:

- Petits kits d'higiene per a una neteja ràpida.
- Identificar espais segurs per rentar-se o canviar-se de roba.
- Serveis de suport comunitari per al subministrament d'articles essencials.

Consideracions sobre la higiene menstrual:

- Compreses sanitàries, tampons, compreses reutilitzables o copes menstruals.
- Tovalloletes humides i bosses d'un sol ús per a la seva correcta eliminació.
- Roba interior neta i bosses d'emmagatzematge discretes.

UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 2 - CONDICIONS BÀSIQUES DE VIDA: AUTOCURA, HABITATGE, OCUPACIÓ, ACCÉS A L'ATENCIÓ MÈDICA

3. Maneig de la salut física i mental

Des de la perspectiva de la reducció de danys:

Salut física:

- Vigileu els signes bàsics de malestar o deteriorament.
- Hidratació i nutrició.
- Opcions més segures per dormir.

Autocura en el consum de substàncies:

- Eviteu usar-ho sol
- Analitzar les substàncies sempre que sigui possible.
- No compartiu l'equip.
- Comenceu amb dosis més petites.
- Aneu amb compte amb el consum de múltiples substàncies.
- Mantingueu la naloxona accessible on estigui disponible.

Autoconsciència emocional:

- Reconeix l'estrès, l'esgotament, la tristesa i la irritabilitat.
- Utilitzeu estratègies senzilles de connexió a terra o regulació.

4. Estructura diària mínima

Les petites rutines poden reduir el caos i proporcionar estabilitat:

- Horaris regulars per menjar o descansar.
- Guardar les pertinences importants a llocs més segurs.
- Establir patrons simples i predictibles.

Eines pràctiques:

- Llistes de verificació breus.
- Targetes d'autoavaluació diàries amb sistema de “semàfor”.
- Miniplans de prevenció o seguretat.



UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 2 - CONDICIONS BÀSIQUES DE VIDA: AUTOCURA, HABITATGE, OCUPACIÓ, ACCÉS A L'ATENCIÓ MÈDICA

5. Relacions i suport social

Les connexions socials poden afavorir l'autocura:

- Identificar relacions segures davant de relacions insegures.
- Ambectar amb persones que brinden suport: amics, companys, treballadors socials, voluntaris de la comUnitat.
- Small strategies for help:
  - Un o dos contactes de confiança per a moments d'estrès.
  - Crear un pla d'ajuda amb passos clars.
  - Utilitzeutsar missatges de text o recordatoris si teniu dificultats per parlar.
- Fomentar xarxes de suport informals i la participació comunitària: tallers, cercles de Suport entre iguals, activitats creatives, grups esportius.

6. Autonomia i autodeterminació

L'autocura és una **elecció, no una obligació**.

Els professionals haurien de:

- Analitzar què fa aquesta persona.
- Reforçar les fortaleses existents.
- Cocrear objectius petits i assolibles.
- Donar suport a les persones en la definició de l'autocura en **el seu propi context.**



UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 2 - CONDICIONS BÀSIQUES DE VIDA: AUTOCURA, HABITATGE, OCUPACIÓ, ACCÉS A L'ATENCIÓ MÈDICA

Habitatge

Housing First

Model dissenyat per Sam Tsemberis (2010), creador del primer programa PathwaysHousing First.

Les característiques principals inclouen:

- Habitatges dispersos en apartaments independents i comunitaris.
- Habitatge combinat amb serveis de suport prestats per un equip multidisciplinari, que inclou treballadors iguals.
- Compromís a llarg termini,durant el temps que calgui, sense límits de temps.
- Requisits bàsics:
  - Visites domiciliàries setmanals del personal del programa.
  - Compliment del contracte d'arrendament i acord de pagament del lloguer (normalment el 30% dels ingressos del participant es destina al lloguer).
- La llibertat delecció del consumidor i lautodeterminació com a principis fonamentals.

Evidència d'efectivitat: la investigació mostra consistentment que Housing first és altament efectiu per acabar amb la manca d'habitatge, ajudant aproximadament a8 de cada 10 persones a aconseguir estabilitat d'habitatge a llarg termini, i és més rendible que els refugis d'emergència o els models de tractament primer.

Els participants també tendeixen a mostrar millores significatives en múltiples àrees de la vida, com ara:

- Reducció del consum de substàncies
- Millora de l'adherència al tractament
- Reconnexió amb els membres de la família
- Xarxes de suport social enfortides

UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 2 - CONDICIONS BÀSIQUES DE VIDA: AUTOCURA, HABITATGE, OCUPACIÓ, ACCÉS A L'ATENCIÓ MÈDICA

Allotjament de reubicació ràpida

- Paquet de suport personalitzat i de durada limitada (normalment 6 mesos), que pot incloure ajut econòmic per al lloguer i les despeses de mudança, assistència per trobar habitatge i altres serveis adaptats a les necessitats específiques de cada família.
- La gestió de casos acompanya l'estabilització de l'habitatge i ajuda a connectar amb recursos que milloren el benestar, la seguretat, la salut, els serveis socials i les oportUnitats d'ocupació.
- Permet alas persones beneficiàries mantenir el pagament del vostre habitatge després de rebre ajuda financera.
- Funciona com una forma de prevenció secundària per evitar que les persones i les famílies entrin en cicles socials difícils i per mitigar els efectes negatius de la manca d'habitatge a llarg termini.

Diversion

- Dissenyat per ajudar ràpidament persones i famílies que s'han quedat sense llar recentment, evitant que hagin d'entrar al sistema d'assistència social d'emergència.
- Aquest enfocament intensiu i centrat en l'usuari,cerca immediatament solucions d'habitatge alternatives als albergs, oferint serveis per estabilitzar l'habitatge o facilitar la transició a un habitatge permanent.
- Objectiu: prevenir o retardar l'ingrés a albergs d'emergència mitjançant la identificació d'alternatives segures basades en els recursos disponibles,en lloc de dependre dels sistemes de resposta a la manca d'habitatge.Servici col·laboratiu, proporcionat per treballadors qualificats que utilitzen solucions creatives i flexibles, incloent assistència financera, per facilitar la transició a un habitatge segur.



UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 2 - CONDICIONS BÀSIQUES DE VIDA: AUTOCURA, HABITATGE, OCUPACIÓ, ACCÉS A L'ATENCIÓ MÈDICA

Ocupació de baix llindar

OportUnitats de feina amb requisits mínims que **permeten a les persones participar al seu ritme.** Les seves característiques principals inclouen:

- **Compromís flexible**–l'ús participants poden triar quantes hores o dies dedicar, i anar augmentant gradualment la seva participació en funció de la seva motivació i capacitat.
- **Itineraris formatius**– formació estructurada que capacita els participants per a professions específiques.
- **Enfocament de suport per part del personal–** els treballadors mantenen una actitud respectuosa, sense prejudicis i basada en les fortaleses, fomentant la confiança i l'apoderament.
- **Impacte positiu al benestar–** encara que els participants no s'incorporin directament al mercat laboral regular, la seva participació pot millorar l'autoestima, el sentit de propòsit i l'estructura diària.

Per a moltes persones que experimenten manca d'habitatge, pobresa o exclusió social, **participar en activitats significatives** pot ser un punt d'inflexió important.



UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 2 - CONDICIONS BÀSIQUES DE VIDA: AUTOCURA, HABITATGE, OCUPACIÓ, ACCÉS A L'ATENCIÓ MÈDICA

Accés a l'atenció mèdica

La reducció de danys posa l'accent en **l'atenció flexible, accessible i centrada en la persona.** L'accés a l'atenció mèdica millora a través de la **descentralització** i a portar els serveis allà on es troben les persones, en lloc d'esperar que s'hagin de desenvolupar en sistemes rígids.

Descentralització de latenció

Definició:

La descentralització s'allunya de les intervencions de model únic i exclusives de la clínica cap a **xarxes de serveis interconnectats** que es troben amb la gent al seu entorn quotidià.

Objectius:

- Elimina les barreres que t'impedeixen estar amb el teu ésser estimat.
- Ampliar les oportUnitats de participació.
- Integrar la reducció de danys amb el tractament, l'habitatge, la feina i el suport social.

Exemples de serveis descentralitzats:

- Unitats mòbils de reducció de danys que subministren material i brinden suport.
- Equips dassistència al carrer que brinden una participació flexible i constant.
- Centres d´atenció sense cita prèvia que ofereixen assessorament, suport per cobrir necessitats bàsiques i connexió amb serveis.
- Llocs de consum supervisat amb entorns més segurs i control sanitari.
- Reducció de danys integrada a programes d'albergs o habitatge (EUDA, 2023).

Els enfocaments descentralitzats redueixen les barreres causades per la burocràcia, els requisits d'abstinència i l'estigma, cosa que augmenta l'accés per a les persones sense llar.

UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 2 - CONDICIONS BÀSIQUES DE VIDA: AUTOCURA, HABITATGE, OCUPACIÓ, ACCÉS A L'ATENCIÓ MÈDICA

ACTIVITAT 1.4 - FÒRUM DE VÍDEO AMB EXEMPLES DE BONES PRÀCTIQUES EN AUTOCUIDAT, HABITATGE, OCUPACIÓ I ACCÉS A L'ATENCIÓ MÈDICA

30 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.



Objectiu

L'objectiu és que els participants coneguin exemples reals d'intervencions per a persones sense llar i programes de reducció de danys, com araHousing first,iniciatives d'ocupació de baix llindar i estratègies d'integració social, tot fomentant alhora la reflexió crítica sobre diversos enfocaments. Es busca enfortir la comprensió de respostes eficaces i centrades en la persona, i inspirar l'adaptació i l'aplicació d'aquests enfocaments en els seus propis contextos professionals.

Materials necessaris

- Enllaços als vídeos (següent diapositiva)
- Ordinadors,projector i connexió a internet

UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 2 - CONDICIONS BÀSIQUES DE VIDA: AUTOCURA, HABITATGE, OCUPACIÓ, ACCÉS A L'ATENCIÓ MÈDICA

ACTIVITAT 1.4 - FÒRUM DE VÍDEO AMB EXEMPLES DE BONES PRÀCTIQUES EN AUTOCUIDAT, HABITATGE, OCUPACIÓ I ACCÉS A L'ATENCIÓ MÈDICA

30 MINUTS

Preparació

Mira 2 o 3 dels vídeos següents.

- https://www.youtube.com/watch?v=sN9Md6m_6lo
- https://www.youtube.com/watch?v=QZdIYvSE-f8
- https://vimeo.com/586709594?fl=pl&fe=sh
- https://www.corksimon.ie/50-faces/jj/
- https://www.corksimon.ie/50-faces/marguerite/
- https://www.youtube.com/watch?v=h4nMm8dJH8g&list=WL&index=7&t=86s
- https://www.youtube.com/watch?v=Y8EoXA3W7MM&t=322s
- https://www.linkedin.com/feed/update/activity:7366877241890328577

Altres bones pràctiques:

Housing First

- CRESCER - É UMA CASA, Lisboa Housing First project

Habitatge Ràpid

- Cork Simon CommUnitaty – 12 weeks project
- CRESCER – Municipal Unitat of Employment and Autonomy (UMEA)

Diversió

- Cork Simon CommUnitaty – Diversion intervention commUnitaty emergency service
- CRESCER – Municipal Unitat for Prevention and Autonomy (UMPA)

Ocupació de baix llindar

- CRESCER – É Um Restaurante/Social business
- Cork Simon CommUnitaty – Social, Integration and Participation Service



UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 2 - CONDICIONS BÀSIQUES DE VIDA: AUTOCURA, HABITATGE, OCUPACIÓ, ACCÉS A L'ATENCIÓ MÈDICA

ACTIVITAT 1.4 - FÒRUM DE VÍDEO AMB EXEMPLES DE BONES PRÀCTIQUES EN AUTOCUIDAT, HABITATGE, OCUPACIÓ I ACCÉS A L'ATENCIÓ MÈDICA

30 MINUTS

Activitat

Després de cada vídeo, els participants disposen d'aproximadament 5 minuts per comentar allò que han observat, reflexionar sobre les pràctiques presentades i compartir les seves opinions sobre l'enfocament adoptat.

Wrap-up

- Quins aspectes del programa mostrats al vídeo van semblar més eficaços i per què?
- Quins reptes o limitacions podria afrontar aquest enfocament a la pràctica?
- Com creus que perceben aquesta intervenció les persones sense llar?
- Quines similituds o diferències observa en comparació amb altres enfocaments (per exemple,Housing first davant d'albergs, models basats en l'abstinència davant de programes de consum controlat d'alcohol)?
- Si aquest programa esaplicaràen el context local, quines adaptacions serien necessàries?
- Quina pràctica t'ha inspirat més i com podries aplicar-la a la teva pròpia feina?



UNITAT 3:

SECCIÓ 3

CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 3 - CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Consum de substàncies psicoactives

Reducció de danys i consum de substàncies

- **El consum de substàncies pot conduir a problemes de:**
  - **Tencament de les substàncies**
  - **Via d'aministració**
  - **Vulnerabilitat individual**
  - **Context social**
- Per reduir el dany, una gamma de **intervencions accessibles i de baix llindar és necessari**.
- **Enfocament històric:**
  - Ampliant l'accés al tractament amb agonistes opioides i als programes d'intercanvi d'agulles
  - Principalment dirigit a l'ús d'heroïna per via injectada i a l'epidèmia de VIH/SIDA.
- **Desenvolupaments recents (els últims 30 anys):**
  - Respostes més àmplies de reducció del dany que inclouen sales de consum de drogues i programes de naloxona (EUDA, 2024)

Programa d'intercanvi d'agulles

- Objectiu:Prevenir la transmissió de malalties infeccioses mitjançant l'ús de drogues intravenoses, promovent pràctiques asèptiques.
- proporcionant xeringues i agulles netes, així com altres materialss:
  - **Filtres, hisops, aigua destil·lada, àcid cítric, etc.**
- Inclou educació i conscienciació sobre pràctiques de menor risc.
- Oferir espai perquè les persones beneficiàries puguin reflexionar sobre el consum i discutir amb treballadors de reducció de danys.

Implementació i abast

- Es pot lliurar a través deutats mòbils, sales de consum de drogues, centres d'atenció sense cita prèvia, etc.
- Serveix com un pont entre les persones i els serveis socials/de salut.
- El treball de divulgació és clau per contactar amb poblacions amb accés limitat als serveis.

UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 3 - CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Programes de substitució d'opioides de baix llindar

- Brindar suporta les persones que no volen o no poden deixar de consumir heroïna, millorant la salut i el benestar social i econòmic.
- **Tractament assistit amb medicaments: generalment ambc lor hidrat de metadona, prescrit en supervisió mèdica.**
- Prevenció dels síntomes d'abstinència i desitjos, permetent estabilització psicològica.
- La metadona té unamesuramitjana (≥24 hores), cosa que ajuda a les persones beneficiàries a organitzar les vides i normalitzar les relacions interpersonals.
- **L'administració diària arriba a un estat estable després de ~5 dies, donant suport a una estabilització consistent.**

Beneficis socials dels programes de substitució d'opioides (PSO)

- Millora el benestar físic i mental de l'individu i la família.
- Redueix els costos de salut públic a i càrrega per al sistema judicial.
- Es pot implementar mitjançant estructures fixes o Unitats mòbils adaptades per a aquest propòsit.



UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 3 - CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Sales de consum de drogues

Professionalment on les persones poden utilitzar drogues en condicions més segures i higièniques sense por a ser arretstats o a conseqüències legals.

Objectius principals:

- Proporcionar un entorn segur
- Oferir supervisió mèdica
- Garantir laccés a l'equip estèril.
- Reduir riscos per a la salut com sobredosi i malalties infeccioses

Actuen proporcionant accés a serveis de suport .

Normalment solen ubicar-sea prop d'escenes de narcotràfic a l'aire lliure a:

- Reducir el **consum de drogues a l'espai públic**
- Millorar els serveis públics, disminuint la **presència de xeringues rebutjades i altres residus** relacionats amb el consum de drogues.
- Abordar **problemes d'ordre públic i de seguretat,** en benefici dels residents locals.

Beneficis addicionals de les sales de consum de drogues (DCR, per les sigles en anglès)

- Combatre l'estigmat ractant les persones que consumeixen drogues amb dignitat.
- Proporcionar suport iintegració social, incloent vies d'accés a l'ocupació ia l'habitatge.
- Ser sovint dels primers a detectar patrons nou so desconeguts de consum de drogues.
- Contribuir a la identificació primerenca de riscos emergents a poblacions d'alt risc (EUDA, 2024).

UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 3 - CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Programes de maneig de l'alcohol (MAP)

Programes de Control de l'Alcohol (MAP, per les sigles en anglès)

- Destinat apersons ambtrastorn greu per consum d'alcoholels qui enfronten barreres com persones sense llar, pobresa, estigma, i trauma previ.
- L'objectiu és reduir els danys sanitaris, socials i estructurals associats consum problemàtic d'alcohol.
- Proporcionar una alternativa als enfocaments basats en l'abstinència, alineant els objectius amb les necessitats de la persona.
- Oferir accés a serveis amb requisits mínims, permetent alas persones beneficiàries participar malgrat el consum continuat d'alcohol.
- Sovint es lliura dins d'habitatges de baixa barrera on las persones beneficiàries poden accedir a:
  - **A pedra per a necessitats bàsiques**
  - **Atenció mèdica, psicològica i social**

Com funcionen?

- Proporcionen quantitats mesures d'alcohol als 31 anys en intervals de temps durant tot el dia.
- Combinen el suport psicosociali les avaluacions periòdiques per intoxicació.
- Ajuden a:
  - **Reduir el consum total**
  - **Prevenirsímptomes d'abstinència mortals**
  - **Evitar el consum d'alcohol que no sigui en forma de beguda**
  - **Estabilitzar la vida diària i accés necessari a serveis de suport**
- Objectiu: millorar la qualitat de vida de les persones amb trastorn greu per consum d'alcohol (Help With Drinking, 2025).

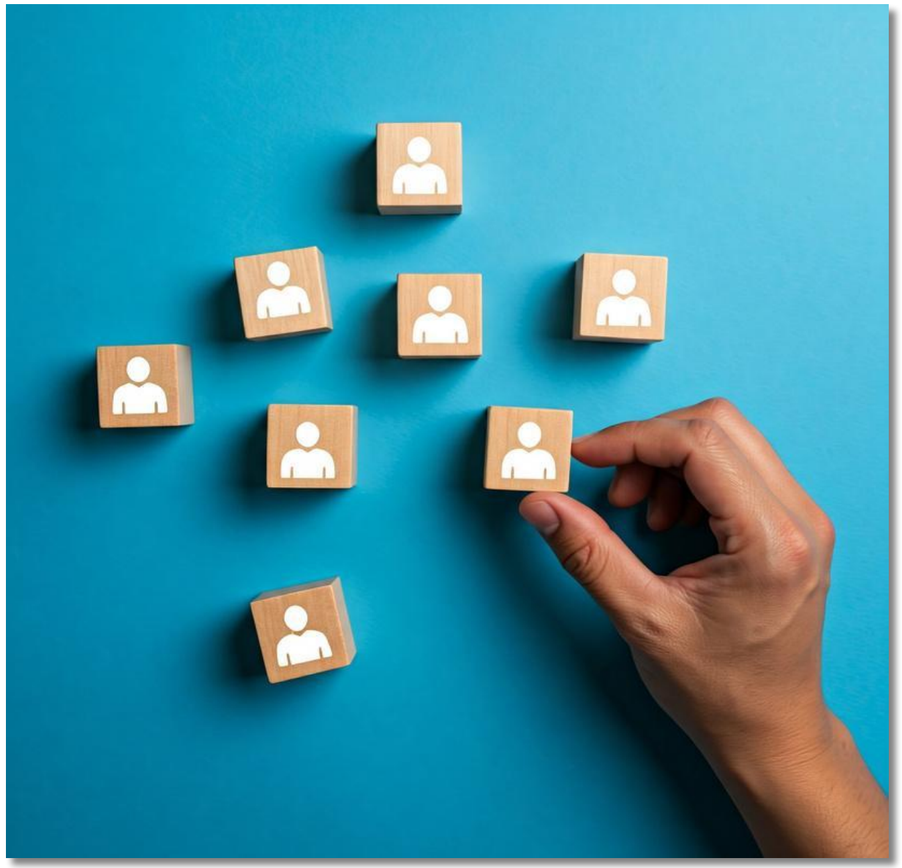
UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 3 - CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Serveis d'anàlisi de drogues

Serveis d'anàlisi de drogues

- **Suposa una anàlisi química de les drogues utilitzades;**
- Proporciona informació sobre el contingut i recomanació de reducció de danys, advertint els usuaris sobre diferentsdroguesal mercat.
- **Llocs de prova:**
  - **Laboratoris fixes** – enviar mostres, resultats en dies
  - **Laboratoris mòvils**– al festival/club, proporcionar resultatsgairebé immediats
- **Beneficis potencials**:
  - Identificar drogues amb substàncies químiques no desitjades o desconegudes
  - Permetre respostes primerenques de salut pública
  - Ajudar a evitar sobredosi en proporcionar informació sobre substàncies potents
- Implicaa joves usuaris recreatiusquesovint no arriben als serveis existents
- Particularment important atès l'auge de drogues sintètiques, inclòs opioides sintètics d'alta potència



UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 3 - CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Administració i capacitació sobre naloxona

Naloxona per a la sobredosi d'opioides

- **Medicament** disponible **en format aerosol nasal.**
- Reversió **de depressió del SNC** i respiratòria potencialment mortal durant una sobredosi d'opioides, permetent que la persona respira amb normalitat.
- **Salva vides** si s'administra ràpidament mentre s'espera assistència mèdica d'emergència.
- **No addictiu**; només funciona silus opioides són presents en el sistema (Correlation, 2024).

Intervenció i capacitació

- Implica alguna cosa més que la provisió de naloxona: inclou la capacitació de les persones beneficiàries i dels treballadors de reducció de danys per reconèixer els signes de sobredosi i respondre adequadament.
- La naloxona de lliure accés per als usuaris d'opioides i els vostres contactes pot augmentar la primera resposta i reduir les morts relacionades amb les drogues.



Consideracions clau

- *No és una solució independent per morts relacionades amb les drogues.*
- *Parteix d'una gamma més àmpliadel tractament i el suport que ofereixen els serveis de drogodependència.*
- *Segur, rendible i salva vides (Homelessness Link, 2020).*

UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 3 - CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

ACTIVITAT 1.5 - FÒRUM DE VÍDEOS

30 MINUTS

Objectiu

L'objectiu és exposar els participants a exemples reals de programes de reducció de danys, especialment aquells centrats en el consum de substàncies, per aprofundir-ne la comprensió de les respostes eficaces i centrades en la persona, i inspirar-ne l'aplicació en la pròpia pràctica, adaptant-la al context.

Materials necessaris

- Enllaços als vídeos (següent diapositiva)
- Ordinadors,projector i connexió a internet



UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 3 - CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

ACTIVITAT 1.5 - FÒRUM DE VÍDEO AMB EXEMPLES DE BONES PRÀCTIQUES EN AUTOCUIDAT, HABITATGE, OCUPACIÓ I ACCÉS A L'ATENCIÓ MÈDICA

30 MINUTS

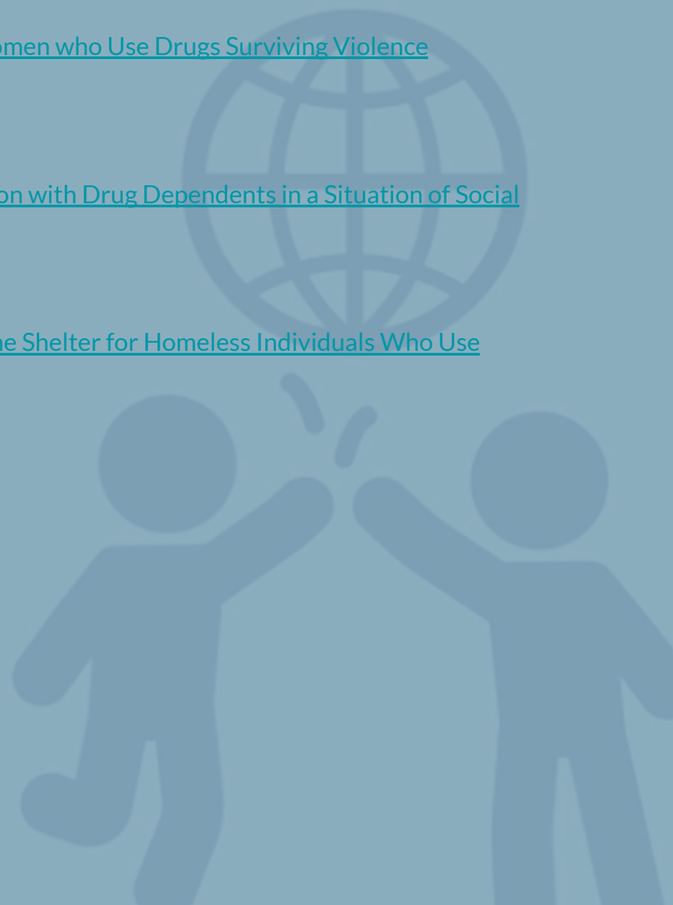
Preparació

Mira 2 o 3 dels vídeos següents.

- ABD - Consumo y me cuido:
  https://www.youtube.com/watch?v=GNbhHjM102k
- ABD - Recovery seeds:
  https://www.youtube.com/watch?v=ZIK5LO_EEhM
- ABD - Fight4YourLife: A Blow of Hope in the Fight Against Drug Addiction:
  https://www.youtube.com/watch?v=aVo84cyraWs
- CRESCER - REACH_U:
  https://www.youtube.com/watch?v=mbnbjzv65iQ
- Ten Working agreements Housing First of the city of Amsterdam:
  https://www.youtube.com/watch?v=NLcMF04Eh_k
  Inside America's First Legal Drug Use Site - Onpoint NYC
  Boyle Street — Managed Alcohol Program

Altres bones pràctiques:

- Metzineres - Shelter Environments for Women who Use Drugs Surviving Violence (WUDSV)
- ABD – The Alcohol Maintenance Program
- ABD – The Programme of Early Intervention with Drug Dependents in a Situation of Social Emergency
- CRESCER – REACH_U project
- Centro Residencial Integral La Galena – The Shelter for Homeless Individuals Who Use Illegal Substances and/or Alcohol



UNITAT 3 – BONES PRÀCTIQUES EN SINHOGARISME, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I TRAUMA

SECCIÓ 3 - CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

ACTIVITAT 1.5 - VIDEO FORUM

20-30 MINUTS

Activitat

Després de cada vídeo, els participants disposen d'aproximadament 5 minuts per comentar allò que han observat, reflexionar sobre les pràctiques presentades i compartir les seves opinions sobre l'enfocament adoptat.

Wrap-up

- Quins aspectes del programa mostrats al vídeo van semblar més eficaços i per què?
- Quins reptes o limitacions podria afrontar aquest enfocament a la pràctica?
- Si aquest programa esaplicaràen el context local, quines adaptacions serien necessàries?
- Quina pràctica t'ha inspirat més i com podries aplicar-la a la teva pròpia feina?



HOME4HEALTH MOOC

MÒDUL 2:
TRAUMA - ENFOCAMENT D'ATENCIÓ INFORMADA

DESCRIPCIÓ GENERAL DEL MÒDUL

Unitat 1: Comprensió del trauma complex

Secció 1: Introducció al curs i introducció per al participant

Secció 2: Definició de trauma

Secció 3: Consciència del trauma i diferents tipus de trauma

Secció 4: Impactes conductuals i neurològics del trauma en l'individu

Secció 5: Suport entre iguals

Unitat 2: Interseccionalitat entre trauma, manca d'habitatge i consum de drogues

Secció 1: Trauma, consum de drogues i apegament

Secció 2: Adaptacions a la supervivència

Unitat 3: Creixement posttraumàtic

Secció 1: Definició

Secció 2: La finestra de tolerància

Unitat 4: Trauma vicari

Secció 1: Introducció

Secció 2: Esgotament

UNITAT 1:

COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

UNITAT 1 - COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 1 - INTRODUCCIÓ AL CURS I PRESENTACIÓ DE ELS PARTICIPANTS

Coordinated by: ABD
In partnership with: CPES CER, HVO QUERIDO, Cork Simon
Co-funded by the European Union
2023-1-ES01-KA220-VET-000165764

a) Objectius i resultats d'aprenentatge

- Definir el trauma complex i el seu impacte holístic a les persones.
- Explicar les respostes conductuals ineurològiques associades al trauma.
- Identificar les interseccions entre el trauma, la manca d'habitatge, el consum de drogues i les experiències adverses a la infància.
- Aplicar enfocaments basats en el trauma i el suport entre parells per fomentar la recuperació, el creixement posttraumàtic i mitigar el trauma secundari als cuidadors.

b) Competències abordades

- **Competència cultural:**Comprendre l'impacte del trauma i la interseccionalitat entre el trauma, el consum de drogues i la manca d'habitatge, i reconèixer com les diverses experiències donen forma a les respostes i les necessitats.
- **Habilitats analítiques:** Analitzar patrons de comportament i respostes relacionades amb el trauma a individus i poblacions.
- **Pensament crític:** Avaluar l'eficàcia dels enfocaments basats en el trauma, incloent-hi el creixement posttraumàtic i el suport entre parells, i considerar estratègies específiques del context per donar suport a la sanació.
- **Habilitats de comunicació:** Comunicar eficaçment idees i aplicar coneixements, habilitats i actituds per brindar atenció i serveis que tinguin en compte el trauma i que promoguin la recuperació.

UNITAT 1:

SECCIÓ 2

DEFINICIÓ DE TRAUMA

UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 2 - DEFINICIÓ DE TRAUMA

Definició

La **Organització Mundial de la Salut (OMS)** defineix el trauma com una "resposta tardana o perllongada a un esdeveniment o situació estressant (ja sigui de curta o llarga durada) de naturalesa excepcionalment amenaçadora o duradora, que probablement causi angoixa generalitzada en gairebé qualsevol persona".

Què és el trauma?

- El trauma es refereix a **situacions o esdeveniments que considerem traumàtics** i com ens afecten les nostres experiències.
- Pot passar **aqualsevol edat i pot causar dany a llarg termini.**
- Les reaccions al trauma varien entre individus; els efectes poden aparèixer **immediatament o molt després de l'esdeveniment**.
- **L'adversitat** és un terme més ampli que s'utilitza per descriure experiències vitals difícils, que sovint interactuen amb el trauma.

Alguns exemples d'adversitat són:

- **Exclusió social o** dislocació
- **Discriminació a** l'opressió sistèmica
- **Pobresa, abús, addicció** o negligència

El trauma no passa al buit, està influenciat per **factors sistèmics, relacionals, culturals, polítics i ambientals més amplis.**

UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 2 - DEFINICIÓ DE TRAUMA

El impacte i conseqüències del trauma són àmplies, complexes i multifacètiques. Que un esdeveniment s'experimenti com a traumàtic no només depèn de l'esdeveniment en si, sinó també de:

- Experiències de vida prèvies, antecedents i traumes previs
- Gravetat, tipus, freqüència, moment i durada del trauma
- Ubicació i context del trauma
- Relació amb la persona que causa el mal
- Respostes dels altres davant del trauma (validació, incredulitat o negligència)
- La construcció de significat personal i la comprensió del trauma
- Expectatives, creences i suposicions sobre un mateix, els altres i el món.
- Pèrdues o infraccions associades experimentades
- Context social, emocional i del desenvolupament
- Presència de factors protectors, com ara relacions de suport i recursos comunitaris.
- Context cultural, sociopolític, econòmic i ambiental
- Guions familiars, models de criança, trauma intergeneracional i estils d'aferrament.
- Temperament individual, identitat biològica i factors genètics

Punts clau

- *El trauma i l'adversitat són generalitzat i estès, afectant les persones de múltiples maneres.*
- *El suport eficaç requereixen enfocaments que tenen en compte l'adversitat, són culturalment sensibles i estan informats sobre el trauma.*
- *Els professionals i els serveis haurien d'adoptar-ne un enfocament universal, reconeixent l'ampli impacte del trauma a la salut, el comportament i el benestar.*

UNITAT 1:

SECCIÓ 3

CONSCIENCIACIÓ SOBRE EL TRAUMA I ELS DIFERENTS TIPUS DE TRAUMA

UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 2 - DEFINICIÓ DE TRAUMA

ACTIVITAT 2.2 - "SI EL TRAUMA PODÉS PARLAR, QUÈ DIRÍA, MOSTRARIA O CONTARIA?"

15 MINUTS

Preparació

Tanca els teus dispositius digitals i assegura't d'estar en un lloc on et puguis concentrar i enfocar en aquesta activitat.

Activitat

Tingues a mà un full de paper gran i un retolador. Poseu un temporitzador de 10 minuts. Pregunta't: «Si el trauma pogués parlar, què diria?». Anota tot el que et vingui al cap en fer-te aquesta pregunta.

En resum

Mira el paper i llegeix allò que has escrit. Si vols, guarda el paper perquè el puguis consultar quan vulguis.



UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 3 - CONSCIENCIACIÓ SOBRE EL TRAUMA I ELS DIFERENTS TIPUS DE TRAUMA

Trauma

Conscienciació sobre el trauma és la comprensió que el passat **experiències adverses, especialment a la infància,** pot tenir un impacte significatiu en el desenvolupament d'un **individu reaccions, comportament i benestar general.**

Això implica:

- Reconéixer que els individus poden ser **sensible als desencadenants**.
- Comprendre que les reaccions poden semblar **no relacionat amb la situació actual.**
- **Crear entorns segurs i de suport** que minimitzen **retraumatització**.

(Working DEFINICIÓ DE TRAUMA-informed practice – UK Government, 2022)



Aspectes clau de la conscienciació sobre el trauma:

- **Comprendre l'impacte del trauma**:Reconèixer els efectes ensalut física i mental, comportament i relacions.
- **Reconéixer signes i símptomes**:Identificar canvis de comportament, angoixa emocional o manifestacions físiques.
  Coneixement dels factors desencadenants:Sàpiga que certessituacions, entorns o estímulspot provocar reaccions traumàtiques.
- **Promoure la seguretat i la confiança**:Encoratjarseguretat física i emocionali reduir el risc de retraumatització.
- **Adopció de pràctiques basades en la comprensió del trauma:**Ofertaopcions, col·laboració i empoderament.
- **Prevenció de la retraumatització:** Eviteu accions o situacions quereactivar traumes del passat.
- **Buscant suport professional:** Fomentar que les persones hi accedeixinterapeutes o professionals qualificatsquan sigui necessari.

UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 3 - CONSCIENCIACIÓ SOBRE EL TRAUMA I ELS DIFERENTS TIPUS DE TRAUMA

Per què és important la conscienciació sobre el trauma?

- Millora la comprensió del trauma i el seu **impacte a l'individu**.
- Millora el **suport** ofert a les persones afectades.
- Ajuda a reduir l'estigma.
- Promou cicatrització.
- Condueix a **millors resultats personals i socials.**

El trauma es pot classificar àmpliament en **agut, crònic i complex tipus**:

- **Trauma agut:** Un únic esdeveniment estressant.
- **Trauma crònic:** Exposició per llongada a situacions estressants.
- **Trauma complex:** Experiències traumàtiques repetides o variades.

Alguns exemples són::

- **Single event trauma** – happened once.
- **Trauma per esdeveniment únic–** va passar una vegada.
- **Trauma del desenvolupament–** Traumes a la infància que afecten el creixement i les relacions.
- **Trauma intergeneracional–** trauma transmès de generació en generació.
- **Trauma històric–** abús institucional, per exemple, abús físic, sexual o emocional.
- **Trauma en immigrants, refugiats, grups marginats o de minories ètniques.**
- **Trauma secundari-** trauma indirecte a través de la connexió amb l'experiència d'una altra persona.
- **Trauma vicari-** Malestar emocional/psicològic derivat de l'exposició empàtica al trauma aliè; efecte acumulatiu que afecta la visió del món i provoca ansietat, pensaments intrusius i irritabilitat.

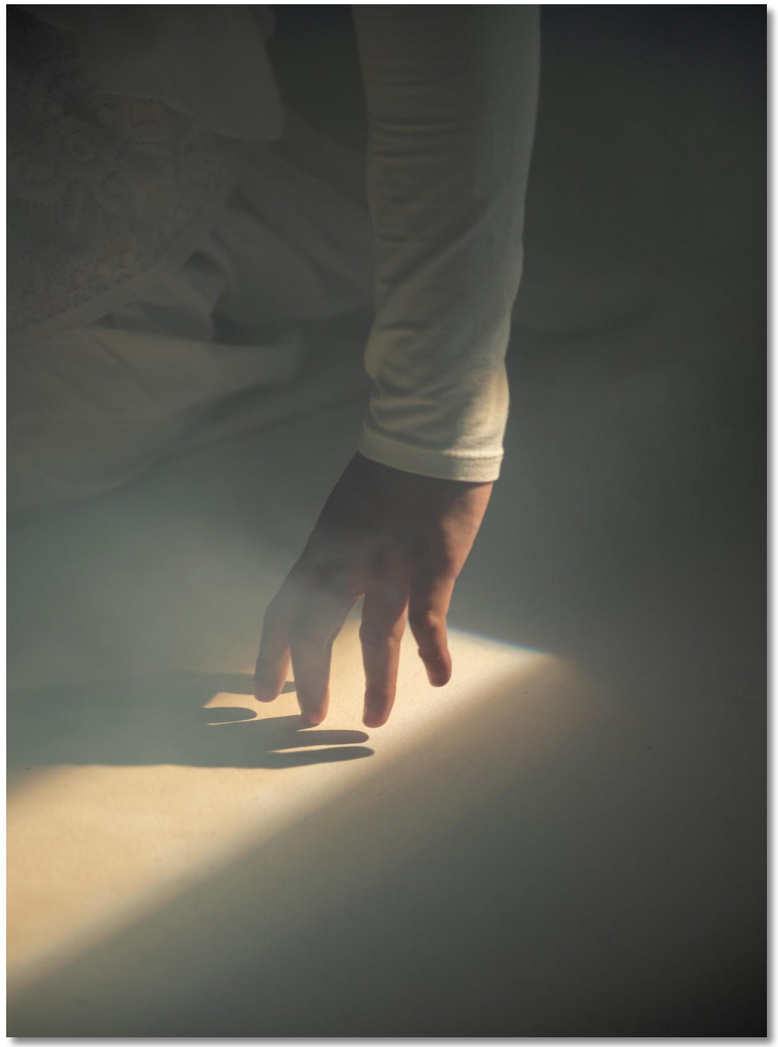
UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 3 - CONSCIENCIACIÓ SOBRE EL TRAUMA I ELS DIFERENTS TIPUS DE TRAUMA

Trauma d'hora o del desenvolupament passa durant **infància**, sovint implicant interrupcions en la cura, negligència o abús repetit. Aquestes experiències afecten a:

- **Desenvolupament social, emocional i físic**
- Capacitat de **performar i mantenir relacions**
- **Sensació de seguretat, protecció i confiança.**

El trauma no resolt **persisteix al cos** influint profundament a la vida quotidiana.



Recomanacions per veure: Video sobre el desenvolupament del trauma

UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 3 - CONSCIENCIACIÓ SOBRE EL TRAUMA I ELS DIFERENTS TIPUS DE TRAUMA

Trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT)

El **trastorn d'estrès posttraumàtic** és una condició de salut mental causada per un esdeveniment **extremadament estressant o aterridor** ja sigui experimentant-ho directament o presenciant-ho.

Els síntomes comuns inclouen:

- **Retrospectives**
- **Malsons**
- Ansietat severa
- Pensaments incontrolables sobre l'esdeveniment

Distinció entre TEPT i TEPT complex

El trastorn d'estrès posttraumàtic pot ser resultat d'un esdeveniment traumàtic únic.

El trastorn d'estrès posttraumàtic complex està vinculat a trauma perllongat o repetit, sovint a relacions interpersonals.

El TEPT complex inclou totsíntomes del TEPT, a més:

- **Dificultat per regular les emocions**
- **Desafiaments** amb identitat
- Problemes **amb relacions**

Nota: *La majoria de les persones es recuperen amb el temps amb les cures adequades. Símptomes que duren* ***mesos o anys*** *i que afecti el funcionament diari pot indicar un trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT).* ***El tractament és important*** *per alleujar els símptomes i millorar la vida diària.*

UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 3 - CONSCIENCIACIÓ SOBRE EL TRAUMA I ELS DIFERENTS TIPUS DE TRAUMA

Símptomes del TEPT

Poden aparèixer símptomes **després de 3 mesos** de l'esdeveniment traumàtic, però de vegades anys després. Poden durar **molt de temps** i afectar a:

- interaccions socials
- rendiment laboral o escolar
- rutines diàries

Els símptomes del TEPT generalment s'agrupen en **cinc categories**:

1. Records intrusius

- Records angoixants repetits
- Retrospectives (reviure l'esdeveniment)
- Malsons
- Reaccions emocionals o físiques severes davant dels recordatoris.

2. Evitació

- Evitar pensaments o converses sobre l'esdeveniment.
- Evitar llocs, activitats o persones que desencadenen records.

3. Canvis en les reaccions físiques i emocionals (activació)

- Sobresaltar fàcilment
- Sempre a guàrdia
- Comportaments autodestructius (per exemple, beure massa, conduir de forma temerària)
- Problemes per dormir
- Dificultats de concentració
- Irritabilitat, ira, agressió
- Reaccions físiques: sudoració, taquicàrdia, tremolors

UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 3 - CONSCIENCIACIÓ SOBRE EL TRAUMA I ELS DIFERENTS TIPUS DE TRAUMA

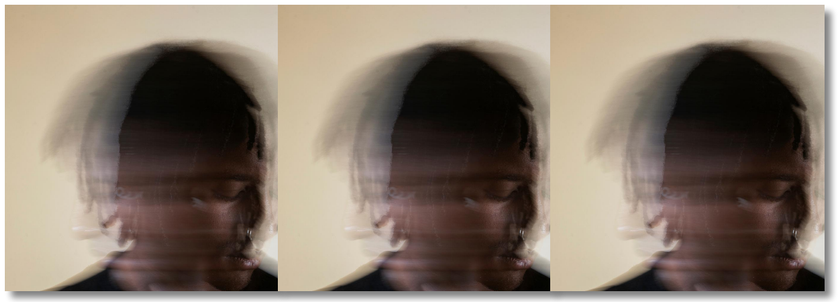
Símptomes del TEPT

4. Canvies negatius en el pensament i l'estat d'ànim

- Pensaments negatius sobre un mateix, els altres o el món.
- Emocions negatives persistents: por, culpa, vergonya, ira
- Problemes de memòria relacionats amb el trauma
- Sentir-se allunyat de la família o dels amics.
- Dificultat per sentir emocions positives
- Entumiment emocional

5. Changes in Physical and Emotional Reactions (Arousal)

- Sobresaltar fàcilment
- Sempre a guàrdia
- Comportaments autodestructius (per exemple, beure
- massa, conduir de forma temerària)
- Problemes per dormir
- Dificultats de concentració
- Irritabilitat, ira, agressió
- Reaccions físiques: sudoració, taquicàrdia, tremolors

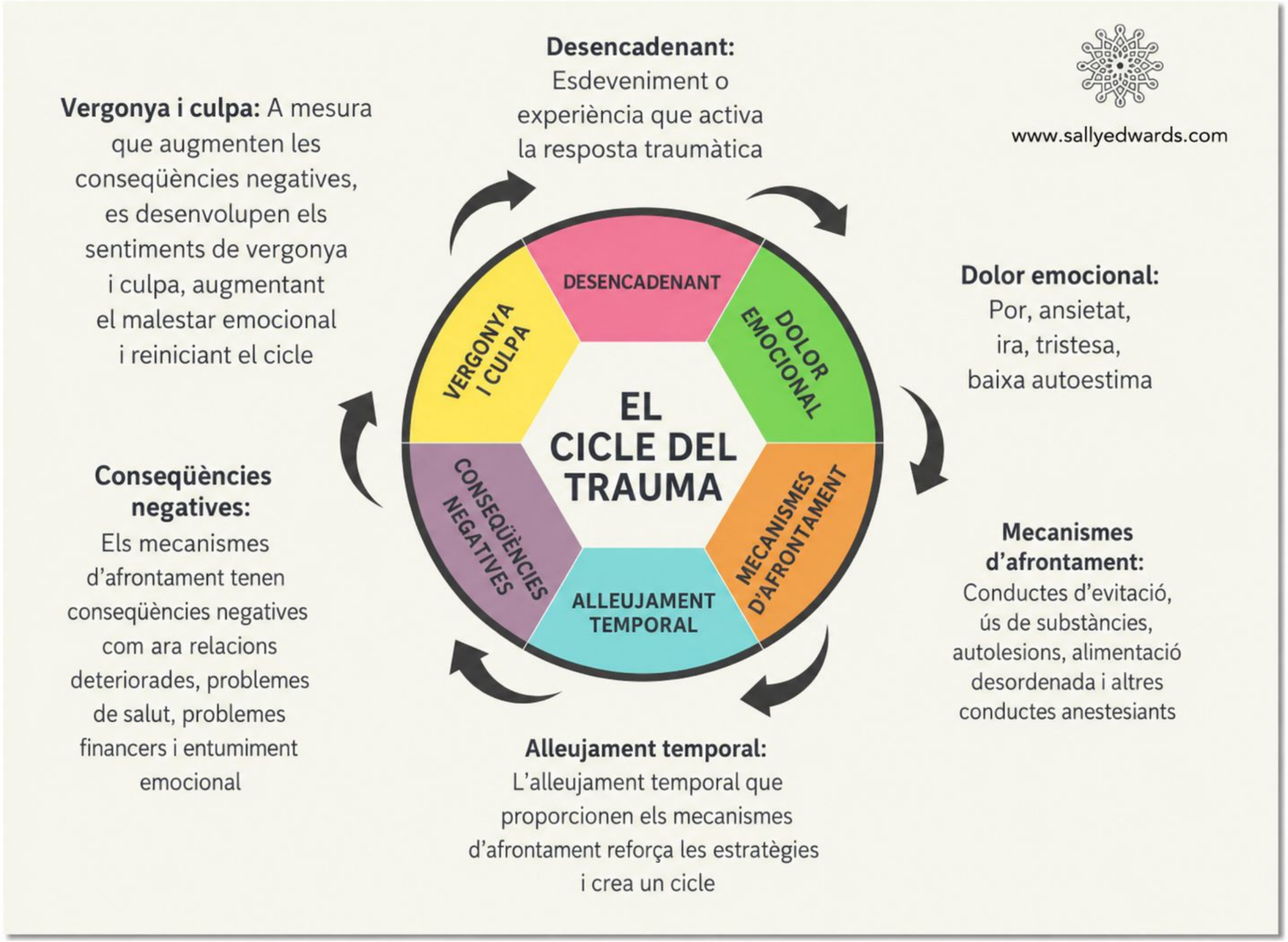


For children under 6 years old:

- *Recrear el trauma a través de jugar*
- *Sons aterridors amb o sense contingut traumàtic directe*

UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 3 - CONSCIENCIACIÓ SOBRE EL TRAUMA I ELS DIFERENTS TIPUS DE TRAUMA



UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 3 - CONSCIENCIACIÓ SOBRE EL TRAUMA I ELS DIFERENTS TIPUS DE TRAUMA

Intensitat dels símptomes

- Els símptomes poden **fluctuar** amb el temps.
- Estrès o **recordatoris del trauma** (llocs, esdeveniments, aniversaris) poden **augment dels símptomes**.
  - Exemple: Un petardeig d'un cotxe pot desencadenar combat de **flashbacks.**
  - Veure notícies pot desencadenar records d'agressió



Recomanacions per a veure: Vídeo sobre com reconèixer un trauma del professor Van der Kolk

UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 3 - CONSCIENCIACIÓ SOBRE EL TRAUMA I ELS DIFERENTS TIPUS DE TRAUMA

Trauma entre dones que viuen en situació de carrer

El trauma pot diferir per sexe. Les dones tendeixen a experimentar més violència interpersonal i de **gènere**.

Tipus de trauma que poden experimentar les dones:

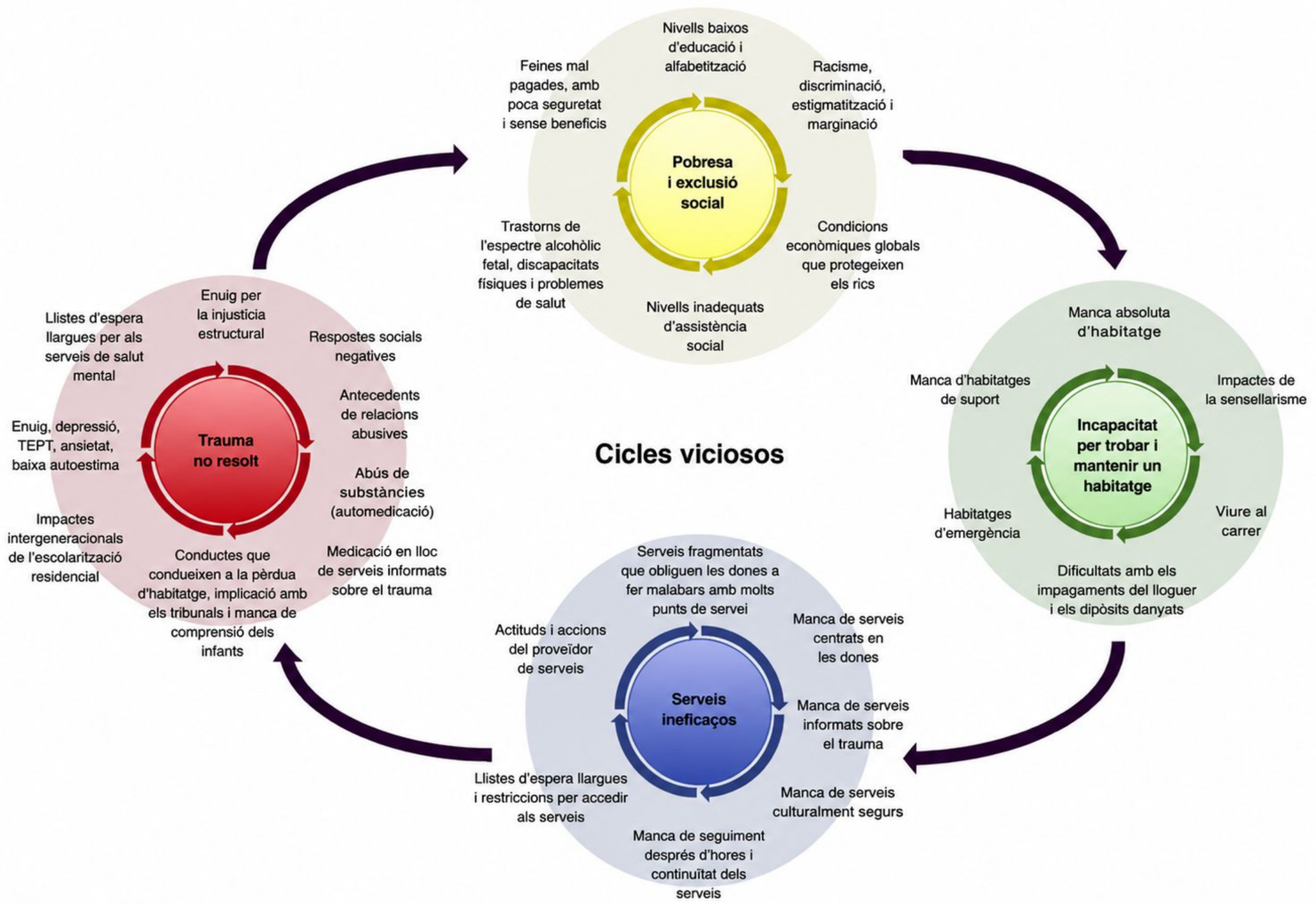
1. **Trauma infantil**
2. **Violència de parella**
3. **Violència i explotació sexual.**
4. **Trauma patit durant la situació d'indigència.**



UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 3 - CONSCIENCIACIÓ SOBRE EL TRAUMA I ELS DIFERENTS TIPUS DE TRAUMA

Trajectòries de la situació de les dones sense llar als tres territoris del nord del Canadà.



UNITAT 1:

SECCIÓ 4

IMPACTES CONDUCTUAL I NEUROLÒGICS DEL TRAUMA A L'INDIVIDU

UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 4 - IMPACTES CONDUCTUAL I NEUROLÒGICS DEL TRAUMA A L'INDIVIDU

Impactes en el comportament

El trauma pot tenir efectes significatius en el comportament, influint en com les persones actuen, pensen i interactuen amb el món.

Com ens afecta el trauma internament

Quan experimenten un trauma, els individus poden funcionar en mode supervivència:

- Sentiment insegur i hipervigilant
- **Relacions** poden resultar confuses o amenaçants
- Alternant entre **hiperactivació** (alerta màxima) i **hiperactivació** (entumiment, manca d'energia)
- Percebre als altres com **amenaçants**, basat en el to, la postura o l'expressió
- Experimentant **malestar físic** a causa de l'estrès crònic
- Dificultat en **comprendre i expressar emocions**
  - Les emocions es poden sentir **immanejables** o **amenaçants**
  - Problema en **identificar o anomenar emocions**
  - **Entumiment emocional**, crònic, buit, **empatia limitada**
- Desenvolupament **d'estratègies d'afrontament poc saludables**: evitació, supressió, remugació, negació,autoculpabilització
- **Impactes cognitius**: deteriorament en la presa de decisions, el judici, el raonament, la planificació, la resolució de problemes, la retenció i el control dels impulsos.



UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 4 - IMPACTES CONDUCTUAL I NEUROLÒGICS DEL TRAUMA A L'INDIVIDU

Signes conductuals de trauma

Les persones que han experimentat un trauma poden:

- Lluitar amb **l'autoregulació** i **control d'impulsos**
- Reaccionar **defensivament** o **agressivament**
- Tenir dificultats per considerar **conseqüències** de les seves 'accions
- Aparèixer **desconnectat, absent o desconnectat de la realitat**.
- Tenir **col·lapses** per esdeveniments menors
- Espectacle reaccions **impredictibles, opositores o extremes**

Comportaments d'alt risc pot incloure:

- Autolesions
- pràctiques sexuals insegures
- Ús o abús de substàncies
- Activitats il·legals
- Agressió
- Fugint
- Treball sexual

Pautes per treballar amb persones que han experimentat un trauma

Formes pràctiques de respondre:

- Sigueu coherents en les vostres accions i en el vostre llenguatge.
- Escolta la persona
- Conèixer els factors desencadenants de la persona
- Respectar la privadesa de la persona
- Ajuda la persona a trobar suport.
- Cuida la teva pròpia salut mental
  Connecta't amb els teus companys per obtenir suport.

Evitar:

- Judgement
- Judici
- Prendre el control de situacions
- Lluites de poder
- Eliminar estratègies d'afrontament poc saludables sense alternatives de suport.

ADONAR-SE què és el trauma

RECONEIXER el trauma a les persones beneficiàries

MANTENDRE la teva pròpia **salut mental** recolzada ("omple la teva tassa")

RESPONDRE amb compassió i corregulació

UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 4 - IMPACTES CONDUCTUAL I NEUROLÒGICS DEL TRAUMA A L'INDIVIDU



Diagrama de flux de detonant CPTSD - Una creació de @Mentalhealthyxe

UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 4 - IMPACTES CONDUCTUAL I NEUROLÒGICS DEL TRAUMA A L'INDIVIDU



UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 4 - IMPACTES CONDUCTUAL I NEUROLÒGICS DEL TRAUMA A L'INDIVIDU

ACTIVITAT 2.3 - QUINES RESPOSTES AL TRAUMA POT OBSERVAR EN LES SPERSONES BENEFICIÀRIES? COM PODEM DONAR SUPORT A LES PERSONES BENEFICIÀRIES? COM PODEM MANEJAR L'IMPACTE EMOCIONAL EN NOSALTRES?

30 MINUTS

Preparació

Divideixen el grup per formar grups de 6 o 7 persones.

Activitat

Fes-te les preguntes següents:

- Quines respostes traumàtiques podem observar al les persones beneficiàries com a resultat d'un trauma i què podem fer per ajudar?
- Com podem gestionar l'impacte emocional que això té en nosaltres com a professionals?

En resum

Reflexiona sobre les respostes.



UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 4 - IMPACTES CONDUCTUAL I NEUROLÒGICS DEL TRAUMA A L'INDIVIDU

Impactes neurològics; el trastorn d'estrès posttraumàtic i el cervell

El trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT) afecta significativament el cervell, alterant-ne l'estructura i la funció en àrees clau. Sovint s'observen canvis a l'hipocamp, l'amígdala i l'escorça prefrontal, crucials per al processament emocional, la memòria i la regulació de les respostes a l'estrès. Aquests canvis poden provocar símptomes com records intrusius, malsons, hipervigilància i dificultat per regular les emocions.

Àrees específiques del cervell i les seves funcions:

- **Hipocamp**

  Menor en persones amb TEPT, cosa que afecta la memòria i el processament emocional, contribuint potencialment als flashbacks i els malsons.

- **Amigdala**

  Hiperactivitat en persones amb TEPT, cosa que comporta un augment de l'ansietat, respostes de por i dificultat per regular les reaccions emocionals.

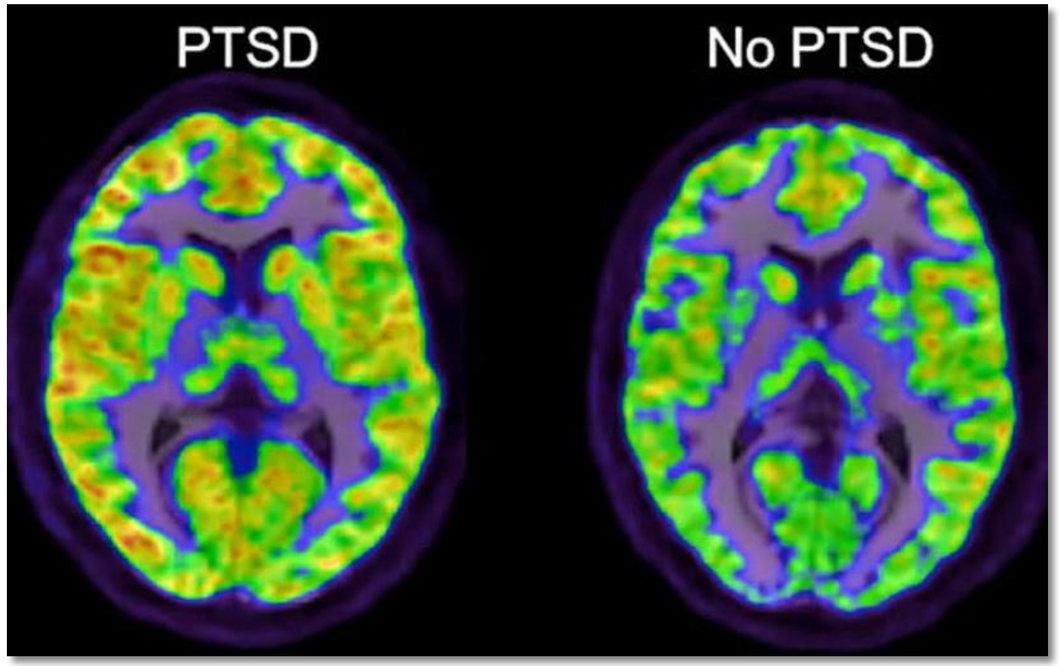
- **Prefrontal cortex**

  Pot presentar menor activitat o connectivitat reduïda, cosa que afecta la regulació emocional, la presa de decisions i les funcions executives.

- **Anterior cingulate cortex (ACC)**

  La reducció del volum i l'activitat en aquesta àrea, que intervé en l'atenció, la presa de decisions i la regulació emocional, també es pot observar en el trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT).

El trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT) es pot detectar mitjançant tècniques de neuroimatge com la tomografia per emissió de positrons (PET). Aquestes tècniques poden revelar patrons d'activitat característics, com ara un augment de l'activitat a l'amígdala i una disminució a l'escorça prefrontal. Aquestes troballes aporten informació valuosa sobre les bases neurobiològiques del TEPT i poden contribuir al desenvolupament de tractaments específics.



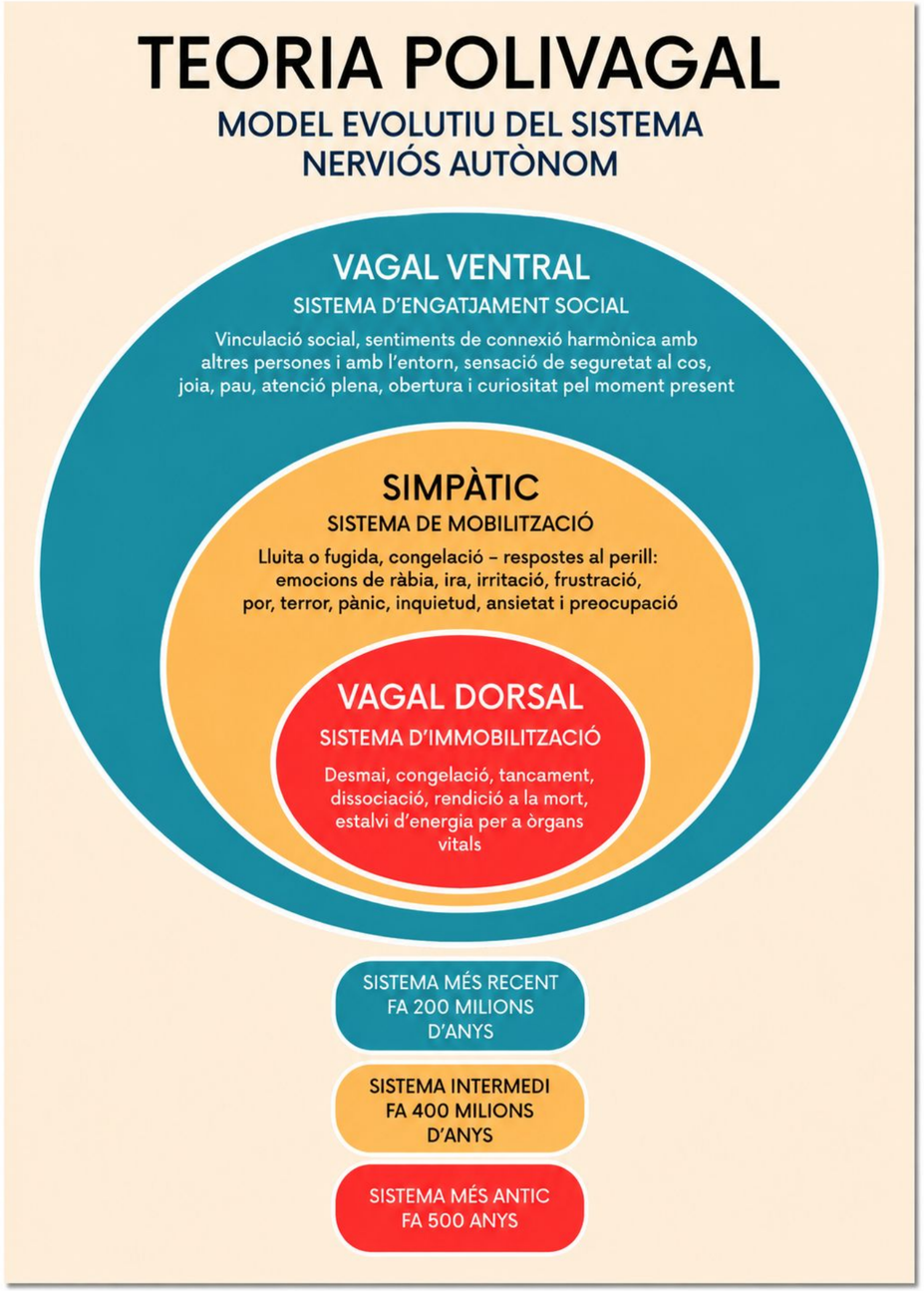
UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 4 - IMPACTES CONDUCTUAL I NEUROLÒGICS DEL TRAUMA A L'INDIVIDU

Una teoria poligaval (1)

Un component fonamental del parasimpàtic al sistema nerviós és el nervi vague, responsable de la sensibilitat visceral, estimula els músculs del tracte digestiu i disminueix la freqüència cardíaca. A més, ajuda a modular les respostes del cos davant de situacions com l'estrès crònic, la por i el trauma.

- **Experiències traumàtiques:** Això pot contribuir a una hiperactivitat del nervi gandul, cosa que provoca ansietat, canvis d'humor, nàusees i dolor. Els alts nivells d'estrès i ansietat també poden activar el nervi vague quan se sobreestimula, cosa que pot causar símptomes com vòmits, marejos i dolor abdominal.
- **Esdeveniments traumàtics:** Això força el sistema nerviós més enllà de la capacitat d'autoregulació. En alguns casos, el sistema queda bloquejat en estat d'alerta constant, cosa que provoca una sobreestimulació i la incapacitat de calmar-se. L'ansietat, la ira, la inquietud, el pànic i la hiperactivitat poden persistir en mantenir-se en aquest estat d'alerta constant.



UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 4 - IMPACTES CONDUCTUAL I NEUROLÒGICS DEL TRAUMA A L'INDIVIDU

Una teoria poligaval (2)

Mira el vídeo per comprendre i aprendre més sobre la perspectiva polivagal. Vídeo sobre Trauma i sistema nerviós: una perspectiva polivagal

Fonts d'esperança

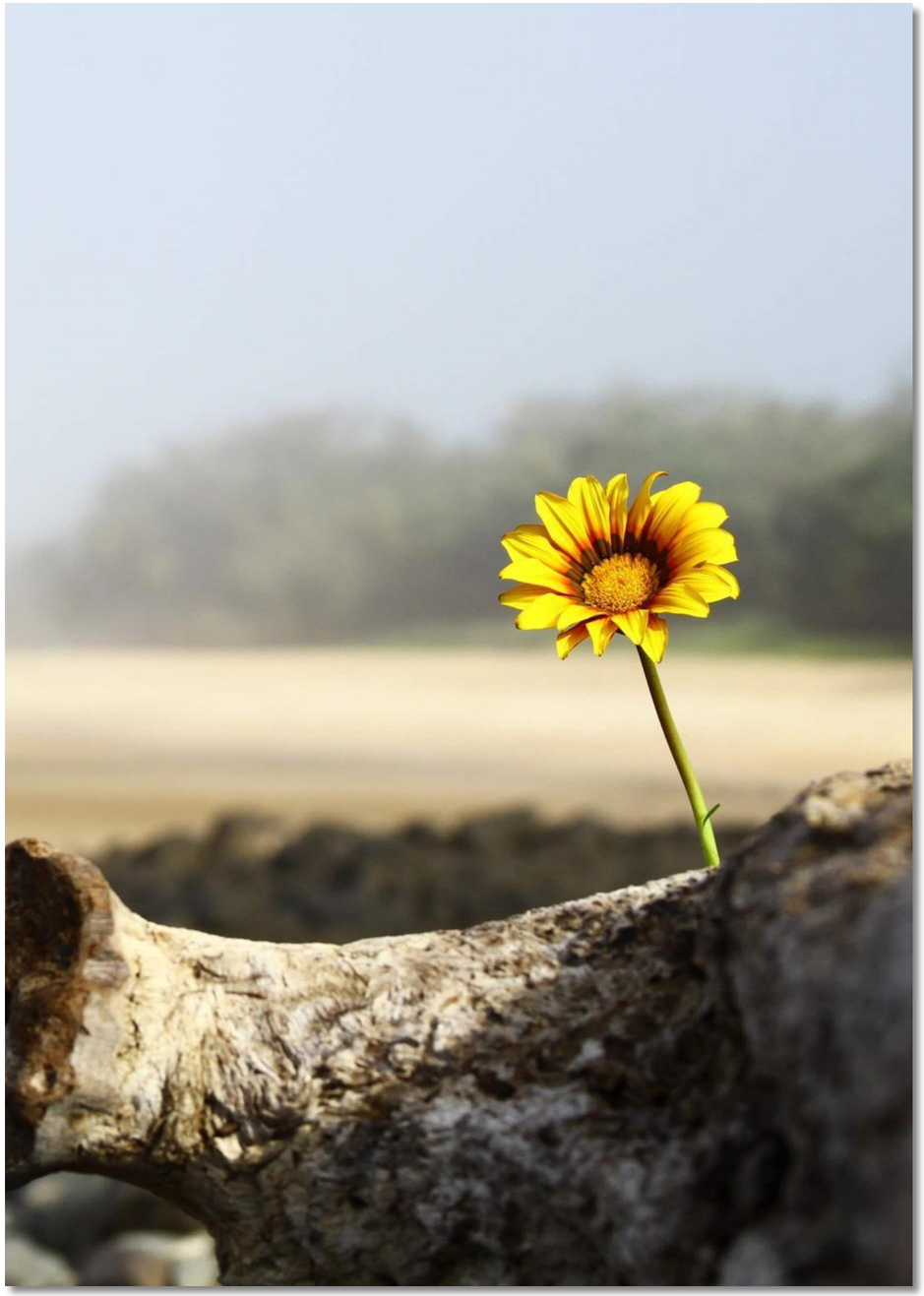
Plasticitat cerebral: Al llarg de tota la nostra vida, el cervell es continua modificant en resposta a les experiències.

Resiliència: Cada persona que ha sobreviscut a un trauma és resilient davant de la manera com ha suportat i sobreviscut.

Creixement posttraumàtic:

Sanació somàtica: Un cos que viu en mode de supervivència: regulació del sistema nerviós.

Reparació de la relació: Els estils d'aferrament poden canviar d'insegurs a assegurances en relacions sanes posteriors.



UNITAT 1:

SECCIÓ 5

SUPORT ENTRE IGUALS

UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 5 - SUPORT ENTRE IGUALS

Suport entre iguals a l'atenció informada sobre el trauma:

El suport entre iguals és únic i beneficia els supervivents de traumes en brindar-los diversos tipus de suport, **consells pràctics** i esperança per al futur. També ajuda els supervivents de trauma a sentir-se com si **no estiguessin sols** en el procés.

Per què és important el suport entre iguals:

Fomenta un sentit de **seguretat, connexió i empoderament.** En compartir **experiències viscudes** i oferint suport mutu, els treballadors entre iguals ajuden a trencar **sentiments d'aïllament**, generar confiança i promoure **curació i recuperació.**

Consideracions importants per als acompanyants entre iguals:

- Ha de tenir **experiència personal** amb problemes de salut mental, consum de substàncies, manca d'habitatge o altres reptes importants.
- Hauria de ser **activament en recuperació** o haver demostrat haver superat aquests obstacles durant almenys un any.
- Sentir-se còmode de **compartir experiències personals** i sistemes de navegació amb què han tingut experiència.
- Capaç de construir **relacions de confiança** i **respecte mutu, empatia i absència de prejudicis.**
- Mantenir una **perspectiva positiva** i inspirar esperança.
- Capaç de **defendre's** per a si mateixos i per als altres, comprenent els drets i els sistemes.
- Estar a un **lloc saludable en el camí cap a la recuperació**, gestionant el seu propi benestar alhora que donant suport als altres.
- Avaluar **necessitats de suport** i remetre a les persones beneficiàries als recursos adequats quan calgui.
- Requerir **formació adequada i supervisió contínua.**

UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 5 - SUPORT ENTRE IGUALS

Quin és el rol del suport entre iguals?

Role of Suport entre iguals:

El suport entre iguals promou recuperació i benestar .Compartir experiències ajuda a reduir l'aïllament i estigma.

Pot incloure:

- **Interaccions individuals**
- **Grups de suport entre iguals**
- **Marc basat en les fortaleses**, emfatitzant la seguretat **física, psicològica i emocional**
- Oportunitats per als supervivents per **reconstruir la sensació de control i empoderament.**

Quatre tasques del suport entre iguals:

1. Construeix connexions
2. Ajudeu-vos mútuament a comprendre com arribem a saber el que sabem (cosmovisió).
3. Redefinir la salut com a procés compartit d'aprenentatge i creixement (mutualitat).
4. Centrem-nos en avançar cap al que volem, en lloc d'allunyar-nos del que no volem.

*Segons SAMHSA (2024), el suport entre iguals és "un sistema on les persones amb **experiència viscuda** les persones amb problemes de salut mental, trastorns per consum de substàncies o tots dos, brinden suport als qui enfrenten desafiaments similars."*

UNITAT 1 – COMPRENSIÓ DEL TRAUMA COMPLEX

SECCIÓ 5 - SUPORT ENTRE IGUALS

Facilitar el suport entre iguals:

- Ser **disponible**
- Proporcioneu un **espai segur** per compartir idees
- **Escolta amb atenció, amb ment oberta i sense jutjar.**
- Ser **amable, empàtic i comprensiu**, compartint experiències per assegurar que la persona **no se sent sola**

Tipus de suport entre iguals:

- Suport en línia i telefònic
- Suport individualitzat
- Suport de grup informal
- Suport formal del grup



UNITAT 2:

INTERSECCIONALITAT ENTRE TRAUMA, FALTA D'HABITATGE I CONSUM DE DROGUES

UNITAT 2:

SECCIÓ 1

TRAUMA, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I AFERRAMENTT

UNITAT 2 – INTERSECCIONALITAT ENTRE TRAUMA, MANCA D'HABITATGE I CONSUM DE DROGUES

SECCIÓ 1 - TRAUMA, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I AFERRAMENT

TRAUMA, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I AFERRAMENT

En examinar la relació entre **trauma, manca d'habitatge i consum de drogues**, és útil considerar un talent de fixació.

Teoria de l'aferrament, desenvolupat per John Bowlby, explica als humans la **necessitat biològica de connexió.** El consum de substàncies es pot entendre com"**automedicació**", una forma de compensar **manca d'estratègies d'aferrament.** La teoria de l'aferrament suggereix una via des de l'aferrament insegur a **trastorns per consum de substàncies** i, a la inversa, que l'abús de substàncies pot afectar negativament la seguretat de l'aferrament.

A la infància, l'aferrament segur es forma quan un cuidador és càlid, protector, constant i atent a les necessitats del nen. L'aferrament insegur sorgeix quan els cuidadors són inconsistents en respondre a les necessitats físiques o emocionals. L'aferrament d'hora en crea una **plantilla per a relacions futures,** influint en com ens relacionem amb els altres, el **món i nosaltres mateixos.**



UNITAT 2 – INTERSECCIONALITAT ENTRE TRAUMA, MANCA D'HABITATGE I CONSUM DE DROGUES

SECCIÓ 1 - TRAUMA, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I AFERRAMENT

Com es relaciona això amb el trauma?

Els éssers humans tenen dues necessitats fonamentals: **autenticitat** (connexió amb un mateix) i **adjunt** (connexió amb els altres). Una **manca de base segura** pot conduir a patrons d'aferrament insegur, incloent-hi **autoimatges negatives** i expectatives sobre les relacions.

El **Trauma** canvia la manera com el cervell i el cos responen a l'estrès. La **resposta** de **lluita o fugida** és natural, però quan s'activa en excés, pot conduir a **estrès crònic, ansietat i altres problemes de salut mental.** Passant a drogues o alcohol pot dormir temporalment el dolor o controlar emocions intenses, però amb el temps això es pot convertir en **trastorns per consum de substàncies.** Les investigacions mostren que les persones que experimenten traumes són **major probabilitat de desenvolupar addicció.** (Dra. Britt Gottlich, 2024).



Video recomanat: Trauma i Addicció

UNITAT 2 – INTERSECCIONALITAT ENTRE TRAUMA, MANCA D'HABITATGE I CONSUM DE DROGUES

SECCIÓ 1 - TRAUMA, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I AFERRAMENT

Reconèixer l'aferrament insegur en les persones beneficiàries

Escenari 1 - Despectiu

El que observem quan algú es mostra desdenyós: gran autosuficiència, reticència a expressar necessitats o demanar suport, distanciament social.

Perspectiva de l'usuari

Gran desig d'autonomia
Desconfiat dels altres
Reticent a expressar les seves necessitats o a buscar suport.
Pot exterioritzar la frustració i la ira cap al personal.

Perspectiva del personal

Els intents de suport rebutjats generen inseguretat i malestar
La manca de retroalimentació pot generar una sensació de menyspreu.
Les necessitats de les persones beneficiàries poden ser minimitzades mentre romanguin sense ser expressades.

Escenari 2 - Preocupat

Compulsively self-reliant, distant in relationships, downplays the importance of intimate relationships.

Perspectiva de l'usuari

Alt desig de proximitat emocional i proximitat.
Busca l'aprovació i la validació dels altres.
Tem a l'abandó

Perspectiva del personal

Desperta gentilesa i compassió.
Constant i pacient, responent amb gran atenció a les necessitats. Nova línia que cerca equilibrar la dependència amb el foment de l'autonomia.

Escenari 3 - Deorganitzat

Dependent on others but avoids intimacy due to fear of rejection.
Low self-esteem and high attachment anxiety.

Perspectiva de l'usuari

Desig de proximitat però també temors
Demana suport mitjançant l'acostament i evitació.
Desconfia dels altres: espera decepció, rebuig i crítiques.

Perspectiva del personal

Els comportaments contradictoris són confusos per al personal, que no sap com respondre; Incertesa sobre com brindar suport constant;
Ansietat i esgotament

UNITAT 2 – INTERSECCIONALITAT ENTRE TRAUMA, MANCA D'HABITATGE I CONSUM DE DROGUES

SECCIÓ 1 - TRAUMA, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I AFERRAMENT

Col·locació d'una lent de fixació

- Romandre **interessat en la relació**
- Animeu els usuaris del servei a **verbalitzar necessitats** amb suport, curiositat i exploració
- Prefixació **altament enredada:**
  - Encoratjar **l'autonomia**
  - Proporcionar **contacte regular però breu**
  - Evitar brindar tranquil·litat constant.

Punt clau: *Conèixer el mateix estil d'aferrament ajuda el personal a mantenir-se atent, a percebre tant els senyals verbals com els no verbals, i a animar les persones beneficiàries a expressar les vostres necessitats ia reconstruir els vostres enllaços.*



UNITAT 2 – INTERSECCIONALITAT ENTRE TRAUMA, MANCA D'HABITATGE I CONSUM DE DROGUES

SECCIÓ 1 - TRAUMA, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I AFERRAMENT

Trauma, manca d'habitatge i consum de drogues

Aquests factors són **interconnectats,** sovint creant un **cercle viciós:**

Trauma i salut mental:

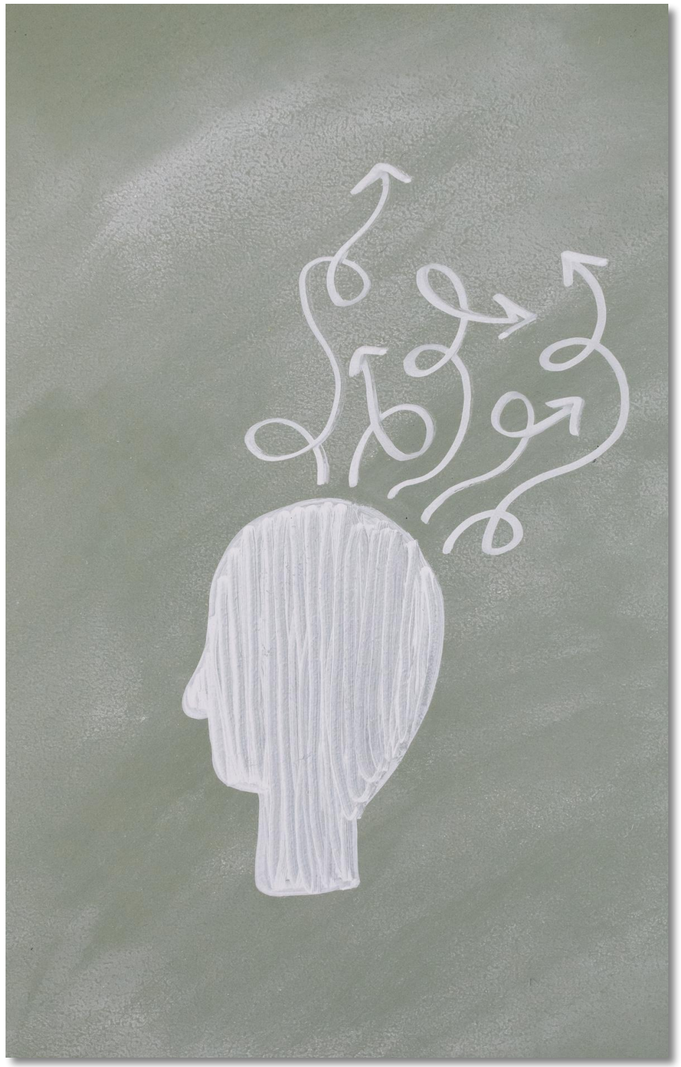
El trauma pot provocar **trastorn d'estrès posttraumàtic, depressió i ansietat,** cosa que dificulta la regulació de les emocions i augmenta el risc de **consum de substàncies.**

Trauma i persones sense llar:

El trauma pot alterar les **connexions socials, ocupació i estabilitat de l'habitatge**, augmentant el risc de quedar-se sense llar. Per exemple, la **violència de gènere** pot obligar algú a abandonar casa seva.

Persones sense llar i consum de drogues:

Els factors d'estrès ambiental com l'**aïllament social, manca de recursos i exposició a les drogues** augmentar la vulnerabilitat. El fàcil accés a les drogues dins de les comunitats sense llar pot contribuir al **consum de substàncies.**



UNITAT 2 – INTERSECCIONALITAT ENTRE TRAUMA, MANCA D'HABITATGE I CONSUM DE DROGUES

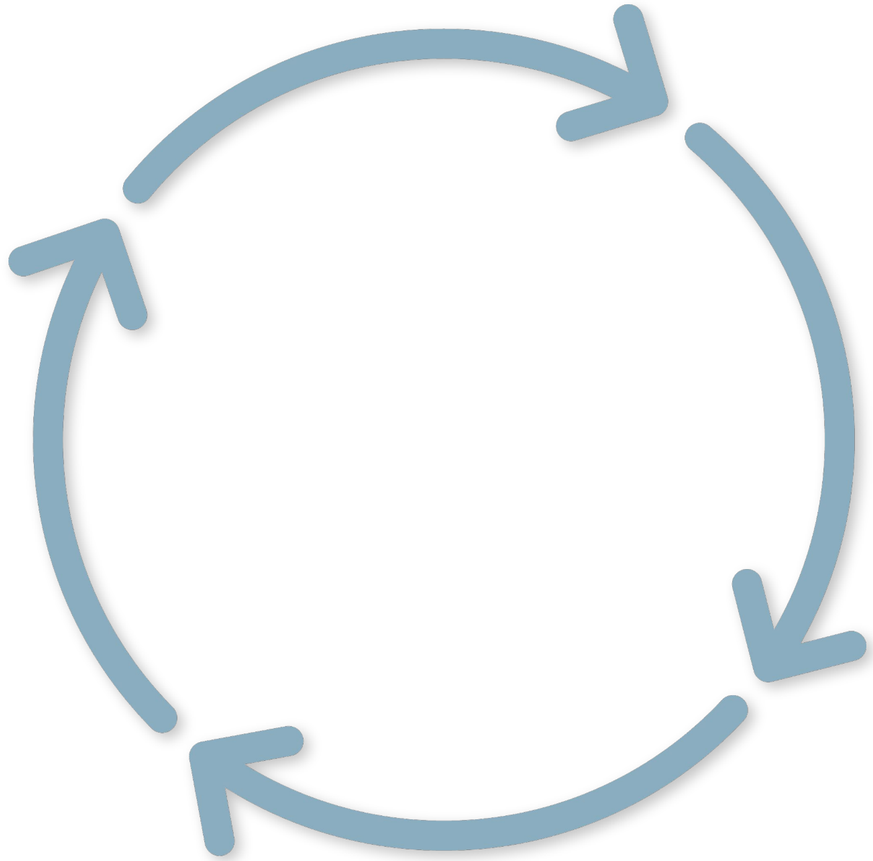
SECCIÓ 1 - TRAUMA, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I AFERRAMENT

El cicle

Trauma → problemes de salut mental → estrès per manca d'habitatge → **consum de substàncies**→ empitjorament de la salut mental → manca d'habitatge perllongat.

Abordant el cicle:

- **Atenció informada sobre el trauma:** ajuda les persones a desenvolupar mecanismes d'afrontament saludables
- **serveis de salut mental:** proporcionant teràpia i medicació
- **Habitatge i suport a l'ocupació:** estabilitzar vides i reduir el risc de quedar-se sense llar.



UNITAT 2 – INTERSECCIONALITAT ENTRE TRAUMA, MANCA D'HABITATGE I CONSUM DE DROGUES

SECCIÓ 1 - TRAUMA, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I AFERRAMENT

FEANTSA

FEANTSA emfatitza **mesurar l'impacte de les intervencions** per entendre què funciona. L'atenció **informada sobre el trauma és eficaç sense augmentar els costos** si implica canvis en actitud i **enfocament a la feina** en comptes de nous recursos.

Recomanacions clau:

- Crear un **entorn físic segur**
- Desenvolupar serveis assumint que els **usuaris del servei gestionen els efectes del trauma**
- Minimitzar **barreres d'accés** (llindar baix, reducció de danys)
- Eviteu les pràctiques traumatitzants (per exemple, normes autoritàries estrictes).
- Aplicar un **enfocament de gènere**
- Establir **relacions afectuoses i duradores**
- Proporcionar **formació i atenció informada sobre el trauma**
- Realitzar serveis **orientats a l'usuari, basats en fortaleses**
- Suport al **benestar emocional del personal**

UNITAT 2 – INTERSECCIONALITAT ENTRE TRAUMA, MANCA D'HABITATGE I CONSUM DE DROGUES

SECCIÓ 1 - TRAUMA, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I AFERRAMENT

L'estudi sobre les Experiències Adverses a la Infància (EAI):

Les experiències adverses a la infància són esdeveniments traumàtics abans dels 18 anys, incloent-hi **l'abús, negligència o disfunció domèstica.** El cervell dels nens és altament sensible; l'adversitat primerenca pot alterar el **desenvolupament cerebra**l i afectar el sistema immunitari, cosa que comporta impactes negatius a llarg termini en **salut física, mental i social.**

Principals conclusions:

- Fort enllaç entre reconte **d'ACE i mals resultats de salut a l'edat adulta**
- Les experiències adverses a la infància (ACE, per les sigles en anglès) inclouen: abús físic, sexual i emocional; negligència; malaltia mental dels pares; abús de substàncies a la llar; empresonament; pèrdua d'un pare; presenciar violència domèstica.

Puntuacions ACE:

- El rang va de 0 a 10, i les puntuacions més altes indiquen **major exposició a l'adversitat**
- Les puntuacions altes (4+) estan associades amb major risc per a la **salut i el benestar**



UNITAT 2 – INTERSECCIONALITAT ENTRE TRAUMA, MANCA D'HABITATGE I CONSUM DE DROGUES

SECCIÓ 1 - TRAUMA, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I AFERRAMENT

Estudi comunitari de Cork Simon (2017)

El 2017, **Lambert i Emerson** van realitzar l'estudi "*Avançant cap a una atenció informada sobre el trauma: investigació i pràctica*" per tal d'examinar els nivells de **trauma entre els usuaris del servei Cork Simoni** explorar com els serveis podrien respondre millor les persones amb antecedents de trauma. L'estudi va incloure **50 usuaris del servei sostingut per l'Equip Integrat per a Adults sense Llar (AHIT)**, un equip multidisciplinari finançat pel Servei Executiu de Salut que operant **refugis d'emergència i altres serveis per a persones sense llar** a la ciutat de Cork.

Dades demogràfiques dels participants:

- **Edat mitjana:** 31 (rang 20–45)
- **Gènere:** 77,6% homes, 20,4% dones
  Durada de la situació de sensellarisme:
  - Menys de cinc anys: 50%
  - 5–9 anys: 30%
  - 10 anys o més: 20%
- **Situació d'habitatge actual:** Dormir a la intempèrie, l'allotjament d'emergència, l'habitatge inestable i les formes d'allotjament més estables.



Principals conclusions:

- **100%** de participants experimenten **almenys un ACE**
- **77%** experimenten **quatre o més ACEs**– un llindar vinculat a riscos significativament més grans per a la salut i el benestar.

ACEs amb més puntuació:

- **Abús verbal:** 75% (10 vegades superior a la població general)
- **Abús de substàncies a la família:** 71% (2,6 vegades superior a la població general)
- **Abús físic:** 67% (2,4 vegades superior a la població general)

- A **sobre d'un terç** de participants experimenten **abús sexual,** i **negligència física** i dos terços van **suportar negligència emocional**
- Més del **70%** vivia amb algú que tenia un **problema d'addicció,** a sobre de **50%** vivia amb algú amb **dificultats de salut mental,** la meitat va créixer en **famílies monoparentals** si al voltant d'un terç va créixer amb **familiars a la presó**
- **Violència domèstica:** El 40% va presenciar violència contra la seva mare.

UNITAT 2 – INTERSECCIONALITAT ENTRE TRAUMA, MANCA D'HABITATGE I CONSUM DE DROGUES

SECCIÓ 1 - TRAUMA, CONSUM DE SUBSTÀNCIES I AFERRAMENT

Diferències de gènere:

- **Les dones** van reportar taxes més altes **d'abús sexual (60% davant 30% en homes), negligència emocional (100% davant 59% en homes) i pèrdua parental (60% davant 43% en homes)**
- **Els homes** van reportar taxes més altes **d'abús verbal (78% davant 70% dones) i abús de substàncies a la família (76% davant 60% dones)**

Idea clau:
*L'estudi demostra la **prevalença extremadament alta d'adversitats a la infància** entre les persones sense llar i destaca la **importància d'atenció informada sobre el trauma.** Comprendre aquestes experiències permet als serveis respondre de manera més eficaç i adaptar les intervencions per tal de **donar suport a la recuperació, la resiliència i la participació.***

Impacte de les experiències adverses a la infància en la manca d'habitatge:

- Les puntuacions altes d'ACE es correlacionen fortament amb **períodes més llargs de manca d'habitatge**
- Les puntuacions ACE de 4 o més es van associar amb **pitjors resultats en múltiples factors de salut i benestar,** incloent-hi una **pitjor salut mental, més exposició a traumes i malalties greus.**
- Les puntuacions altes d'ACE també van afectar la **interacció amb els serveis,** el que dona lloc a desafiaments com:
  - Dificultat en **interpretar senyals socials i facials**
  - **Respostes d'ensurt intensificades**
  - **Comportaments d'evitació**
  - **Problemes de memòria**
  - **Presa de decisions deficient**
  - **Agressió**

UNITAT 2:

SECCIÓ 2

ADAPTACIONS DE SUPERVIVÈNCIA

UNITAT 2 – INTERSECCIONALITAT ENTRE TRAUMA, MANCA D'HABITATGE I CONSUM DE DROGUES

SECCIÓ 2 - ADAPTACIONS DE SUPERVIVÈNCIA

ADAPTACIONS DE SUPERVIVÈNCIA

Les perspones supervivents de traumes sovint desenvolupen ***adaptacions*** *per gestionar l'impacte de les seves experiències. Aquestes poden ser* ***saludables o no****, afectant les emocions, el comportament, el pensament i la salut física. Comprendre aquestes adaptacions és clau per fomentar* ***sanació, resiliència i recuperació.***

Adaptacions saludables - donar suport al processament i la regulació emocional. Tècniques com l'autocompassió **i la consciència,** ajuda els supervivents a reconèixer i validar les emocions, reduint l'impacte negatiu del trauma. Construir un**a xarxa sòlida sistema de suport** amb persones de confiança o participant en **xarxes de suport** proporciona seguretat i validació. Cercar **suport professional** incloent teràpies centrades en el trauma com **l'EMDR o el TCC,** ajuda a processar records traumàtics, desenvolupar estratègies d'afrontament i restaurar una sensació de seguretat. Participar en **activitats d'autocura** com l'exercici, els passatemps i les rutines saludables, promou l'equilibri emocional. Alhora que ajudara a **identificar fortaleses personals i establiment de metes assolibles** fomenta l'esperança i l'apoderament. L'expressió creativa, l'escriptura d'un diari i les pràctiques de moviment o ioga amb enfocament al trauma també poden reconnectar els supervivents amb els seus cossos i ajudar-los a processar el trauma.

UNITAT 2 – INTERSECCIONALITAT ENTRE TRAUMA, MANCA D'HABITATGE I CONSUM DE DROGUES

SECCIÓ 2 - ADAPTACIONS DE SUPERVIVÈNCIA

ADAPTACIONS DE SUPERVIVÈNCIA (2)

Adaptacions poc saludables poden proporcionar alleugeriment a curt termini, però dificultar la recuperació a llarg termini. Entre ells s'inclouen:

- **Supressió o evitació emocional** com ara silenciar els sentiments o evitar els desencadenants.
- **Canvis de comportament** com l'aïllament social, l'agressivitat o el consum de substàncies.
- **Patrons cognitius negatius** incloent-hi l'autoculpabilització, el pensament distorsionat o les dificultats per confiar en els altres.
- **Símptomes físics, c**om dolor crònic, fatiga o problemes digestius, que reflecteixen un trauma no resolt.

Abordar aquestes adaptacions requereix **conscienciació i suport intencional.** L'autoreflexió ajuda els supervivents a reconèixer les estratègies de supervivència, mentre que l'orientació professional distingeix els mecanismes d'afrontament saludables dels no saludables. En combinar **autocompassió, fort suport social i autocura**, les persones poden adoptar estratègies més adaptatives, gestionar les seves emocions de manera eficaç i promoure el benestar a llarg termini.



Per continuar aprenent: Vídeo sobre el trauma i com afrontar-lo:

https://youtu.be/BVg2bfqblGI?si=i80BY_ZkYZIxXh8p

Punts clau a recordar:

- *Entre les estratègies saludables per fer front a les dificultats s'inclouen l'atenció plena, l'autocompassió i l'expressió creativa.*
- *Les adaptacions poc saludables solen implicar evitació, consum de substàncies o patrons de pensament negatius.*
- *El suport professional és fonamental per processar el trauma i desenvolupar la resiliència.*

UNITAT 2 – INTERSECCIONALITAT ENTRE TRAUMA, MANCA D'HABITATGE I CONSUM DE DROGUES

SECCIÓ 2 - ADAPTACIONS DE SUPERVIVÈNCIA

ACTIVITAT 2.4 - CAS CLÍNIC

30 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Preparació

L'instructor haurà de dividir els participants en grups de 6 a 7 persones i proporcionar a cada grup un estudi de cas imprès, paper i marcadors.

El formador ha de demanar al grup que assigneu:

- Una persona que haurà de llegir l'estudi de cas en veu alta.
- Una persona per prendre notes
- Una persona per presentar els vostres comentaris al grup més gran.

Dediqueu 15 minuts a la discussió i preparació en grup.

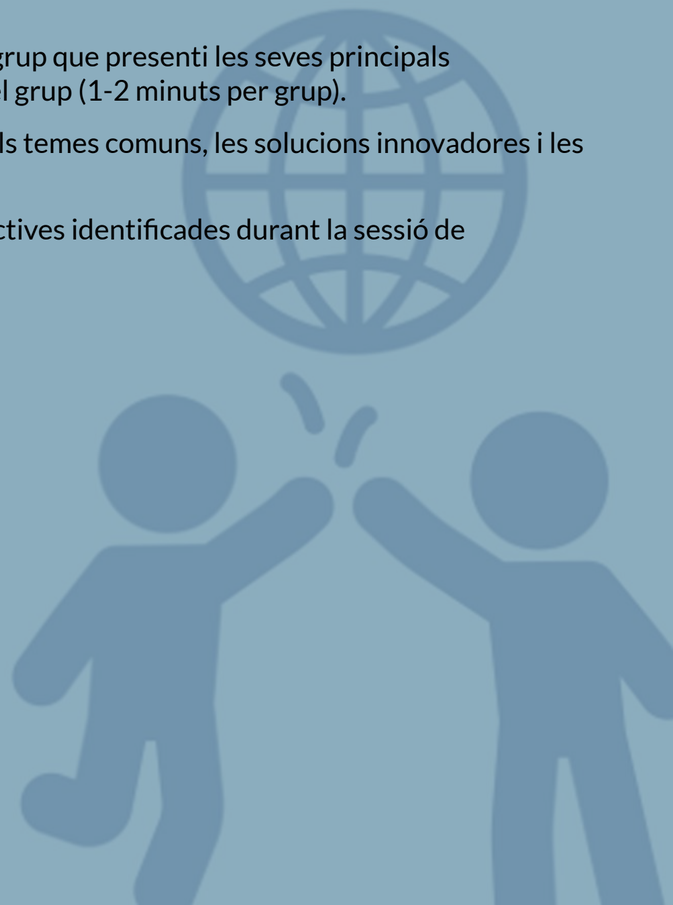
Activitat

- Indiqueu a cada grup que analitzi el trauma experimentat per la (les) persona(es) del cas d'estudi i que debati sobre el tipus de suport que podria necessitar.
- Animeu els participants a aplicar principis d'atenció informada sobre el trauma ia basar-vos en la vostra experiència personal i professional.
- Recordeu els grups que considerin tant què fer com què evitar en treballar amb persones que han patit un trauma.

Tancament

- Demaneu al representant de cada grup que presenti les seves principals conclusions i recomanacions a tot el grup (1-2 minuts per grup).
- El facilitador anota en un rodafoli els temes comuns, les solucions innovadores i les idees importants.

Resumiu i destaqueu les estratègies efectives identificades durant la sessió de retroalimentació.



UNITAT 3:

CREIXEMENT POSTTRAUMÀTIC

UNITAT 3:

SECCIÓ 1

DEFINICIÓ

UNITAT 3 – CREIXEMENT POSTTRAUMÀTIC

SECCIÓ 1 - DEFINICIÓ

Creixement posttraumàtic

Definició

El creixement posttraumàtic (CPT) es refereix als **canvis psicològics positius** que poden passar després d'experimentar un esdeveniment traumàtic. Si bé el trauma sovint causa una angoixa significativa, el PTG destaca que les persones també hi poden trobar **significat**, **resiliència i transformació** en resposta a l'adversitat. Aquests canvis poden implicar la modificació de les creences, una nova comprensió d'un mateix, dels altres i del món, o una apreciació més profunda de la vida.

Aspectes clau del creixement posttraumàtic

PTG emfatitza que el creixement pot passar **al costat del dolor del trauma** en lloc de reemplaçar-la o disminuir-la, l'anima a trobar fortalesa, propòsit i autoconeixement a través de les seves lluites.

Els resultats positius poden incloure:

- **Major força personal –** sentir-se més capaç d'afrontar els futurs reptes.
- **Major estima per la vida –** valorar les experiències i les relacions quotidianes.
- **Canvis espirituals o existencials –** reavaluar creences o trobar-ne un nou significat.
- **Millors relacions –** Major empatia, proximitat i connexió amb els altres.
- **Noves possibilitats – descobrir oportunitats de creixement personal o canvis a la vida.**

Encara que el PTG pot passar de forma natural sense teràpia formal, no està garantit per a tots i sovint es desenvolupa amb el temps. Tedeschi et al. (2018) defineixen el PTG com "*Un canvi psicològic positiu experimentat com a resultat de la lluita contra un trauma o situacions molt difícils.*"

UNITAT 3 – CREIXEMENT POSTTRAUMÀTIC

SECCIÓ 1 - DEFINICIÓ

Creixement posttraumàtic

Facilitar el creixement posttraumàtic

El PTG pot rebre suport a través de:

- **Educació** – aprendre sobre el trauma i els seus efectes.
- **Regulació emocional** – desenvolupar habilitats per manejar sentiments angoixants.
- **Divulgació** – compartir experiències de manera segura amb els altres.
- **Desenvolupament narratiu** - Donar sentit al trauma mitjançant la creació d'una història personal.
- **Servei** – ajudar els altres o participar en activitats significatives.

Recolzant els supervivents

Les persones també poden treballar en el creixement posttraumàtic processant l'experiència traumàtica i reduint la seva interferència a la vida diària. Teràpies basades en l'evidència per al trauma, com **teràpia d'exposició perllongada i teràpia de processament cognitiu**, junt amb la medicació per al control dels símptomes, pot ajudar els supervivents a suportar la situació i promoure'n la recuperació.



UNITAT 3:

SECCIÓ 2

LA FINESTRA DE TOLERÀNCIA

UNITAT 3 – CREIXEMENT POSTTRAUMÀTIC

SECCIÓ 2 - LA FINESTRA DE TOLERÀNCIA

La finestra de tolerància

La **finestra de tolerància** descriu el rang òptim d'activació emocional i psicològica on una persona pot funcionar eficaçment i regular les seves emocions. Dins aquest rang, les persones poden pensar amb claredat, gestionar els seus sentiments i respondre adequadament als desafiaments quotidians.

Quan algú hi és **fora de la finestra**, pot experimentar **hiperactivació**—sentir-se aclaparat, ansiós o enutjat— o **hipoactivació**, que pot manifestar-se com a entumiment, retraïment o desconnexió.

Importància de la finestra de tolerància

Comprendre que el marge de tolerància és essencial perquè:

- Dona suport a la **regulació emocional,** ajudant les persones a gestionar l'estrès i a respondre de manera adaptativa.
- Guia a la **recuperació de traumes**, ja que els supervivents de traumes solen tenir un marge de temps més estret i es beneficien d'estratègies que els ajuden a mantenir-s'hi.
- Informa sobre **intervencions terapèutiques**, ajudant els professionals a brindar suport a les persones beneficiàries que experimenten dissociació o respostes d'estrès intensificades.

Estratègies de la Finestra de Tolerància

- Atenció plena i consciència corporal: pràctiques com la respiració profunda, els exercicis de connexió amb el cos i la connexió amb ell poden ajudar a regular el sistema nerviós i ampliar el marge de tolerància.
- Habilitats de regulació emocional: Aprendre a identificar i gestionar les emocions pot ajudar una persona a mantenir-se dins dels límits de la capacitat emocional.
- Enfocaments basats en el coneixement del trauma: Els professionals que tenen coneixements sobre el trauma comprenen l'impacte del trauma en el sistema nerviós i poden brindar suport i orientació per ampliar el marge de tolerància.

UNITAT 3 – CREIXEMENT POSTTRAUMÀTIC

SECCIÓ 2 - LA FINESTRA DE TOLERÀNCIA

Com explicar el marge de tolerància a les persones beneficiàries

Introduïu el concepte descrivint tres zones:

1. **Dins la finestra:**
tranquil, alerta, capaç de pensar i prendre decisions.

2. **Hiperactivació:**
aclaparat, reactiu o ansiós; predominen les respostes de lluita o fugida.

3. **Hipoactivació:**
entumit, distant, retret; es pot sentir apagat o deprimit.

Animeu a les persones beneficiàries a reflexionar sobre com el trauma, l'estrès o altres desafiaments afecten la seva perspectiva personal i aprendre maneres d'ampliar-la amb el temps.

UNITAT 3 – CREIXEMENT POSTTRAUMÀTIC

SECCIÓ 2 - LA FINESTRA DE TOLERÀNCIA

Ajudar a les persones beneficiàries a autorregular-se.

Pot implicar:

- Mantenir rutines per als àpats, el son i l'activitat física per crear estabilitat.
- Fomentar pràctiques d'autocura com a passatemps, exercici i atenció plena.
- Ensenyament de tècniques de connexió amb el present i regulació emocional.
- Enfortir les xarxes de suport social.
- Oferim teràpia centrada en el trauma per processar experiències passades i reduir el malestar.
- Identificar els factors desencadenants i desenvolupar estratègies d'afrontament per prevenir-ne la desregulació.

Las persones beneficiàries poden beneficiar-se en explorar pràctiques creatives o físiques,com escriure un diari, practicar art o fer moviments que tinguin en compte el trauma, les quals afavoreixen la reconnexió amb el cos i la regulació del sistema nerviós.

Comprendre les adaptacions per a la supervivència

El trauma pot donar lloc a estratègies d'afrontament saludables i perjudicials. Les adaptacions saludables poden incloure autocompassió, atenció plena i connexió amb xarxes de suport. Les adaptacions perjudicials poden implicar la supressió emocional, l'evitació, l'aïllament social, l'agressió, el consum de substàncies o els patrons de pensament distorsionats.

Mitjançant l'autoreflexió i l'orientació professional, les persones beneficiàries poden reconèixer aquestes adaptacions i aprendre maneres més saludables d'afrontar les dificultats, gestionar les seves emocions i participar en la vida.

Pots veure un vídeo per obtenir més informació: Finestra de tolerància.



UNITAT 3 – CREIXEMENT POSTTRAUMÀTIC

SECCIÓ 2 - LA FINESTRA DE TOLERÀNCIA

Organitzacions informades sobre el trauma

Una **organització informada sobre el trauma** prioritza la comprensió i la resposta a l'impacte del trauma tant a les persones com al personal. Els principis d"atenció informada sobre el trauma s"integren en tots els aspectes de l"organització, des de les polítiques i els procediments fins a les interaccions diàries.



Els elements clau inclouen:

- **Comprendre el trauma:** Reconèixer l'impacte durador que el trauma pot tenir en el comportament, les relacions i el benestar.
- **Crear un entorn segur:** Garantir la seguretat física i emocional de totes les persones.
- **Empoderament i elecció:** Donar suport a les persones perquè prenguin decisions i participin en la seva cura.
- **Col·laboració i associació:** Treballar conjuntament amb persones beneficiàries, personal i altres organismes.
- **Formació i suport al personal:** Capacitar el personal per comprendre el trauma, gestionar el trauma vicari i prevenir l'esgotament.
- **Humilitat cultural i inclusió:** Respectar la diversitat i garantir pràctiques culturalment sensibles.
- **Avaluació continua:** Avaluar periòdicament l'eficàcia de les polítiques i les pràctiques.
- **Abordar el trauma sistèmic:** Reconèixer la influència del trauma històric, racial i estructural.

UNITAT 3 – CREIXEMENT POSTTRAUMÀTIC

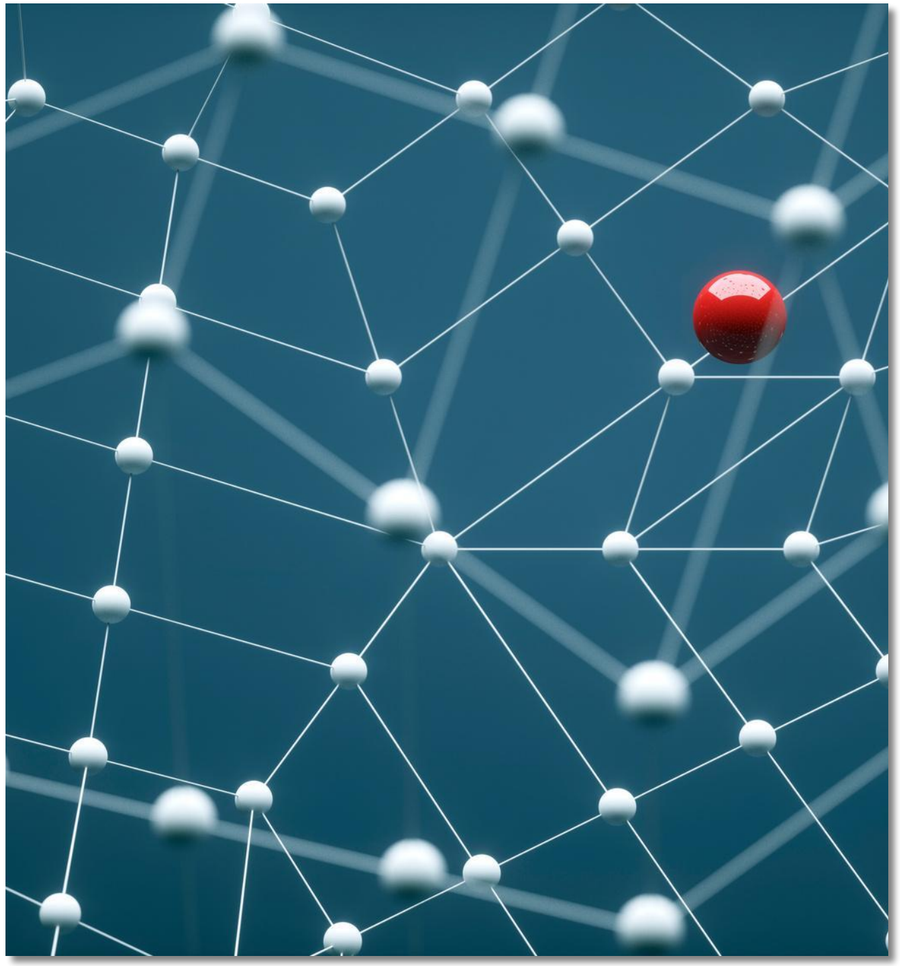
SECCIÓ 2 - LA FINESTRA DE TOLERÀNCIA

Quins són els beneficis que una organització adopti un enfocament sensible al trauma?

Adoptar un enfocament basat en la comprensió del trauma pot:

- Millorar els resultats per a les persones mitjançant la creació d'entorns de suport i sanació.
- Millorar el benestar del personal i reduir-ne l'esgotament.
- Enfortir les relacions entre el personal, las persones beneficiàries i la comunitat en general.
- Augmentar la participació i la retenció als serveis.
  Millorar la capacitat de l'organització per respondre eficaçment a les crisis.

Com destaca Karen Treisman a Un cofre del tresor per crear *organitzacions amb enfocament al trauma*, integrar la sensibilització sobre el trauma a la pràctica diària millora tant la qualitat del servei com la cultura organitzacional, fent-la més segura i brindant més suport per a tots els involucrats.



UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 2 - METODOLOGIES I EINES D'INTERVENCIÓ

ACTIVITAT 2.5 - PROMOCIÓ D'ESTRATÈGIES DE CREIXEMENT POSTTRAUMÀTIC

30 MINUTS (20 MINUTS DE TREBALL EN GRUP + 10 MINUTS DE RETROALIMENTACIÓ)

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Preparació

- Dividiu els participants en grups de 6 a 7 persones.
- Demaneu a cada grup que designi una persona per prendre notes i una altra per presentar els seus comentaris al grup en general.

Activitat

- Dediqueu 15 minuts a la discussió i la preparació.
- Més coneixement de les estratègies que fomenten el creixement posttraumàtic
- Reconéixer el potencial de creixement sense minimitzar el trauma.
- Aplicar els principis de creixement posttraumàtic en entorns de trauma complexos i continus.
- Equilibra les necessitats immediates amb les necessitats a llarg termini.

En resum

- El presentador designat per cada grup comparteix les estratègies amb tot el grup (1-2 minuts per grup).
- El facilitador anota les estratègies clau i els temes comuns en un rodafoli.
- Resumiu destacant les idees particularment innovadores o d'àmplia aplicació.



UNITAT 4:

TRAUMA VICARI

UNITAT 4:

SECCIÓ 1

DEFINICIÓ

UNITAT 3 – CREIXEMENT POSTTRAUMÀTIC

SECCIÓ 1 - DEFINICIÓ

Què és el trauma vicari?

Trauma vicari fa referència al malestar emocional i psicològic indirecte que pot resultar de l'empatia cap a persones que han patit un trauma. Passa quan els professionals o els que brinden suport es veuen exposats repetidament a històries, situacions o emocions traumàtiques, encara que no hagin experimentat el trauma personalment.

Mitjançant una profunda empatia, els que brinden ajuda poden absorbir elements de la por, el dolor, la ira o la desesperació d'una altra persona. Amb el temps, això pot generar sentiments d'angoixa o desesperança. Igual que el trauma directe, el trauma vicari pot alterar la percepció que una persona té del món i afectar-ne el sentit de la vida, la confiança i l'esperança.

Aspectes clau del trauma vicari

El trauma vicari es desenvolupa a través d'exposició indirecta al trauma (per exemple, escoltar històries, presenciar patiment, treballar amb supervivents)

És un procés gradual i acumulatiu en lloc d'alguna cosa que apareix sobtadament.

Entre els possibles impactes a la salut mental s'inclouen:

- Ansietat
- Pensaments intrusius
- Problemes per dormir
- Dificultat per concentrar-se

També pot afectar:

- Relacions
- Creences i cosmovisió
- Benestar emocional

Diferència amb la fatiga per compassió:

- Fatiga per compassió: principalment esgotament emocional
- Trauma vicari: canvis més profunds en les creences, la identitat i la visió del món.

Pot afectar qualsevol persona que senti una empatia profunda pels supervivents d'un trauma (professionals, voluntaris, amics i familiars).

UNITAT 3 – CREIXEMENT POSTTRAUMÀTIC

SECCIÓ 1 - DEFINICIÓ

Signes i reaccions

El trauma vicari es pot manifestar en diferents àmbits de la vida:

- **Reaccions físiques:** sensació de nerviosisme, dificultats per dormir, malalties freqüents.
- **Reaccions emocionals:** tristesa, irritabilitat, ansietat, ira o sensació d'inseguretat.
- **Reaccions cognitives:** dificultat per concentrar-se, problemes de memòria, imatges intrusives o “desconnexió”.

També pot afectar les relacions i les creences. Les persones es poden tornar més desconfiades, aïllar-se socialment, experimentar conflictes en les seves relacions o tenir dificultats per trobar esperança i sentit a la vida.

És important reconèixer aquests signes a temps per poder cercar ajuda abans que els símptomes empitjorin.

Estratègies per reduir el risc

Treballar en llocs d'ajuda és exigent, i reconèixer-ho és un primer pas important. És un treball dur perquè implica preocupar-se profundament pel patiment aliè. No obstant això, hi ha maneres pràctiques de protegir-nos.

Entre les estratègies útils s'hi inclouen:

- Creixent **autoconsciència** i detectar-hi els primers signes d'estrès.
- Practicar l'emocional i el físic: **cures personals**, incloent-hi descans, exercici i relaxació.
- Equilibrar la càrrega de feina i prendre descansos regulars.
- Utilitzant la supervisió, el suport dels companys i les oportunitats per reflexionar sobre els fets.
- Formació continuada i desenvolupament professional.

Recordar per què triem aquesta feina també pot ser motivadora. Moltes persones se senten atretes per rols d‟ajuda perquè valoren l‟empatia, la compassió, la paciència i la resiliència.

Reconèixer aquestes fortaleses pot ajudar a mantenir la motivació i, alhora, establir límits saludables.

UNITAT 3 – CREIXEMENT POSTTRAUMÀTIC

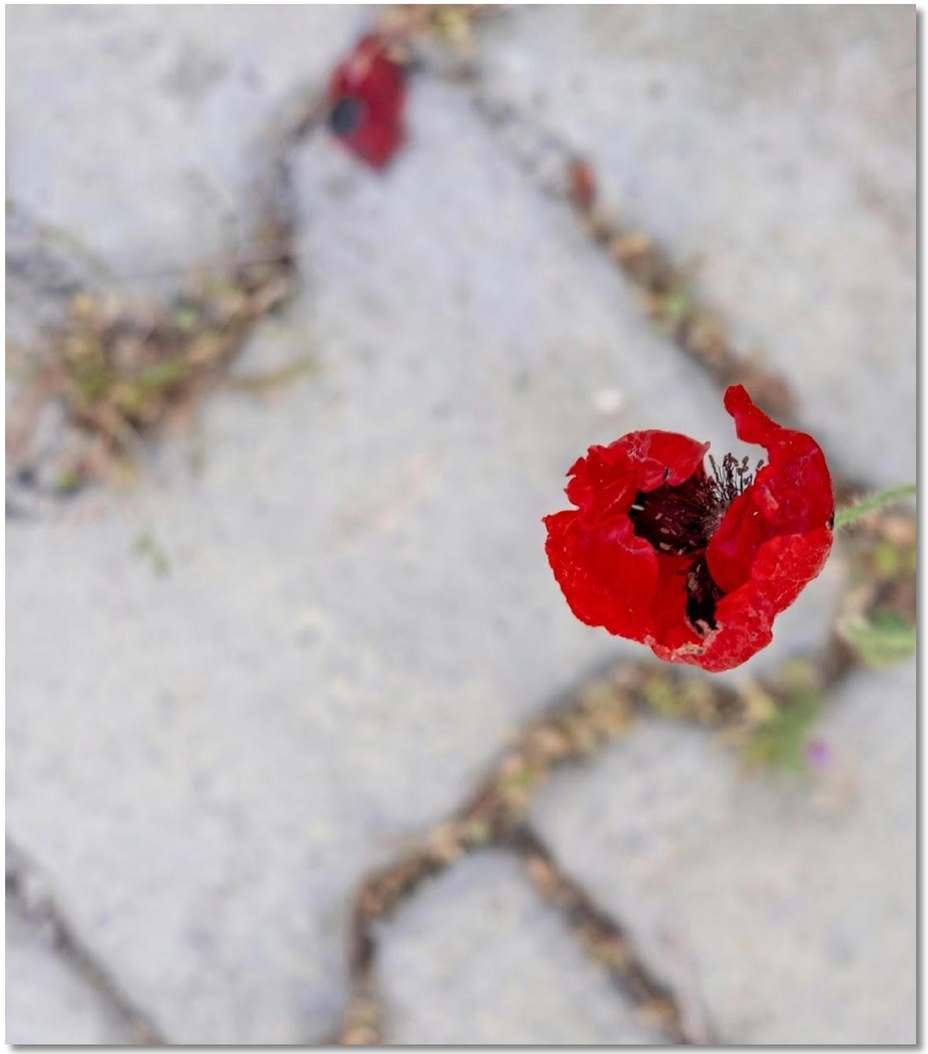
SECCIÓ 1 - DEFINICIÓ

Resiliència vicària

Fa referència als **efectes psicològics positius que poden experimentar els que brinden suport** en presenciar la fortalesa i la recuperació de les persones a qui ajuden. Veure les persones beneficiàries afrontar els desafiaments, adaptar-se i créixer pot inspirar esperança, sentit i un propòsit renovat.

Aquesta àrea emergent d'investigació destaca que, si bé l'exposició al trauma pot ser un desafiament, també pot revelar **resiliència, valentia, creativitat i capacitat per resoldre problemes**. En altres casos, aquestes experiències poden enfortir el sentit de resiliència dels que brinden ajuda i recordar-los la possibilitat de recuperar-se.

Exemples de resiliència vicària inclouen observar a les persones beneficiàries, **persistència, creativitat per afrontar les dificultats o capacitat per reconstruir relacions malgrat les adversitats.**



UNITAT 4:

SECCIÓ 2

ESGOTAMENT

UNITAT 4 – TRAUMA VICARI

SECCIÓ 2 - ESGOTAMENT

Què és l'esgotament professional?

Suport del personal:

- Polítiques i directrius de salut i seguretat
- Sessió informativa posterior a un incident crític
- Supervisió
- Assessorament
- Accés a activitats de benestar com ioga i mindfulness.

Senyals d'esgotament:

- Em sento esgotada.
- No em sento capaç d'afrontar-ho.
- No poder dormir.
- Sensació d'impotència.
- Cinisme.
- Estar trist, enutjat, irritable o indiferent.
- Consumir més alcohol o altres substàncies.
- Patir malalties cardíaques, pressió arterial alta o diabetis tipus 2.
- Major probabilitat d'emmalaltir-se.

Com afrontar l'esgotament laboral:

- Analitza les opcions: parla amb el teu cap sobre les teves inquietuds.
- Treballem junts per fer canvis o resoldre problemes.
- Estableix metes realistes. Si res no pot canviar, potser has de considerar altres opcions laborals.
- Busca suport: parla amb els teus companys de feina, amics i éssers estimats. Esbrina quins serveis t'ofereix el teu ocupador.
- Activitat: Prova una activitat relaxant. Busca activitats que et puguin ajudar a combatre l'estrès, com el ioga o el tai-txi.
- Exercici: L'exercici regular us ajudarà a suportar l'estrès.
- Dormir: Dormir restableix el benestar i ajuda a protegir la salut.
- Practiqueu l'atenció plena.

UNITAT 4:

SECCIÓ 3

CURES PERSONALS

UNITAT 4 – TRAUMA VICARI

SECCIÓ 3 - CURES PERSONALS

L'autocura: una necessitat, no un luxe.

Les Cures personals són l'acte de participar en activitats que promouen el benestar i la salut en general, incloent-hi els aspectes físics, mentals, emocionals i socials, prenent mesures conscients per cuidar-se un mateix, sovint a través de pràctiques que redueixen l'estrès, milloren l'estat d'ànim i augmenten la qualitat de vida en general.

L'autocura abasta diversos aspectes clau:

Salut física:

Això inclou pràctiques com l'exercici, una nutrició adequada, una bona higiene i revisions mèdiques periòdiques.

Benestar mental i emocional:

Participar en activitats que promoguin la claredat mental, redueixin l'estrès i millorin la resiliència emocional, com l'atenció plena, la meditació, escriure un diari o passar temps a la natura.

Benestar social:

Conrear les relacions amb els éssers estimats, participar en activitats socials i buscar suport quan calgui.

Benestar espiritual:

Trobar sentit i propòsit a la vida practicant l'espiritualitat o participant en activitats que connectin amb un poder superior.

UNITAT 4 – TRAUMA VICARI

SECCIÓ 3 - CURES PERSONALS

Per què és important l'autocura?

Redueix l'estrès. Millora la salut mental. Potencia la salut física, augmenta la resiliència i fomenta un sentit de propòsit.

Què és l'autocompassió?

Consciència: L'autocompassió implica reconèixer quan estem estressats o passant per dificultats sense jutjar ni reaccionar de manera exagerada.

Amabilitat cap a un mateix: Ser comprensius i solidaris amb nosaltres mateixos quan estem passant per un mal moment, en comptes de ser massa autocrítics.

Preguntes que t'has de fer sobre l'autocura a la feina:

- Podeu adaptar el vostre horari laboral i la vostra jornada al vostre nivell d'estrès i tolerància?
- Estàs prenent el teu descans per esmorzar?
- Quins aspectes de l'entorn laboral estan sota control?
- Pots acceptar allò que no existeix?
- Apagues el telèfon durant els descansos i després de la feina?
- Esteu utilitzant el suport disponible?

Autocura eficaç mitjançant l'activació del nervi vague:

- Exposició al fred
- Respiració profunda i lenta
- Cantar, taral·lejar i parlar.
- Meditació
- Exercici
- Socialitzar i riure.
- Massatge
- Equilibri del microbioma intestinal/probiòtics/omega-3
- Dispositius que estimulen el nervi vague.



UNITAT 4 – TRAUMA VICARI

SECCIÓ 2 - ESGOTAMENT

Què és l'esgotament professional?

L'Organització Mundial de la Salut descriu l'esgotament laboral com un fenomen relacionat amb la feina que resulta de l'estrès crònic al lloc de treball que no s'ha gestionat adequadament.

Factors que contribueixen a l'estrès laboral i que poden provocar esgotament:

- Realitzar lectures relacionades amb la feina, etc., a casa.
- Treballar fora de l'horari laboral amb persones beneficiàries a hospitals i després no poder prendre temps lliure compensatori.
- No prendre els descansos adequats.
- Atendre trucades durant els descansos.
- Gestió d'incidents crítics o potencialment crítics.
- Manca de control: no tenir veu ni vot en com es realitza la feina, com ara pel que fa a l'horari, les tasques o la càrrega de treball.
- No tenir el que necessites per fer la teva feina.
- Manca de claredat sobre el que s'espera de tu: no estàs segur del que el teu cap o altres esperen de tu.
- Conflicte amb els altres.
- Massa o massa poc.
- Manca de suport.
- Problemes per conciliar la vida laboral i personal.

No hi ha temps per:

- Complete work tasks when due.
- Completa les tasques laborals dins el termini establert.
- Assisteix a les reunions d'equip ia altres esdeveniments com les capacitacions.
- Gestionar l'administració.
- Plans de seguiment de l'atenció.
- Documenteu els incidents correctament.



UNITAT 4 – TRAUMA VICARI

SECCIÓ 3 - CURES PERSONALS

EXERCICI DE CONNEXIÓ A TERRA

5 - 4 - 3- 2 - 1

PRESA DE TERRA

Respira fondo i identifica...

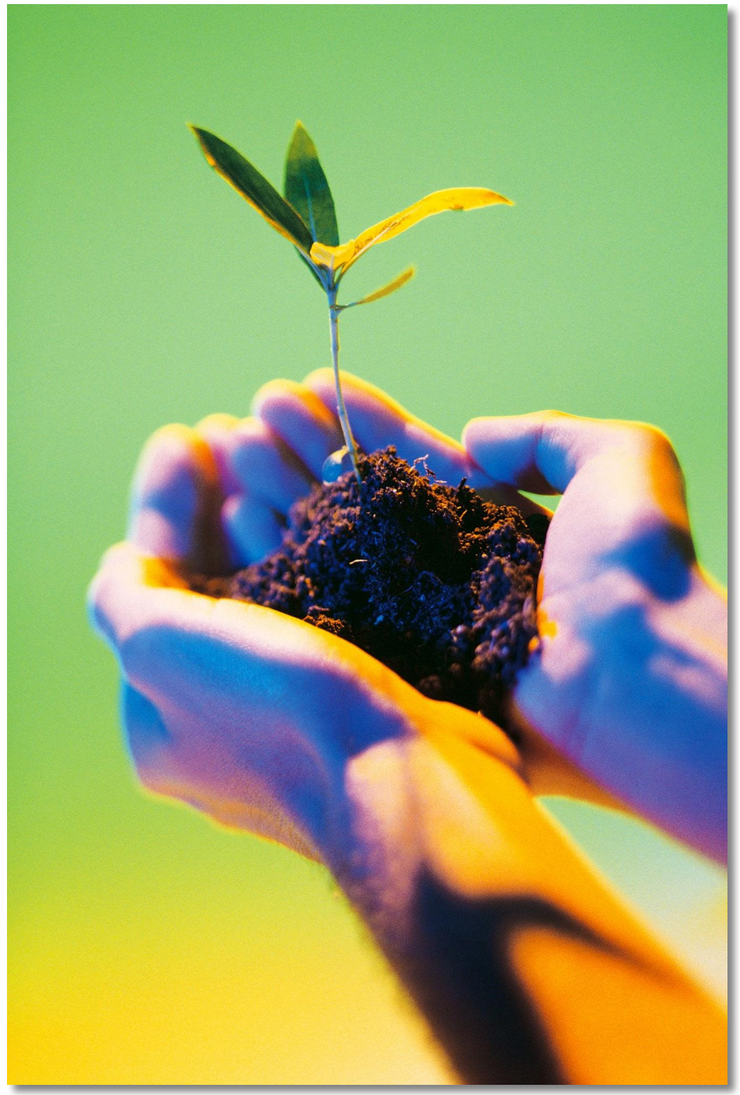
5 coses que pots VEURE

4 coses que pots SENTIR

3 coses que pots ESCOLTAR

2 coses que pots OLORAR

1 coses que pots DEGUSTAR



UNITAT 4 – TRAUMA VICARI

SECCIÓ 3 - CURES PERSONALS

Estratègies d'integració sensorial

Vista:

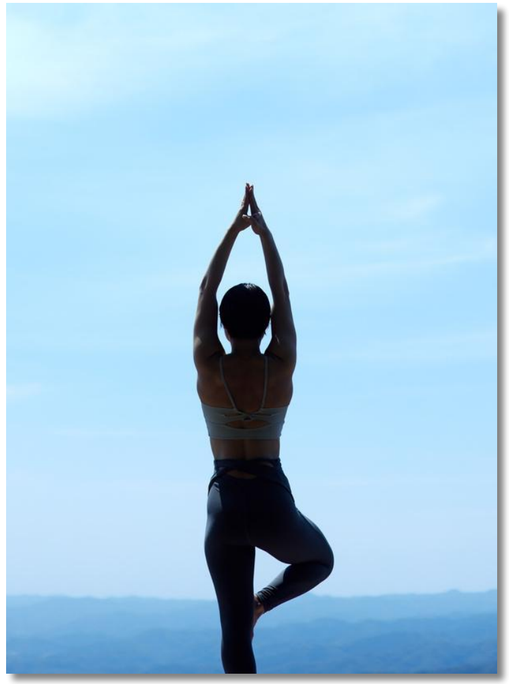
- Reduïu la il·luminació intensa.
- Utilitzeu ulleres amb filtre de llum blava.
- Sortir a fer una passejada curta, gaudir d'un canvi de paisatge o d'una vista panoràmica.

Olorar:

- Aceits essencials
- Crema hidratant perfumat
- Ruixa el teu perfum

Degustar:

- Dolços petits.
- Gaudiu d'un bon dinar.
- Goma de mastegar.
- Prenent un bon cafè.



Vestibular (aquest és el teu sentit de l'equilibri):

- Ioga
- Ciclisme
- Ball
- Saltar al trampolí

So:

- Afegir un so que t'agradi, com música o soroll blanc.
- Reduir el soroll (per exemple, usant auriculars amb cancel·lació de soroll o buscant un espai més tranquil).
- Propiocepció (aquest és el sentit del moviment i la consciència corporal):
- Passejada curta.
- Estiraments suaus

UNITAT 4 – TRAUMA VICARI

SECCIÓ 3 - CURES PERSONALS

Crea el teu pla d'autocura d'emergència

Pla d'autocura d'emergència

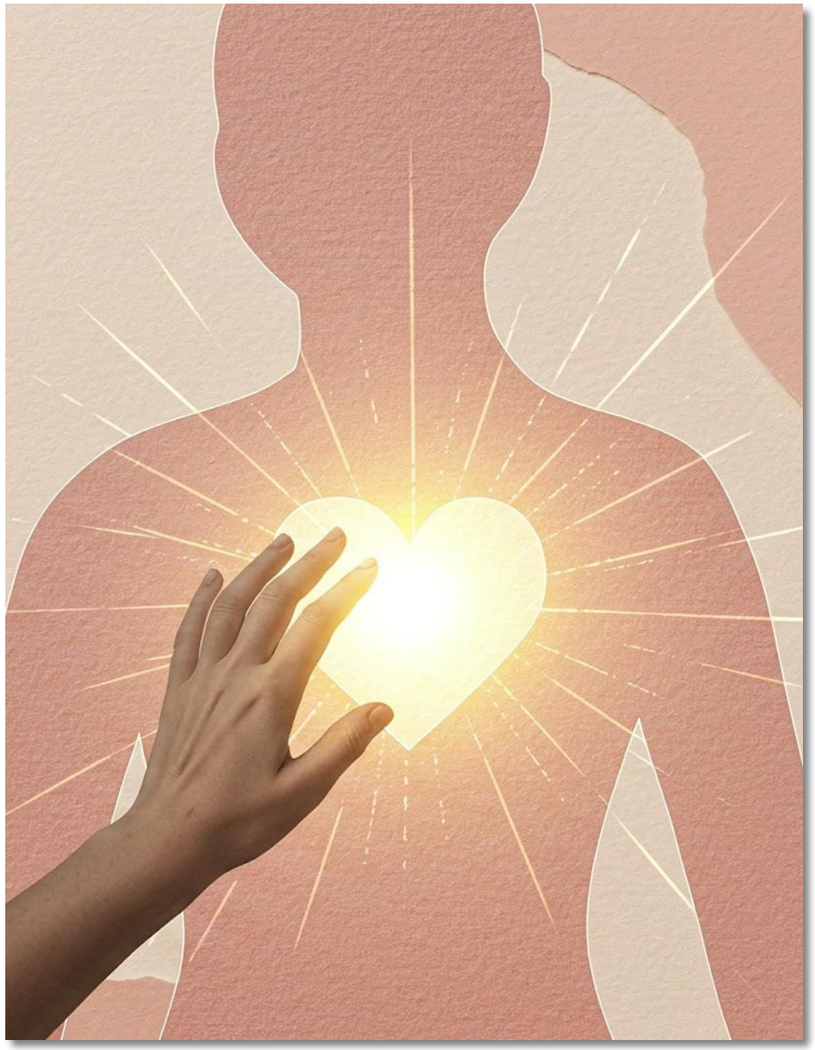
Responeu el següent:

- Coses que m'ajuden a mantenir-me ferm quan estic alterat o angoixat.
- Activitats que m'animen quan em sento esgotada o deprimida.
- Persones amb qui connectar quan necessito suport? Afirmacions: Coses positives per recordar-me a mi mateix.
- Els meus senyals d'alerta que estic esgotada o estressada.
- Què he d'evitar quan estic esgotat o estressat.

Pla d'atenció preventiva

Autocura diària: enumera algunes de les accions que es poden realitzar a la vida quotidiana:

- Quins són els teus punts innegociables?
- Quines activitats m'omplien de satisfacció?
- Notre el meu cos?
- Nodreix la meva ment?



UNITAT 4 – TRAUMA VICARI

SECCIÓ 3 - CURES PERSONALS

ACTIVITAT 2.6 - CREA EL TEU PROPI PLA D'ATENCIÓ D'EMERGÈNCIES I EL TEU PLA D'ATENCIÓ PREVENTIVA.

20 MINUTS

Preparació

Imprimiu el pla d'atenció preventiva i un pla d'atenció d'emergència- **aquest material que pots trobar al kit d'eines**

Activitat

Pensa en la teva pròpia autocura i en allò que és essencial per a tu per tal de promoure'l tant per a la prevenció com per a situacions d'emergència.

Un pla d'autocura pot consistir en activitats, mesures pràctiques per alleujar l'estrès, persones que hi puguin ajudar, etc.

Responeu a les preguntes/temes següents:

- Fes una llista de coses que pots fer quan estiguis molest i que et beneficiïn.
- Fes una llista de persones amb qui puguis contactar si necessites ajuda.
- Fes una llista de coses positives que et puguis dir a tu mateix quan estiguis passant per un
- moment difícil.
- Fes una llista de qui i què has d'evitar quan estiguis passant per un moment difícil.
- Escolta't a tu mateix i practica l'autocompassió.

Tancament

Conserva el teu pla i fes-lo servir com a guia.



HOME4HEALTH MOOC

MÒDUL 3:
TRAUMA - SALUT MENTAL

DESCRIPCIÓ GENERAL DEL MÒDUL

Unitat 1: Comprendre els problemes de salut mental en el context de la manca d'habitatge

Secció 1: INTRODUCCIÓ AL CURS I PRESENTACIÓ DE LES PERSONES PARTICIPANTS

Secció 2: Intersecció entre la manca d'habitatge i la salut mental

Secció 3: Barreres per a la salut mental

Unitat 2: Problemes comuns de salut mental entre les persones sense llar

Secció 1: Problemes de salut mental

Secció 2: La teoria de l'automedicació

Unitat 3: Estratègies de reducció de danys i models d'atenció basats en l'evidència

Secció 1: Estratègies de reducció de danys

Secció 2: Perspectiva del treball entre iguals

Secció 3: Models d'atenció basats en l'evidència

Secció 4: Consideracions culturals i diversitat

UNITAT 1:

COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

UNITAT 1:

SECCIÓ 1

INTRODUCCIÓ AL CURS I PRESENTACIÓ DE LES PERSONES PARTICIPANTS

Coordinated by:
In partnership with:
Co-funded by the European Union
2023-1-ES01-KA220-VET-000165764

UNITAT 1 - COMPRENSIÓ
PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

a) Objectius i resultats de l'aprenentatge

- Explicar la relació bidireccional entre la manca d'habitatge i la salut mental, incloent-hi com el consum de substàncies, el trauma i els determinants socials contribueixen a aquesta interacció.
- Identificar i avaluar críticament les barreres estructurals, sistèmiques i individuals per accedir a l'atenció de salut mental, així com l'impacte de l'estigma, la discriminació i la fragmentació dels serveis.
- Aplicar la teoria de l'automedicació, els principis de reducció de danys i els models d'atenció basats en l'evidència per recolzar les persones sense llar que presenten trastorns concurrents per consum de substàncies i problemes de salut mental.
- Analitzar com els factors culturals, de diversitat i interseccionals influeixen en les necessitats de salut mental, les conductes de cerca d'ajuda i l'eficàcia dels sistemes d'atenció per a les persones sense llar.

b) Competències abordades

- Desenvolupament del coneixement: recopilar, integrar i interpretar informació multidisciplinària (clínica, psicosocial i ambiental) per donar suport a intervencions informades i adequades al context de les persones sense llar.
- Habilitats analítiques: Identificar, analitzar i interpretar patrons conductuals, cognitius i emocionals associats amb problemes de salut mental, consum de substàncies, respostes a traumes i diagnòstic dual a poblacions sense llar.
- Pensament crític: avaluar la rellevància, les fortaleses i les limitacions de les estratègies de reducció de danys, els models terapèutics i les intervencions basades en l'evidència, adaptant-los a contextos vitals complexos i inestables.
- Habilitats de comunicació: Comunicar de manera efectiva, clara i empàtica, els coneixements clínics, les avaluacions i les estratègies d'intervenció a individus, equips multidisciplinaris i parts interessades, mantenint alhora enfocaments que tinguin en compte el trauma, que no emetin judicis i que siguin culturalment sensibles.
- Competència en matèria de gènere: Reconèixer com el gènere, la identitat de gènere i les experiències basades en el gènere influeixen en la salut mental, els patrons de consum de substàncies, els riscos, l'accés als serveis i els resultats de l'atenció, i incorporar aquest coneixement a l'avaluació i la planificació de les intervencions.

UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 1 - INTRODUCCIÓ AL CURS I PRESENTACIÓ DE LES PERSONES PARTICIPANTS

ACTIVITAT 3.1 - TRENCAGELS “EL DIRECTOR D'ORQUESTRA I EL DETECTIU” 20-25 MINUTS

20-25 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Preparació

- L'instructor haurà de reunir tots els participants (fins a 20 persones) en un espai ampli i obert on puguin formar un cercle o grup informal.
- L'instructor haurà de triar un voluntari perquè sigui el “Detectiu”. Haurà de demanar-li que surti del lloc temporalment i explicar-li que, al tornar, intentarà identificar una persona misteriosa.
- L'instructor haurà de seleccionar un altre voluntari perquè sigui el "Director" i explicar al grup que el Director començarà una sèrie de moviments físics senzills i repetitius (per exemple, aplaudir, copejar el terra amb els peus, aixecar els braços, balancejar-se, etc.), i tots els altres els hauran d'imitar immediatament, tractant de no revelar qui estan observant.
- Cal recordar al grup que la identitat del director ha de romandre en secret. Han de coordinar els seus moviments subtilment amb el Director, però sense revelar qui està al comandament.



UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 1 - INTRODUCCIÓ AL CURS I PRESENTACIÓ DE LES PERSONES PARTICIPANTS

ACTIVITAT 3.1 - TRENCAGELS "EL DIRECTOR D'ORQUESTRA I EL DETECTIU" 20-25 MINUTS

20-25 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Activitat

- Convideu el Detectiu de tornada a l'espai. La seva tasca és col·locar-se al centre del grup i intentar esbrinar qui n'és el Director d' Orquestra.
- El director ha de començar dirigint un moviment (per exemple, ballar) i després canviar-lo lentament cada 15-30 segons. La resta del grup imita cada nou moviment quan ho detecta.
- El detectiu pot observar durant 2 o 3 minuts i després fer-ne una suposició. Si us equivoqueu, podeu tenir una oportunitat més o el facilitador pot revelar qui és el conductor.
- Els rols haurien de rotar una o dues vegades, si el temps ho permet, perquè noves persones puguin provar de ser el detectiu o el conductor.



Conclusió

- Preguntes per a la reflexió:
- Què se sent en intentar mantenir ocult el director d'orquestra?
- Quines estratègies t'ajudaran resoldre el misteri com a detectiu?
- Què ens diu això sobre l'observació, la consciència i la dinàmica de grup?

UNITAT 1:

SECCIÓ 2

LA INTERSECCIÓ ENTRE LA MANCA D'HABITATGE I LA SALUT MENTAL

UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - LA INTERSECCIÓ ENTRE LA MANCA D'HABITATGE I LA SALUT MENTAL

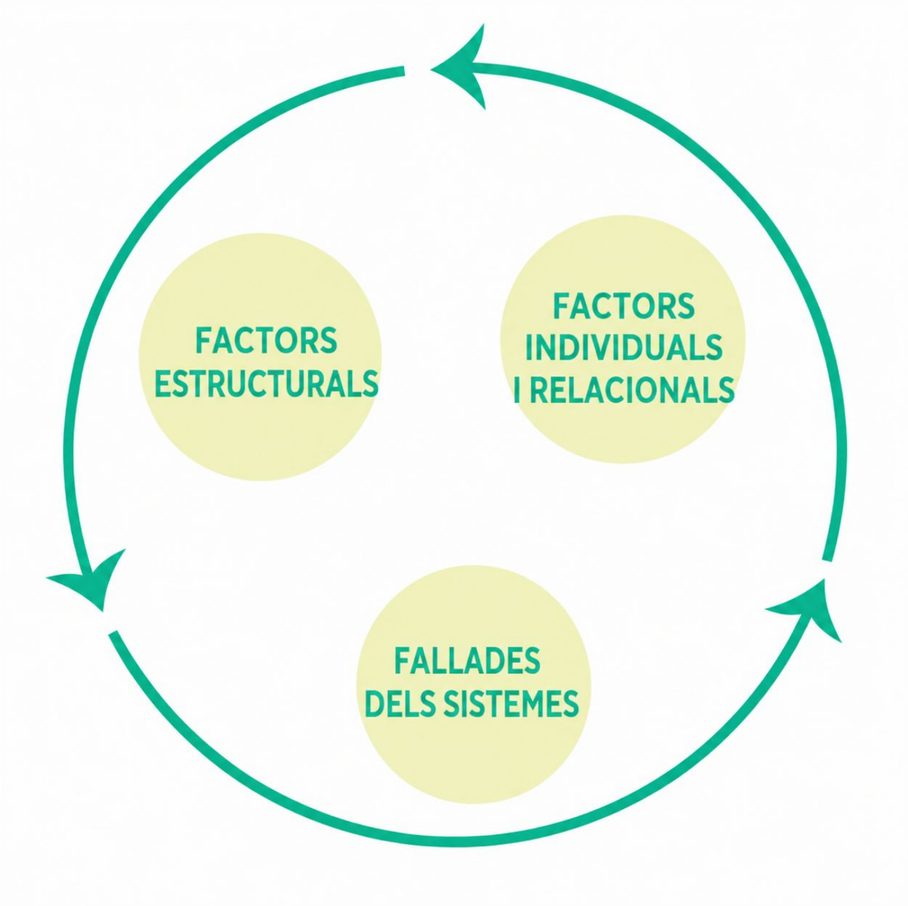
Comprendre les causes de la manca d'habitatge

El model socioecològic, descrit per Stephen Gaetzet al., explica que la manca d'habitatge sol ser el resultat d'una combinació de factors estructurals, errors del sistema i circumstàncies individuals.

La manca d'habitatge rares vegades és causada per un sol esdeveniment. Generalment, és el resultat de múltiples pressions al llarg del temps.

Els factors individuals i relacionals poden augmentar el risc que una persona es quedi sense llar. Aquests poden incloure **desafiaments de salut mental,** problemes de consum de substàncies o discapacitats que afecten el funcionament cognitiu, com ara una lesió cerebral adquirida o un trastorn de l'espectre alcohòlic fetal.

FIGURA: Causes de la manca d'habitatge (pres de Gaetz i Dej, 2017)



UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - LA INTERSECCIÓ ENTRE LA MANCA D'HABITATGE I LA SALUT MENTAL

La relació bidireccional entre la salut mental i la manca d'habitatge

Els trastorns de salut mental i la manca d'habitatge s'influeixen mútuament de maneres complexes.

D'una banda, les afectacions no tractades, com l'esquizofrènia, el trastorn bipolar o la depressió més gran, poden dificultar el manteniment de l'ocupació, d'un habitatge estable, de les rutines diàries o de les relacions socials. Això augmenta el risc de quedar-se sense llar.

D'altra banda, la manca d'habitatge en si mateixa crea **estrès crònic**, inestabilitat i exposició a traumes. Aquestes experiències poden desencadenar nous problemes de salut mental o agreujar els existents. Organitzacions com FEANTSA i la Coalició Nacional per a les Persones sense Llar destaquen com la manca d'habitatge pot perjudicar directament el benestar mental.



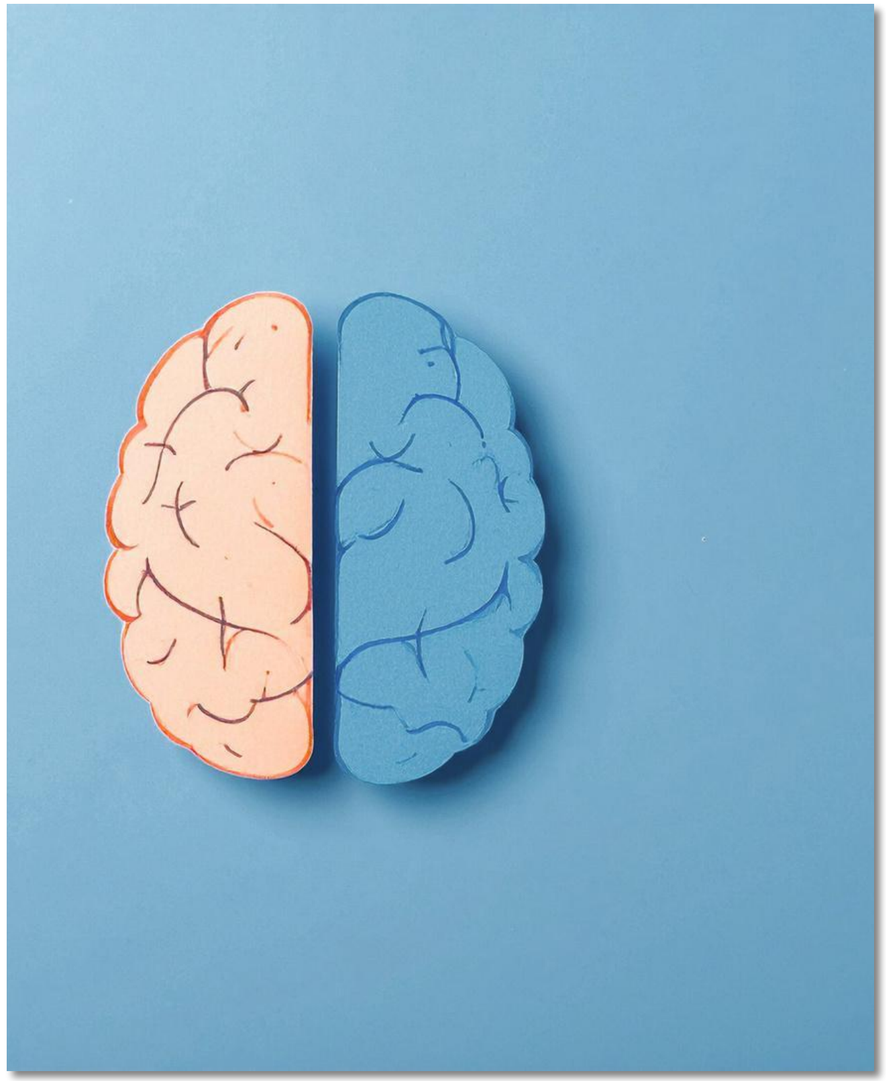
UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - LA INTERSECCIÓ ENTRE LA MANCA D'HABITATGE I LA SALUT MENTAL

El paper del trauma

L'estrès traumàtic és comú entre les persones sense llar. El trauma augmenta el risc de desenvolupar malalties mentals i pot agreujar els símptomes.

Les investigacions mostren que el trauma sovint passa abans que comenci la malaltia mental, però aquesta també pot augmentar el risc d'experimentar un trauma. Això crea una altra **relació bidireccional,** similar al que veiem entre el trauma i el consum de substàncies.



El cicle d'autor reforç

En conjunt, aquestes dinàmiques creen un cercle viciós:

- Una mala salut mental augmenta la vulnerabilitat a la inestabilitat de l'habitatge i als traumes.
- La manca d'habitatge i els traumes agreugen el malestar psicològic.

Com explica la investigadora Deborah Padgett, la salut mental pot ser tant una **causa i conseqüència de la manca d'habitatge.** Les dures realitats de la manca d'habitatge —com la inseguretat, l'estigma, la manca de protecció i els traumes repetits— tenen conseqüències greus per al benestar mental.

UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - LA INTERSECCIÓ ENTRE LA MANCA D'HABITATGE I LA SALUT MENTAL

Per què l'habitatge s'ha de considerar un problema de salut

Estudis internacionals mostren índexs molt elevats de malalties mentals entre les persones sense llar, que acostumen a oscil·lar entre el 60% i el 93%. Aquestes xifres són molt més altes que les de la població general.

A causa d'això, organitzacions com FEANTSA argumenten que la manca d'habitatge s'ha d'entendre com un **problema de salut**, no només es tracta d'un problema d'habitatge o social. Un habitatge segur és essencial per a l'estabilitat, la recuperació i el benestar general.

.



Key Take-aways

- *La salut mental és un dret humà fonamental.*
  L'habitatge és un factor determinant de la salut mental.
- *La manca d'habitatge i la malaltia mental tenen una relació bidireccional.*
- *El Trauma exerceix un paper central en aquest cicle.*
- *Un habitatge estable és essencial per a la recuperació de la salut mental.*

UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - LA INTERSECCIÓ ENTRE LA MANCA D'HABITATGE I LA SALUT MENTAL

Impacte psicològic de la manca d'habitatge

Els problemes de salut mental són molt freqüents entre les persones sense llar. Una investigació de l'Agència Europea de Drogues revela que, **com més perllongada i dura**, sigui l'experiència de viure sense habitatge; pitjor sol ser la salut mental de la persona.

Les dificultats relacionades amb la salut mental poden reflectir **vulnerabilitats preexistents** que, en combinar-se amb errors estructurals i del sistema descrits pel Centre per a Persones sense Llar, augmenten el risc de quedar-se sense habitatge. Alhora, els problemes de salut mental també poden desenvolupar-se com a conseqüència directa de la situació de sensellarisme.



Trauma i estrès crònics

Les persones sense llar sovint estan exposades a **traumes crònics i repetits**. Segons Daya Somasundaram Jayatunge, aquest trauma acumulatiu té greus efectes tant a la salut física com a la mental.

L'impacte psicològic no es limita a la manca d'habitatge. També prové de l'acumulació diària d'estrès, d'incertesa i d'exclusió social.

UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - LA INTERSECCIÓ ENTRE LA MANCA D'HABITATGE I LA SALUT MENTAL

Factors estressants de la vida diària

La vida sense un habitatge estable sol comportar inseguretat constant, gana, malestar físic, privació del son i entorns insegurs.

Aquestes condicions poden provocar o empitjorar problemes de salut mental com l'ansietat, la depressió i el trastorn d'estrès posttraumàtic, tal com descriu la investigadora Deborah Padgett.

Violència, por i aïllament

Les persones sense llar s'enfronten a més riscos de violència física, agressió sexual i explotació. Aquestes experiències generen por, desconfiança i una hipervigilància constant.

La pèrdua d'estatus social, la debilitat de les xarxes de suport i l'exclusió social poden provocar aïllament, desesperança i baixa autoestima. Això dificulta la cerca d'ajuda i la recuperació.

Vulnerabilitats interseccionals

Alguns grups s'enfronten amb riscos addicionals. Factors com el gènere, l'ètnia, l'orientació sexual, l'estatus migratori o l'historial de consum de substàncies poden augmentar l'exposició a l'estigma i la discriminació.

Aquestes Vulnerabilitats interseccionals sovint intensifiquen l‟impacte psicològic de la manca d’habitatge.

Barreres per a l'atenció mèdica

Les persones sense habitatge estable sovint tenen dificultats per accedir als serveis de salut mental. Les llistes d'espera, la manca de documentació, els problemes de transport o l'estigma poden impedir que rebin una atenció continuada.

Com més temps roman una persona sense llar i sense suport, més gran és el risc de patir malalties mentals greus i problemes de salut a llarg termini.

UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - LA INTERSECCIÓ ENTRE LA MANCA D'HABITATGE I LA SALUT MENTAL

Comorbiditat: Salut mental i consum de substàncies (diagnòstic dual)

El Diagnòstic dual —la combinació de **malaltia mental i trastorn per consum de substàncies**— és molt freqüent entre les persones sense llar. Moltes persones usen alcohol o drogues com **automedicació** per fer front al **trauma**, dolor emocional i dures condicions de vida. Tot i que les substàncies poden oferir un alleugeriment temporal, **sovint empitjorament de la salut mental** i crear barreres addicionals per a la recuperació. El consum de drogues d'alt risc és especialment comú entre les persones que experimenten sensellarisme de **llarga durada o recurrent** (Agència Europea de Drogues, 2023).

El consum de substàncies pot funcionar com una estratègia d'afrontament al **trauma no controlat.**

També es converteix en un obstacle per al **compromís amb el tractament**. Les persones sense llar sovint s'enfronten a **discriminació, assetjament, i barreres sistèmiques** que limiten l'accés a l'atenció. Molts programes estan **orientats a l'abstinència**, excloent les persones que encara consumeixen substàncies. Els **requisits administratius** com una adreça fixa o una assegurança mèdica poden fer que el tractament sigui gairebé impossible per a les persones sense un habitatge estable.

Les necessitats de supervivència (menjar, seguretat, allotjament, etc.) sovint tenen prioritat, cosa que limita la capacitat de reduir el consum de substàncies. Fins i tot quan hi ha motivació, les substàncies continuen sent accessibles i la recuperació sense un **entorn de suport** és extremadament difícil.

UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - LA INTERSECCIÓ ENTRE LA MANCA D'HABITATGE I LA SALUT MENTAL

La recerca mostra una forta **superposició entre els trastorns per consum de substàncies i les malalties mentals** entre les poblacions sense llar, juntament amb una baixa adherència al tractament. Això destaca la necessitat de **models d'atenció integrats i de llindar baix** que abordin ambdós problemes alhora (NPISA Lisboa, 2021).

La comorbiditat també està ben establerta en la població general. Les dades d'Austràlia mostren que el **9%** de les persones amb trastorns d'ansietat o de l'estat d'ànim també tenien un trastorn per consum de substàncies, mentre que el **46%** de les persones amb trastorns per consum de substàncies tenien almenys una malaltia mental addicional (Australian Institute of Health and Welfare, citant l'Australian Bureau of Statistics, 2024). Entre les persones que inicien un tractament d'alcohol i drogues, el **50-76%** compleix els criteris per a una altra condició de salut mental.

Les persones amb trastorns corrents experimenten **pitjors resultats**, incloent-hi més deteriorament funcional, més càrrega de símptomes, una major mortalitat i una esperança de vida reduïda. La inestabilitat de l'habitatge, la manca d'accés als serveis i les transicions com la sortida de la presó dificulten encara més el tractament. Per tant, abordar la comorbiditat requereix **intervencions holístiques i integrades,** reconeixent l'habitatge estable com una atenció sanitària essencial.



UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - LA INTERSECCIÓ ENTRE LA MANCA D'HABITATGE I LA SALUT MENTAL

Quadre resum – Informacions clau

- **La comorbiditat (diagnòstic dual)** és molt comú entre les persones sense llar.
- **L'automedicació** pot reduir el malestar a curt termini, però empitjora la salut mental a llarg termini.
- **Les barreres sistèmiques** i els models basats només en l'abstinència limiten l'accés al tractament.
- **Les necessitats de supervivència i** el fàcil accés a les substàncies en dificulten la recuperació.
- La comorbiditat condueix a **pitjors resultats de salut** i més mortalitat.
- **L'atenció integral** i l'**allotjament estable** són essencials per a la recuperació.



UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - LA INTERSECCIÓ ENTRE LA MANCA D'HABITATGE I LA SALUT MENTAL

ACTIVITAT 3.2 - FÒRUM DE VÍDEO

25 MINUTS

Objectiu

Sensibilitzar i comprendre com els problemes de salut mental contribueixen a la manca d'habitatge i com els afecta.

Preparació

Mireu els vídeos següents sobre la relació entre la manca d'habitatge i la salut mental:

- Anxiety and homelessness | Ben's Mental Health Story | Mind
- Luis, 40 years old, 4 years unhoused

Activitat

Pregunta't a tu mateix:

- Què ha estat el que t'ha cridat més l'atenció als vídeos?
- Com afecten els problemes de salut mental la vulnerabilitat residencial?
- Com pot la manca d'habitatge empitjorar els problemes de salut mental?
- Quin paper poden tenir les comunitats i els professionals per abordar aquest doble problema?

Conclusió

Resumiu les idees clau, destacant com l'estigma, la manca d'accés als serveis i l'exclusió social són desafiaments fonamentals.



UNITAT 1:

SECCIÓ 3

BARRERES PER A L'ACCÉS A L'ATENCIÓ DE SALUT MENTAL

UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - BARRERES PER A L'ACCÉS A L'ATENCIÓ DE SALUT MENTAL

Les persones sense llar, especialment aquelles que **viuen amb problemes de salut mental i problemes de consum de substàncies**, s'enfronten a múltiples barreres en intentar accedir a l'atenció mèdica → **Barreres estructurals** (relacionades amb els serveis) i **individuals**.



A. L'habitatge com a determinant de la salut

Segons l'Organització Mundial de la Salut (2024), l'habitatge és un determinant clau de la salut. Un habitatge estable i segur és essencial per al benestar mental i físic. Sense habitatge, les persones sovint no poden accedir a l'atenció mèdica ni beneficiar-se'n perquè:

- Els en falta una **adreça fixa** per rebre comunicacions.
- **La continuïtat del tractament** s'interromp.
- Els medicaments no es poden emmagatzemar de manera segura.
- L'exposició a **violència, trauma** i l'estrès ambiental augmenta.
- Les oportunitats per a la **intervenció primerenca** es redueixen.

La inestabilitat de l'habitatge també limita l'accés a l'ocupació, el suport social i els serveis de salut.

UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - BARRERES PER A L'ACCÉS A L'ATENCIÓ DE SALUT MENTAL

B. Estigma i determinació

Les persones que experimenten manca d'habitatge i malalties mentals es troben entre els **grups més estigmatitzats**, especialment quan hi ha consum de substàncies.

Les formes d'estigma identificades per Mental Health Europe (2024) inclouen:

- **Estigma públic:**

  Estereotips negatius de la societat o dels professionals.

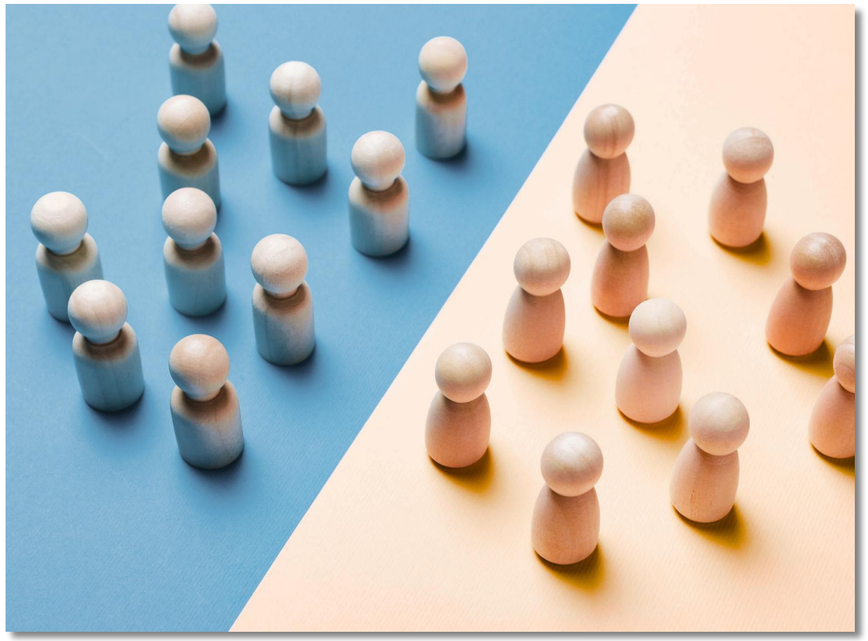
- **Autoestigma:**

  Vergonya internalitzada que redueix la cerca d'ajuda.

- **Estigma estructural:**

  Polítiques que generen desigualtat en l'accés.

Aquestes experiències generen **desconfiança**, por al judici aliè i reticència a buscar atenció mèdica.



UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - BARRERES PER A L'ACCÉS A L'ATENCIÓ DE SALUT MENTAL

C. Vulnerabilitats interseccionals

Certs grups s'enfronten a més riscos a causa de factors interrelacionats → **gènere, ètnia, estat migratori, orientació sexual**, o h**istorial de consum de substàncies.**

Aquests factors augmenten l'exposició a la **discriminació** i a reduir l'accés a una atenció culturalment competent. (FEANTSA & Fondation Abbé Pierre, 2023).

Les dones sense llar s'enfronten a barreres addicionals: les expectatives socials entorn de la cura fan que la manca d'habitatge es vegi sovint com un profund fracàs per a les dones. La por al judici moral, a les intervencions de protecció infantil o a la pèrdua de la custòdia dissuadeix moltes dones de buscar ajuda. Experiències de **violència de gènere** augmenten encara més la desconfiança i l'evitació dels serveis.

Les persones sol·licitants d'asil, refugiades o migrants en habitatges precaris també s'enfronten a alts riscos de problemes de salut mental.



UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

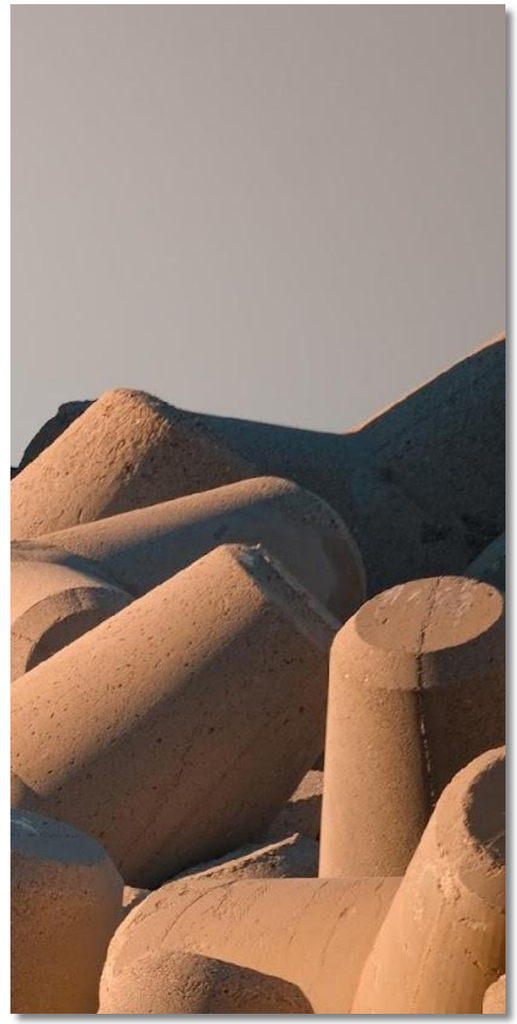
SECCIÓ 3 - BARRERES PER A L'ACCÉS A L'ATENCIÓ DE SALUT MENTAL

D. Barreres materials i burocràtiques

Les persones que es troben en situació de sensellarisme sovint s'enfronten a obstacles pràctics com ara:

- Manca de documents d'identitat o de justificants de residència.
- Manca d'una **adreça segura** per a la correspondència.
- Transport o fons limitats per assistir a les cites.
- Conflicte entre l'assistència als serveis i la satisfacció de les necessitats bàsiques de supervivència.

Les barreres addicionals inclouen llargues **llistes d'espera, serveis gratuïts limitats i procediments administratius complexos** (NPISA Lisboa, 2021). La discriminació reiterada pot portar les persones a desvincular-se completament dels serveis, perdent l'accés a l'atenció sanitària i als seus drets.



UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - BARRERES PER A L'ACCÉS A L'ATENCIÓ DE SALUT MENTAL

Summary Box – Key Insights

- **La manca d'habitatge en si mateixa** és una barrera important per a l'atenció a la salut mental.
- **L'estabilitat de l'habitatge** és essencial per a la continuïtat del tractament.
- **L'estigma i la discriminació** redueixen la cerca d'ajuda i la confiança en els serveis.
- **Les vulnerabilitats interseccionals** augmenten l'exclusió i la desigualtat.
- **Les barreres materials i burocràtiques** fan que l'atenció sigui pràcticament inaccessible.
- **Es necessiten serveis integrats, de llindar baix i culturalment competents.**



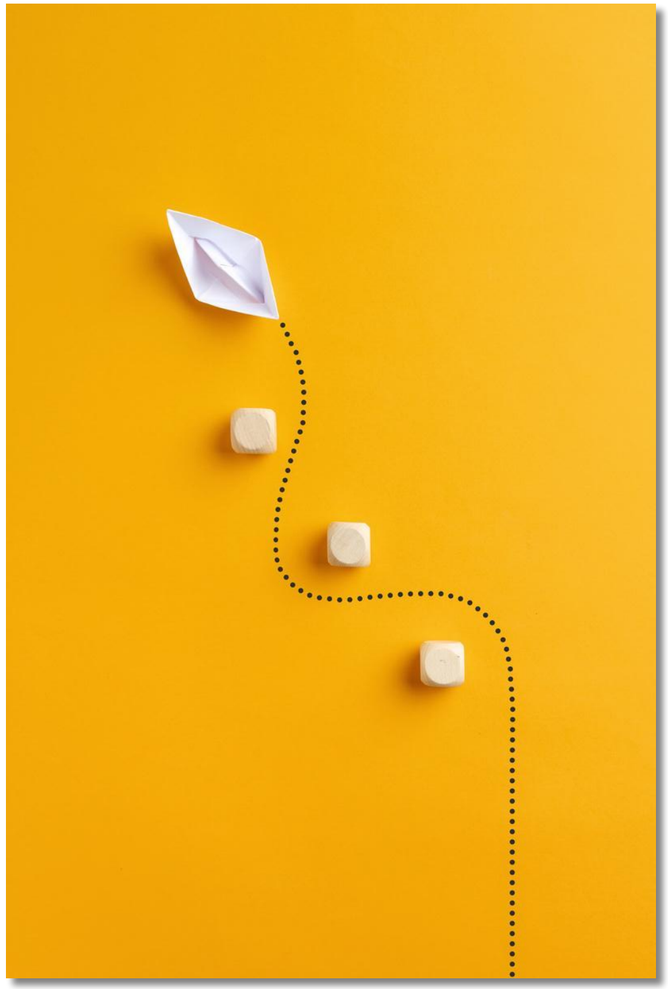
UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - BARRERES PER A L'ACCÉS A L'ATENCIÓ DE SALUT MENTAL

Reptes als quals s'enfronten els professionals de la reducció de danys

Els treballadors de la reducció de danys sovint troben barreres sistèmiques i operatives quan intenten derivar o donar suport a usuaris amb necessitats de salut mental.

Els reptes clau inclouen:



Baixa accessibilitat dels serveis de salut mental:

Llargues llistes d'espera per a psicoteràpia o avaluacions psiquiàtriques, serveis amb recursos insuficients, alta ocupació de llits psiquiàtrics i una mala integració amb els sistemes de salut més amplis.

Reconeixement limitat de l'expertesa comunitària i de la reducció de danys:

Els professionals sanitaris sovint no reconeixen el coneixement especialitzat i basat en la pràctica que tenen els equips de reducció de danys. Això es fa especialment visible en situacions complexes com ara les sol·licituds d'una ordre d'avaluació psiquiàtrica involuntària o casos de patologia dual, on els símptomes tendeixen a atribuir-se exclusivament al consum de substàncies en lloc de ser avaluats de manera holística.

Barreres geogràfiques i de transport:

Sovint els serveis no estan ubicats on la gent els necessita, i la manca de transport restringeix encara més l'accés.

UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - BARRERES PER A L'ACCÉS A L'ATENCIÓ DE SALUT MENTAL

Serveis de fàcil accés insuficients:

Els programes basats en l'abstinència o els models d'habitatge esglaonat exclouen les persones amb consum actiu de substàncies o amb trastorns de salut mental concurrents.

Requisits de documentació:

L'accés als serveis sovint depèn de documents d'identitat, comprovants de domicili, historial mèdic o altra documentació que les persones sense llar poden no tenir.

Usuaris desconfiats o amb poc compromís:

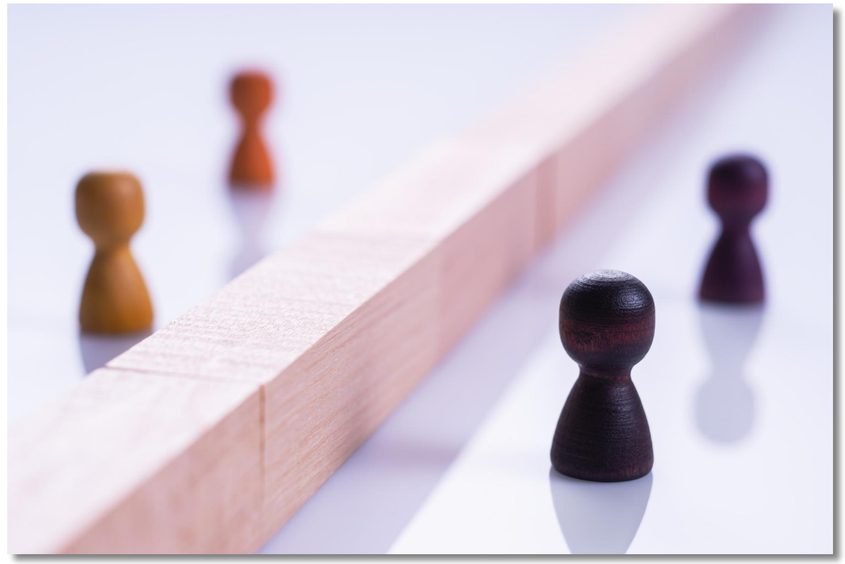
Sovint això té el seu origen en interaccions negatives o discriminatòries prèvies amb institucions i proveïdors de serveis.

Limitacions de recursos als equips de reducció de danys:

La gran quantitat de casos, l'escassetat de personal i el temps limitat redueixen la capacitat per acompanyar les persones beneficiàries, donar seguiment a les derivacions o advocar per ells de manera efectiva.

Complexitat burocràtica:

Els procediments administratius i els rígids criteris d'elegibilitat poques vegades s'ajusten a les necessitats urgents, fluctuants i d'alta vulnerabilitat de les persones sense llar.



UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - BARRERES PER A L'ACCÉS A L'ATENCIÓ DE SALUT MENTAL

Solucions per superar les barreres

Per respondre eficaçment a les necessitats de les persones sense llar, els serveis han de passar d'esperar que els individus s'adaptin a estructures rígides a crear sistemes flexibles, inclusius i centrats en la persona. Aquests sistemes haurien de reconèixer el trauma, el desavantatge estructural i la importància dels objectius de recuperació autodefinits.

A. Serveis integrats i de fàcil accés

- Transició de clíniques amb un model únic a xarxes integrades que connectin habitatge, atenció de salut mental, tractament d'addiccions i suport social
- Opcions d'atenció sense cita prèvia i criteris d'admissió flexibles.
- Eliminar barreres (requisits d'abstinència, exigències de documentació o necessitat d'un domicili fix).

B. Serveis de proximitat i mòbils (Descentralització)

- Equips mòbils o d'atenció a domicili.
- Millorar la intervenció primerenca, reduir l'atenció centrada en situacions de crisi i augmentar la continuïtat del suport.

C. Serveis de suport i transició

- Els programes de respir mèdic, també coneguts com a cures recuperatives, ofereixen acollida a curt termini amb serveis mèdics i socials per a aquelles persones que es recuperen d'una malaltia o lesió que estan massa malaltes per estar en un alberg, però que no requereixen una estada hospitalària.
- Intervenció en Temps Crític (CTI, per les seves sigles en anglès): una intervenció esglaonada i limitada en el temps per a persones en transició des d'una institució (com un hospital o una presó) de tornada a la comunitat.
- Gestió de casos: serveis de suport que ajuden a coordinar l'atenció i connecten les persones amb els recursos (Hwang & Burns, 2014).

UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

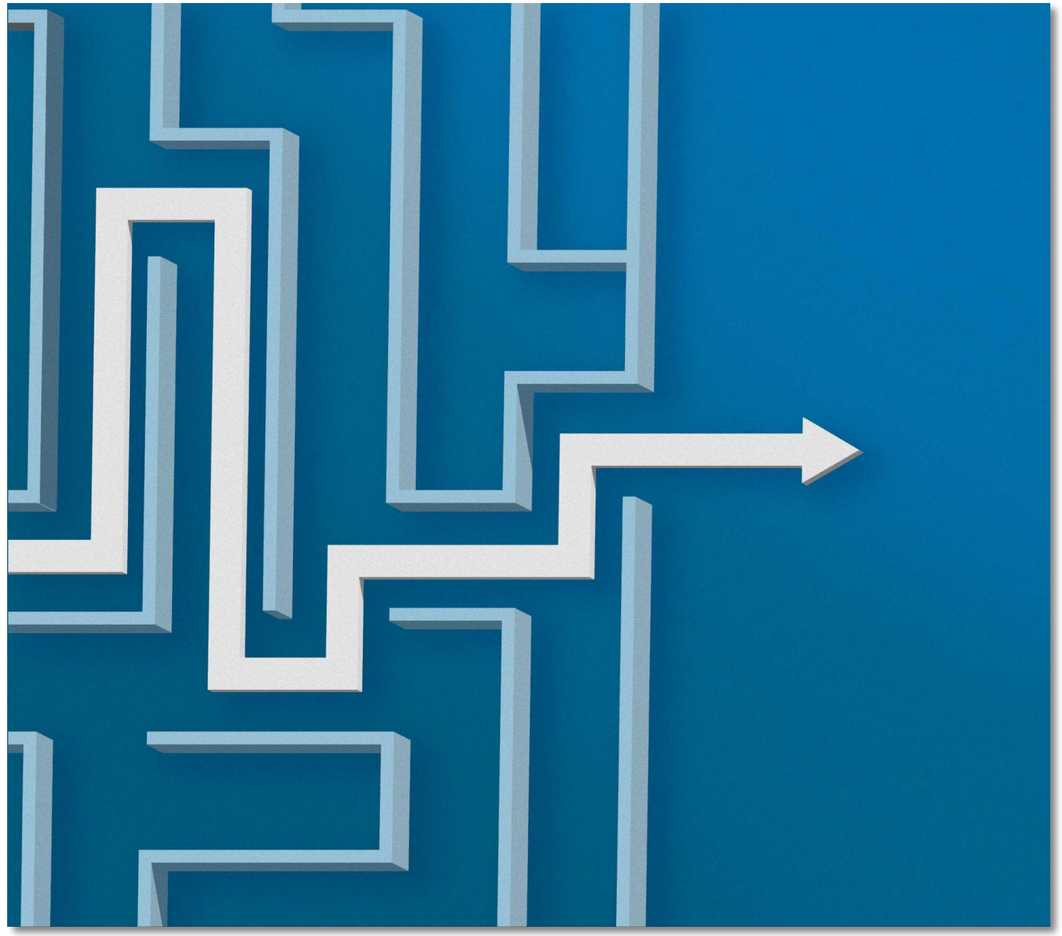
SECCIÓ 3 - BARRERES PER A L'ACCÉS A L'ATENCIÓ DE SALUT MENTAL

D. Reducció de l'estigma als sistemes de salut

- Formació dels professionals de la salut per enfortir la competència de gènere i cultural, reduir l'estigma i promoure pràctiques inclusives .
- Implementar enfocaments de servei centrats en la persona i que tinguin en compte el trauma.

E. Centres de serveis multidisciplinaris

- Crear centres de serveis que integrin una àmplia gamma de suports essencials sota un mateix sostre (per exemple, metge general, psiquiatre, psicòleg, infermer, terapeuta ocupacional, serveis de salut sexual i reproductiva, etc.).
- Aquests centres milloren la coordinació dels serveis, redueixen les cites perdudes, milloren la continuïtat de l'atenció i faciliten un suport integral i centrat en la persona.



UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - BARRERES PER A L'ACCÉS A L'ATENCIÓ DE SALUT MENTAL

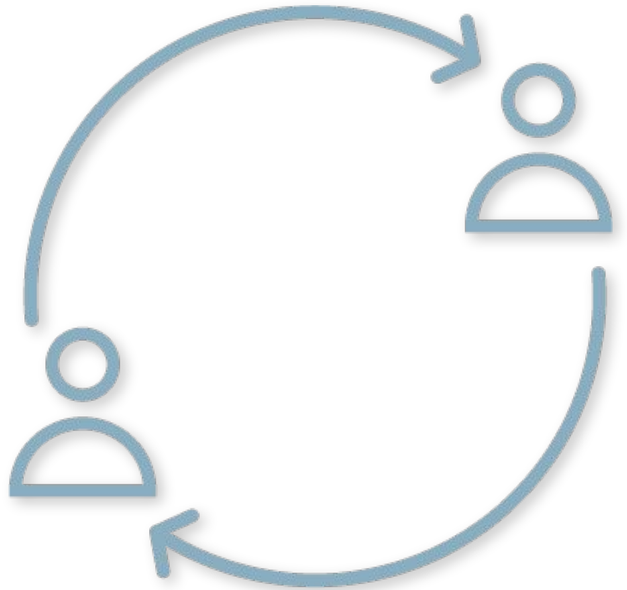
F. Participació entre iguals (Es desenvolupa amb més detall al Mòdul 5 – Treball entre iguals)

- Contractar persones amb experiència viscuda en equips de reducció de danys millora la confiança, la participació, la rellevància cultural i la capacitat de les persones beneficiàries

G. Abordar les causes fonamentals

Anar més enllà de l'atenció sanitària i abordar els determinants estructurals més amplis de la salut:

- Violència social i estructural: implementar polítiques i programes que redueixin l'exposició a la violència i la discriminació.
- Barreres per a la integració social: fomentar la inclusió mitjançant la participació comunitària, les xarxes de suport entre iguals i els programes que enforteixen les connexions socials.
- Atur i treball precari: promoure l'accés a l'ocupació estable, la formació professional i les oportunitats educatives per millorar la seguretat econòmica.
- Exclusió residencial i pobresa: Fomentar Iniciatives d'habitatge assequible, suport al lloguer i polítiques destinades a reduir la pobresa.
- Prescripció social: connectar les persones amb serveis comunitaris no clínics (grups de suport social, programes educatius i activitats recreatives)
- Respostes integrades entre salut i solucions de política social més àmplies.



UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - BARRERES PER A L'ACCÉS A L'ATENCIÓ DE SALUT MENTAL

ACTIVITAT 3.3 - PERSONES FACILITADORES

35-45 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Objectiu

Ajudar els professionals de la reducció de danys a identificar el seu paper com a facilitadors en situacions de la vida real i a determinar estratègies per ajudar les persones a superar les barreres estructurals, en els serveis i personals que dificulten l'accés a l'atenció i el suport.



Preparació

- La persona facilitadora haurà de preparar targetes amb situacions reals basades en les barreres comunes que enfronten les persones en contextos de reducció de danys. Cada targeta haurà de descriure un escenari específic (per exemple, algú que té dificultats per accedir a l'atenció mèdica a causa de la discriminació percebuda).
- La persona facilitadora haurà de dividir els participants en petits grups de 3 a 5 persones i entregar a cada grup un conjunt de targetes amb situacions.

UNITAT 1 - COMPRENDRE ELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - BARRERES PER A L'ACCÉS A L'ATENCIÓ DE SALUT MENTAL

ACTIVITAT 3.3 - PERSONES FACILITADORES

35-45 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.



Objectiu

- Explicació de l'objectiu de l'activitat: Cada grup analitzarà una situació de la vida real descrita a la targeta, identificarà el paper que exercirà com a persones facilitadores i determinarà com poden ajudar la persona a superar les barreres.
- Cada grup analitza la situació que apareix a la targeta i reflexiona sobre el següent:
  - Quin és el paper de la persona facilitadora en aquesta situació?
  - Quin tipus de barreres (estructurals, del servei, personals) hi ha?
  - Com es podria ajudar la persona a superar aquestes barreres?
  - Quines eines o enfocaments es podrien fer servir en aquest escenari per reduir els danys i millorar l'accés als serveis?

Animeu els grups a considerar solucions tan immediates com a llarg termini.

Conclusió

Resumiu les idees clau compartides pels grups i analitzeu els temes recurrents en les diferents situacions.

UNITAT 2:

PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

UNITAT 2:

SECCIÓ 1

PRESÈNCIA DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 1 - PRESÈNCIA DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

Els problemes de salut mental poden causar **malestar i interferir en la vida quotidiana, les relacions i la qualitat de vida en general** (OPP, 2025). Aquests problemes solen sorgir d'una combinació de factors, com ara influències biològiques i genètiques, la química cerebral, els estressors ambientals, la dinàmica social i familiar, les vulnerabilitats personals i els esdeveniments adversos de la vida. Aquests factors sovint interactuen, augmentant la probabilitat de desenvolupar dificultats de salut mental.

Les persones amb trastorns de salut mental també tenen més probabilitats de patir sensellarisme a causa de **dificultats** com ara l'elevat cost de l'habitatge, l'accés limitat a l'atenció de salut mental, els ingressos baixos i les dificultats per reintegrar-se a la societat després del tractament (Barry et al., 2024).

Aquesta Unitat presenta els principals símptomes de diversos problemes de salut mental comuns que pateixen les persones sense llar, així com alguns comportaments d'autolesió.

Barry i col·legues (2024) van revisar més de 7.700 articles de recerca i van incloure 85 estudis amb més de 48.000 participants, principalment dels EUA, el Canadà i Alemanya. Els seus resultats mostren que els problemes de salut mental són **molt comuns entre les persones sense llar**:

- Al voltant de dues de cada tres (67%) tenen actualment un trastorn de salut mental.
- Més de tres de cada quatre (77%) han patit un trastorn de salut mental en algun moment de la seva vida.
- Els problemes de salut mental són més comuns entre els homes que entre les dones.

Trastorns **més comuns**:

- Trastorns per consum de substàncies
- Trastorn de la personalitat antisocial
- Depressió major
- Trastorns generals de l'estat d'ànim



UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 1 - PRESÈNCIA DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

Les persones sense llar tenen moltes més probabilitats de patir problemes de salut mental que la població general.

Condició	Persones sense llar	Població general
Depressió major	19%	5%
Trastorns psicòtics	14%	0.4%
Trastorns d'estat d'ànim	18%	1-10%
Trastorn bipolar	8%	0.7%
Trastorn per estrès posttraumàtic	10.5%	1.1%
Trastorn per consum de substàncies	44%	12-15%
Trastorn de personalitat antisocial	26%	0.6-4%

TAULA: Comparació entre les persones sense llar i la població general, basada en dades extretes de Barry et al. (2024).

El **Trastorn de Personalitat antisocial** pot ser particularment comú a causa de factors de risc compartits, com la pobresa, l'exclusió social i els traumes a la infància. Alguns criteris diagnòstics, com les dificultats per mantenir una feina o assumir riscos personals, poden coincidir amb els problemes de la manca d'habitatge, cosa que dificulta diferenciar el trastorn de les circumstàncies.

Importància del suport coordinat: Les intervencions eficaces han de combinar l'atenció a la salut mental, els serveis socials, el suport a l'habitatge i les polítiques de suport.

El consum de substàncies pot emmascarar, imitar o reduir temporalment els símptomes de salut mental.

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 1 - PRESÈNCIA DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

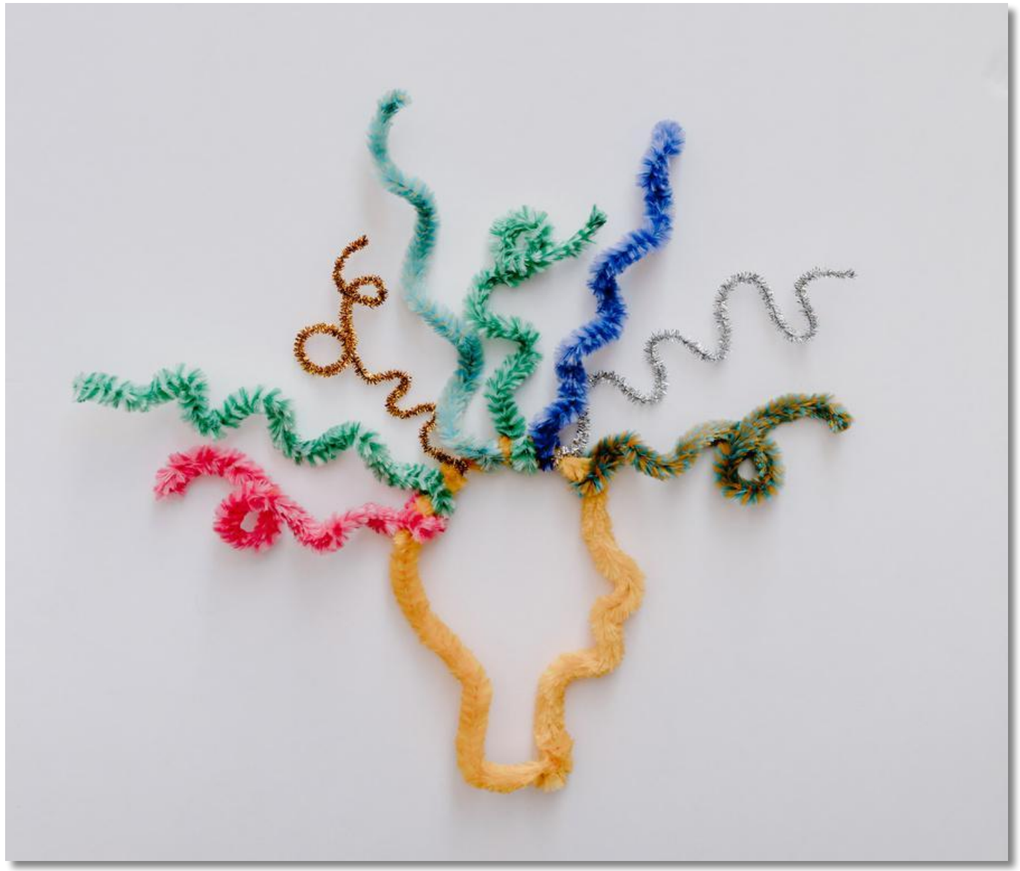
Neurodiversitat i persones sense llar: Enfocament al TDAH

El TDAH és molt més comú entre les persones que es troben en situació de sensellarisme que en la població general. La recerca indica que al voltant del 32% dels adults sense llar podrien tenir TDAH, en comparació amb el 5-8% general.

Entre els infants i adolescents en situació de sensellarisme, els estudis estimen que aproximadament 1 de cada 4 té TDAH, amb taxes més elevades entre els joves de més edat. Les dificultats relacionades amb el TDAH —com ara els problemes d'organització, de concentració i de control dels impulsos— poden afectar l'educació, l'ocupació, les finances i les relacions.

Molts adults amb un TDAH no reconegut també consumeixen substàncies per fer front als símptomes, fet que pot augmentar els riscs i dificultar l'estabilitat de l'habitatge.

El reconeixement i el suport al TDAH són, per tant, una part important d'una prevenció i atenció eficaces del sensellarisme.



UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 1 - PRESÈNCIA DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

Acumulació compulsiva entre persones sense llar

La recerca mostra que les conductes d'acumulació compulsiva **són més comunes** entre les persones amb antecedents de sensellarisme o inestabilitat residencial que en la població general. Els estudis en habitatges amb suport van trobar acumulació en aproximadament el 18-23% dels residents, en comparació amb el 2-5% general.

L'acumulació està **estretament lligada** al risc de desnonament i a la pèrdua de l'habitatge. Els estudis de persones que s'enfronten a un desnonament van trobar altes taxes de trastorn d'acumulació, juntament com reptes relacionats com ara la dependència de l'alcohol, dificultats de personalitat i experiències infantils adverses. Moltes de les persones afectades no rebien suport de salut mental, fins i tot mentre s'enfrontaven a un desnonament legal.

El trauma en les primeres etapes de la vida —com ara la pobresa, la negligència, la pèrdua de cuidadors o un habitatge inestable— també pot contribuir a les conductes d'acumulació. Aquestes experiències són comunes entre les persones que han patit sensellarisme o problemes de consum de substàncies.

Reconèixer el trastorn d'acumulació compulsiva **d'hora** és important. Amb un suport de salut mental adequat i assistència pràctica per a l'habitatge, els serveis poden reduir el risc de desnonament, millorar l'estabilitat residencial i abordar les necessitats de salut relacionades.



UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 1 - PRESÈNCIA DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

Suïcidi i autolesions entre persones sense llar

Un ampli estudi poblacional a Dinamarca va fer el seguiment de més de 5 milions de residents i va trobar que més de 56.000 persones van patir sensellarisme. En un termini de 10 anys des del seu primer contacte amb un alberg, les taxes de suïcidi i d'autolesió van ser molt més altes que en la població general.

Aproximadament l'**1,3% dels homes i el 0,9% de les dones** que havien patit sensellarisme van morir per suïcidi. Al voltant del **9-10%** tant d'homes com de dones es van autolesionar. En comparació amb les persones que mai havien estat sense llar, el risc de suïcidi era entre **2 i 4 vegades** més alt, i el **risc d'autolesió** era **més de 3 vegades superior.**

El risc era especialment elevat durant els períodes de **sensellarisme actiu**, i encara més alt entre les persones amb trastorns psiquiàtrics. Les autolesions prèvies augmentaven de manera molt important el risc de suïcidi posterior.

Aquest estudi mostra com de prop estan connectats el sensellarisme, els problemes de salut mental i el risc de suïcidi, fet que destaca la necessitat d'una identificació primerenca i d'un suport coordinat.



UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 1 - PRESÈNCIA DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

Suïcidi i autolesions entre persones sense llar

Conclusions clau:

- Les persones que es troben en situació de sensellarisme tenen riscs molt més elevats d'autolesió i suïcidi, especialment aquelles que pateixen el sensellarisme de manera activa.
- Els trastorns psiquiàtrics i els episodis d'autolesió són indicadors clars del risc de suïcidi en aquest grup.
- Aquestes troballes destaquen la necessitat urgent d'una millor avaluació, suport i intervencions dirigides a reduir les autolesions i el suïcidi entre les persones que es troben en situació de sensellarisme.



UNITAT 2:

SECCIÓ 2

SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

Aquesta secció explora els **símptomes clau dels problemes de salut mental comuns i de les conductes d'autolesió entre les persones en situació de sensellarisme.** Destaca com es poden presentar aquestes condicions en aquesta població, proporcionant una base per a la comprensió dels seus reptes i per a orientar el suport i les intervencions eficaces.

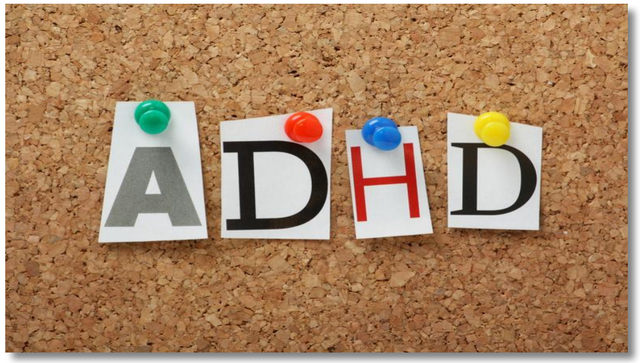
1. Trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH)

El **TDAH** és un trastorn del desenvolupament caracteritzat per un patró persistent d'inatenció, hiperactivitat i impulsivitat (NIMH, 2024):

- **Inatenció:** dificultat per parar atenció als detalls, mantenir-se concentrat en una tasca, seguir instruccions i normes, i mantenir l'organització; tendència a cometre errades, perdre coses, oblidar les activitats diàries i distreure's fàcilment.
- **Hiperactivitat:** inquietud o activitat excessiva, fins i tot en moments inapropiats; dificultat per romandre assegut o participar en activitats tranquil·les; parlar excessivament; dificultat per esperar el torn i interrupcions freqüents als altres.
- **Impulsivitat:** actuar sense pensar, implicar-se en conductes de risc i tenir dificultats amb l'autocontrol.

Hi ha **tres subtipus de TDAH**, depenent dels símptomes predominants: el **tipus inatent** (més comú en dones), el **tipus hiperactiu-impulsiu** (més comú en homes) i el **tipus combinat** (NIMH, 2024).
Els símptomes també poden evolucionar al llarg de la vida:

- **Els infants** sovint mostren una hiperactivitat i impulsivitat destacades; a mesura que augmenten les exigències acadèmiques i socials, la inatenció es fa més evident.
- **Els adolescents** solen mostrar una reducció de la hiperactivitat, amb més inquietud i nerviosisme motor, mentre que la impulsivitat i la inatenció generalment persisteixen.
- **Els adults,** inclosos els adults d'edat avançada, poden experimentar inatenció, inquietud i impulsivitat, que poden esdevenir menys greus, però continuen sent incapacitants. Els adults també poden presentar irritabilitat, baixa tolerància a la frustració, vulnerabilitat a l'estrès o canvis d'humor intensos.



UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

Trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH)

TDAH al llarg de la vida

- **Infants:** la hiperactivitat i la impulsivitat són el més evident; la inatenció es fa més clara a mesura que augmenten les exigències escolars i socials
- **Adolescents:** la hiperactivitat disminueix, la inquietud es manté; la inatenció i la impulsivitat persisteixen
- **Adults:** la inatenció, la inquietud i la impulsivitat poden continuar. Els reptes addicionals poden incloure irritabilitat, baixa tolerància a la frustració, sensibilitat a l'estrès i canvis d'humor.

Impacte en la vida diària

- Dificultats a l'escola, la feina i les relacions
- En infants: ansietat, baixa autoestima, conflictes amb els companys, conducta oposicionista
- Augment del risc de consum de substàncies i símptomes depressius
- Sovint es combina amb altres problemes com ara trastorns del son (fins al 70% dels adults amb TDAH), ansietat i depressió

Diagnòstic i consideracions

- Els símptomes han de ser presents **abans dels 12 anys**
- Molts adults són diagnosticats més tard a causa de:
  - Símptomes lleus a la infància
  - Estratègies d'adaptació primerenques eficaces
  - Manca de reconeixement per part de la família o del professorat

Important: altres factors com l'estrès, els trastorns del son, l'ansietat o els problemes de salut física poden simular els símptomes del TDAH

Prevalença

- S'estima que un **5% dels infants** compleixen els criteris diagnòstics del TDAH (OPP, 2025)
- Els símptomes **d'inatenció** sovint persisteixen en l'edat adulta, mentre que la hiperactivitat i la impulsivitat poden disminuir

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

2. Trastorns d'ansietat

TDAH al llarg de la vida

Tothom experimenta ansietat, especialment en situacions estressants, desconegudes o desafiants.

És un sentiment de preocupació, nerviosisme, inquietud o por sobre el que pot passar (OPP, 2025).

L'ansietat normal pot afectar el son, la gana i la concentració, però generalment disminueix un cop passa la situació i, fins i tot, pot augmentar l'estat d'alerta i el focus.

Quan l'ansietat esdevé aclaparadora, persistent o disruptiva, pot indicar un trastorn d'ansietat.

Les persones poden sentir que perden el control, tenir por de morir o sentir com si “perdessin el cap”.



Els trastorns d'ansietat es troben entre els problemes de salut mental més comuns i poden afectar persones de totes les edats. Cada persona experimenta l'ansietat de manera diferent, de manera que quan l'ansietat comença a dominar, es poden desenvolupar diverses condicions relacionades, com ara:

- **Atacs de pànic**
  que es produeixin sense un desencadenant clar
- **Evitació fòbica**
  (per exemple, por de sortir de casa).
- **Aïllament**
  D’amics i familiars
- **Pensaments obsessius o conductes compulsives**

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

2. Trastorns d'ansietat

Conclusions clau:

Els símptomes físics

Poden incloure: tensió muscular, mals de cap, nàusees, ritme cardíac accelerat, "papallones" a l'estómac o la necessitat freqüent d'anar al bany.

Símptomes psicològics

Inclouen inquietud, irritabilitat, dificultat per concentrar-se, pensaments negatius repetitius i evitació social.

Trastorn d'ansietat generalitzada (TAG)

- Sovint comença al voltant dels 30 anys, però pot iniciar-se a la infància
- Més comú en dones que en homes
- Els signes inclouen preocupació excessiva, dificultat per controlar la preocupació, inquietud, fatiga, irritabilitat, problemes de son i símptomes físics

Reconèixer i abordar l'ansietat de manera primerenca és important per mantenir el benestar, el funcionament diari i les connexions socials.

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

3. Deterioramento cognitiu

(inclòs el deterioramento cognitiu induït per substàncies)

La cognició es refereix als processos mentals implicats en l'aprenentatge, el pensament, la comprensió i la percepció, incloent-hi l'atenció, la memòria, la presa de decisions, la planificació, el raonament, el llenguatge i les habilitats visuoespacials (Dhakal et al., 2023).

El **deterioramento cognitiu (o dèficit cognitiu)** descriu dificultats en un o més d'aquests dominis. No és una malaltia en si mateixa, sinó un símptoma que pot indicar una condició subjacent.

Signes comuns de deterioramento cognitiu

- Problemes de memòria (repetir preguntes, tornar a explicar històries)
- Dificultat per aprendre o concentrar-se
- Problemes amb el llenguatge o la visió
- Confusió o agitació
- Dificultat per reconèixer persones o llocs
- Canvis en l'estat d'ànim, la conducta o la parla
- Dificultat per dur a terme les tasques diàries habituals

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

3. Deterioramento cognitiu

(inclòs el deterioramento cognitiu induït per substàncies)

Causes al llarg de la vida

- **Etapes primerenques de la vida:** síndromes genètiques, exposició prenatal a drogues, desnutrició, prematuritat, trauma, abús
- **Infància i adolescència:** efectes secundaris dels tractaments oncològics, trastorns metabòlics o immunitaris, autisme
- **Edat adulta i vellesa:** ictus, delírium, demència, depressió, esquizofrènia, consum crònic d'alcohol o de substàncies, tumors cerebrals
- **Certs medicaments** (sedants, anticolinèrgics, opioides, glucocorticoides)
- **Lesions cerebrals o infeccions**

Deterioramento cognitiu induït per substàncies

Es refereix al declivi cognitiu causat per fàrmacs o drogues, incloent-hi aquells que no actuen directament sobre el cervell (Reimers et al., 2024). Pot variar des de símptomes lleus fins a deterioraments en dominis específics, deliris o deteriorament cognitiu lleu.

- **Substàncies d'alt risc:** benzodiazepines, antipsicòtics sedants, opioides, certs antidepressius
- **Factors predisposants:** edat avançada, malaltia neurològica, dependència de substàncies
- Sovint es confon amb la demència, especialment en adults de més edat (Bowen & Larson, 2012)

Conclusions clau: *El deteriorament cognitiu pot aparèixer a qualsevol edat, i reconèixer-lo d'hora —especialment quan és induït per fàrmacs o drogues— és crucial per al suport, la seguretat i la intervenció.*

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

4. Trauma complex i respostes d'estrès posttraumàtic

L'exposició a esdeveniments traumàtics està estretament lligada al desenvolupament de problemes de salut mental. **El trastorn d'estrès posttraumàtic** (**TEPT**) es va reconèixer per primera vegada com un diagnòstic independent l'any 1980 (DSM-III). No obstant això, el TEPT no copsava del tot l'impacte dels traumes interpersonals recurrents, prolongats o viscuts a les primeres etapes de la vida, especialment quan el trauma es produïa en l'àmbit de relacions properes, com ara amb cuidadors o parelles afectives.

Això va portar al concepte de **TEPT complex (trauma complex),** descrit inicialment en el DSM-IV com a **trastorns per estrès extrem no especificats** (DESNOS, per les seves sigles en anglès). Tot i que no era oficialment un diagnòstic separat en el DSM-IV, va destacar les alteracions psicològiques i funcionals més àmplies causades pel trauma crònic.



UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

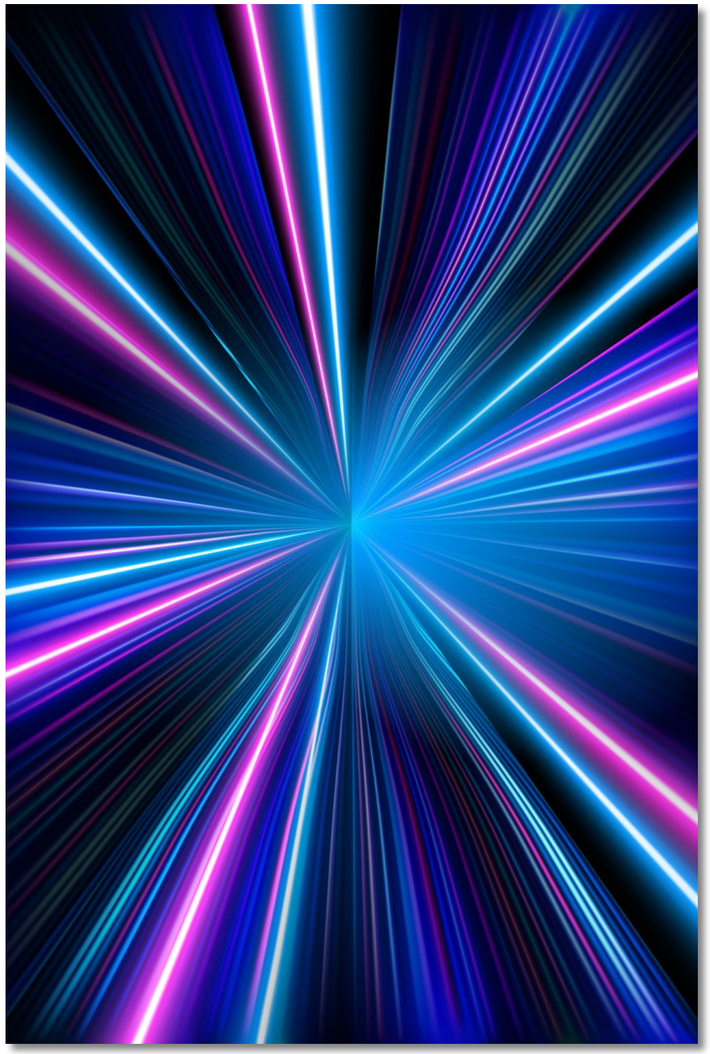
4. Trauma complex i respostes d'estrès posttraumàtic

Classificacions modernes diferents:

- El DSM-5 inclou algunes respostes al trauma complex dins dels criteris del TEPT.
- L'ICD-11 reconeix el TEPT complex com un diagnòstic independent.

Malgrat les diferències, hi ha un fort consens que el trauma complex implica:

- Victimització interpersonal
- Múltiples esdeveniments traumàtics
- Exposició crònica o prolongada, amb un impacte especialment greu quan el trauma es pateix a les primeres etapes de la vida.



UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

4. Trauma complex i respostes d'estrès posttraumàtic

Àrees clau afectades pel trauma complex:

1. **Regulació de l'afecte i dels impulsos:** emocions extremes o que canvien ràpidament, autolesions, trastorns de la conducta alimentària, ideació suïcida, conducta sexual impulsiva, dificultat per gestionar la ràbia.
2. **Atenció o consciència: d**issociació, despersonalització, alteracions de la memòria (amnèsia o hipermnèsia), pèrdua de la noció del temps ("losing time") sota estrès.
3. **Autopercepció:** visió negativa persistent d'un mateix, sentiments d'impotència, vergonya, culpa, autoculpabilitat o sentir-se “danyat” o estigmatitzat.
4. **Relacions amb els altres:** desconfiança crònica, dificultat per formar vincles segurs, patrons de revictimització o, de vegades, victimització dels altres com a estratègia de supervivència.
5. **Somatització:** dolor crònic o símptomes corporals que afecten el funcionament digestiu, circulatori, cardiopulmonar o sexual sense una causa mèdica clara.
6. **Sistemes de significat:** pèrdua de les creences fonamentals, desesperança, malestar existencial, dificultat per mantenir un propòsit o un sentit de futur.

Conclusió: *El trauma complex reflecteix l'impacte profund del trauma interpersonal repetit o prolongat, especialment a les primeres etapes de la vida, afectant el funcionament emocional, cognitiu, relacional i físic. Un reconeixement i un suport eficaços requereixen comprendre aquestes múltiples àrees en lloc de centrar-se exclusivament en els símptomes del TEPT.*

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

5. Trastorns depressius (1)

La depressió és un dels problemes de salut mental més comuns a tot el món; afecta al voltant del 5% dels adults i es diagnostica amb més freqüència en dones que en homes (OMS, 2023). L'OMS reconeix la depressió com la causa principal de discapacitat a escala global (OPP, 2021).

La depressió implica tristesa persistent, desesperança i malestar emocional. Aquests sentiments poden aparèixer de manera natural com a resposta a esdeveniments de la vida com ara un dol, una pèrdua o una decepció, la qual cosa pot ser saludable i adaptativa. Normalment, aquestes emocions són proporcionals a l'esdeveniment i disminueixen amb el temps.

Tanmateix, quan la tristesa o la desesperança persisteixen durant més de dues setmanes, reapareixen sovint o interfereixen en el funcionament diari, poden indicar un **trastorn depressiu clínic.**

La depressió es troba dins d'un espectre:

- **Depressió lleu:** les persones mantenen les seves rutines diàries, tot i que les tasques poden semblar més difícils, aclaparadores o tenir menys sentit.
- **Depressió greu:** el funcionament pot veure's notablement alterat, la seguretat física pot estar en risc a causa de pensaments o conductes suïcides, i poden sorgir símptomes psicòtics secundaris com ara al·lucinacions o deliris (NIMH, 2024).



UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

5. Trastorns depressius (2)

Els símptomes comuns de la depressió afecten les emocions, els pensaments, les conductes i la salut física:

Símptomes emocionals i cognitius

- Estat d'ànim persistentment trist, infeliç, irritable, ansiós o “buit” (que dura més de dues setmanes)
- Sentiments de desesperança o pessimisme
- Irritabilitat freqüent, frustració o inquietud
- Sentiments de culpa, inutilitat o impotència
- Pèrdua d'interès o de plaer en activitats de les quals abans es gaudia
- Dificultat per concentrar-se, recordar coses o prendre decisions

Símptomes físics i conductuals

- Fatiga persistent o poca energia
- Alteracions del son (insomni, dormir massa, malsons)
- Canvis en la gana o el pes
- Augment del consum de substàncies com ara l'alcohol o el tabac

Símptomes relacionats amb el risc

- Pensaments de mort o de suïcidi, o intents de suïcidi
- Augment de la ràbia, la irritabilitat o la inquietud
- Aïllament del contacte social o abandonament de les responsabilitats
- Conductes d'alt risc o impulsives
- Canvis en el desig o el rendiment sexual

Punt clau: *La depressió és un procés* ***individualitzat****. Cada persona l'experimenta de manera diferent, i els símptomes poden variar des d'una interferència lleu en la vida diària fins a una alteració greu amb riscs per a la vida. El reconeixement i el suport d'hora són essencials per millorar el benestar i prevenir danys.*

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

6. Trastorn d'acumulació i conductes d'acumulació

L'acumulació es refereix generalment a un **patró persistent d'adquisició i conservació d'objectes,** que sovint porta a un desordre o acumulació excessiva que interfereix en la vida diària.

L'acumulació greu (Tompkins, 2015) es defineix per:

- **Risc de lesions greus o de mort** a causa d'un entorn domèstic compromès
- **Baixa capacitat funcional,** és a dir, dificultats per dur a terme les activitats diàries a causa de limitacions físiques, psicològiques o socials (Soniat et al., citat a Tompkins, 2015)

Quan es parla d'acumulació, és important distingir entre les **conductes d'acumulació i el trastorn d'acumulació.**



Conductes d'acumulació

- Poden aparèixer en el context de diversos **estats mèdics, genètiques o psicològiques**
- Prevalença: entre el **2% i el 5% dels adults** mostren conductes d'acumulació significatives (Iervolino et al., citat a Options Bytown, 2024)

Trastorn d'acumulació

- És una **condició complexa i multidimensional** que implica processos cognitius, conductuals i emocionals
- Sovint concorre amb altres problemes de salut mental:
  - **El 92% de les persones amb trastorn d'acumulació** tenen una condició concurrent com ara depressió, ansietat, TOC (trastorn obsessivocompulsiu) o fòbia social (Mass Housing Conference, citat a Options Bytown, 2024)
  - **Els símptomes del TDAH** hi són presents de manera comuna (Hartl et al., 2005)
  - Es poden produir **conductes d'adquisició compulsiva,** que de vegades es classifiquen com un **trastorn del control dels impulsos** (McElroy et al., citat a Options Bytown, 2024)
  - La **fòbia social** també hi pot contribuir, de manera que les possessions actuen com a barreres de **seguretat emocional**

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

6. Trastorn d'acumulació i conductes d'acumulació

A causa d'aquestes **elevades taxes de comorbiditat,** l'avaluació ha d'incloure el cribratge de les condicions associades. Això és essencial per a dissenyar intervencions eficaces i prevenir recaigudes. Les condicions concurrents poden complicar o influir en un enfocament de reducció de danys, fet que requereix que els professionals les abordin com a part d'un **pla integral per a l'acumulació greu.**



Intervencions

Les intervencions per a l'acumulació solen ser **complexes, llargues i costoses,** però alhora essencials. Els buidatges de neteja realitzats sense una intervenció terapèutica mostren una **taxa de reincidència del 100% (Options Bytown, 2024),** la qual cosa subratlla la necessitat de suport psicosocial i conductual.

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

6. Trastorn d'acumulació i conductes d'acumulació

Criteris diagnòstics del DSM-5 per al trastorn d'acumulació (SHIP, 2024)

- **Dificultat persistent per a desfer-se o separar-se de les possessions,** independentment del seu valor real, a causa d'una necessitat percebuda de conservar els objectes i del malestar associat a desfer-se'n.
- Aquesta dificultat porta a una acumulació que desendreça i **omple les zones de vida actives**, fet que compromet de manera substancial l'ús al qual estaven destinades.
- L'acumulació causa un malestar clínicament significatiu **o deteriorament en les àrees socials, laborals o altres àrees de funcionament,** incloent-hi el manteniment d'un entorn segur.
- La conducta **no es pot atribuir** a un altre estat mèdic.
- La conducta **no s'explica millor** per un altre trastorn mental.

Especificadors (SHIP, 2024)

- **Adquisició excessiva:** la dificultat per a desfer-se dels objectes s'acompanya de l'adquisició d'elements que no es necessiten o per als quals no hi ha espai disponible.
- **Autoconsciència bona o acceptable:** la persona reconeix el problema.
- **Autoconsciència pobra:** la persona està convençuda majoritàriament que les seves conductes no són problemàtiques.
- **Absència d'autoconsciència / creences delirants:** convicció completa que les conductes són apropiades malgrat les evidències clares del contrari.

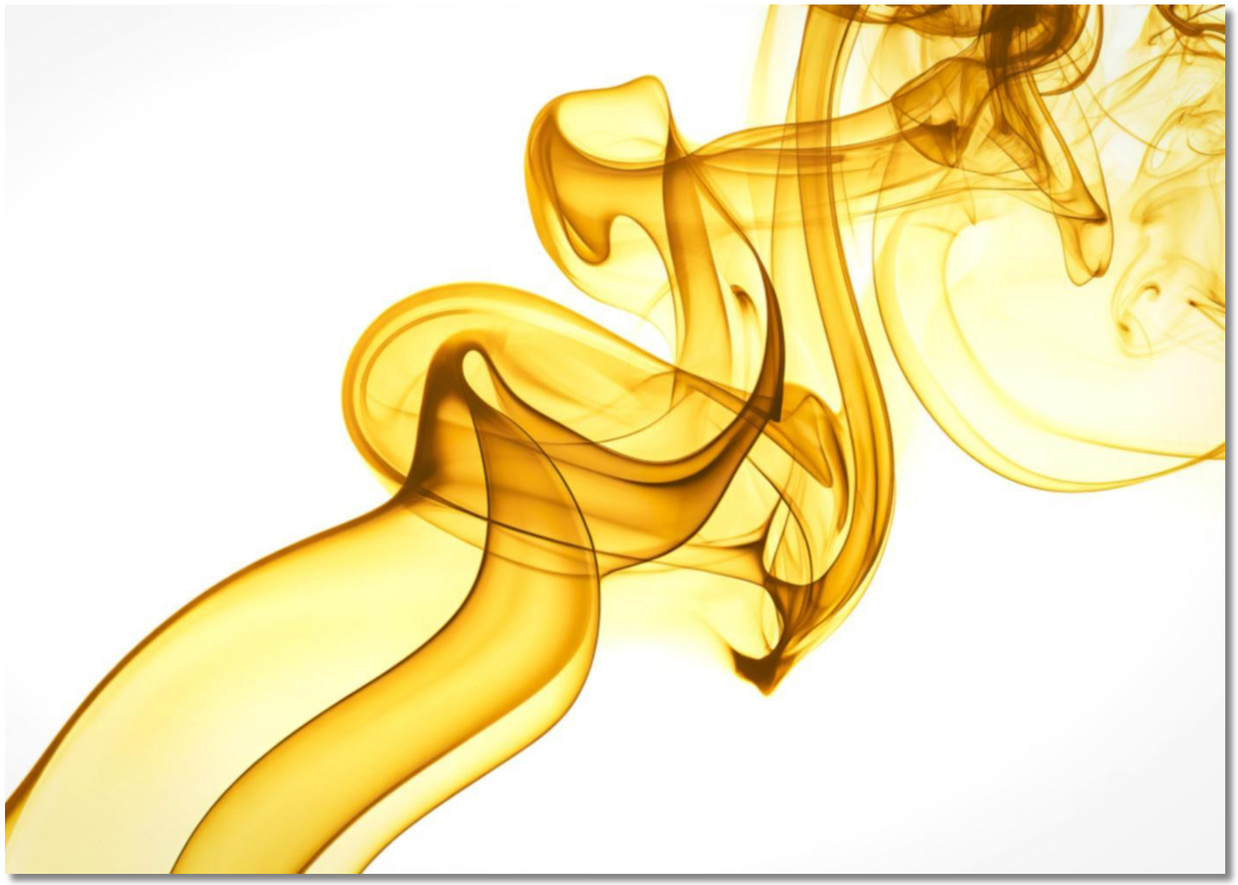
UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

6. Trastorn d'acumulació i conductes d'acumulació

Inici i desenvolupament

- Les conductes d'acumulació sovint comencen **al voltant dels 13 anys**.
- Les persones solen buscar ajuda **dècades més tard,** amb una mitjana d'edat d'uns 50 anys en el moment de sol·licitar tractament (Bratiotis, Sorrentino i Steketee, citat a Options Bytown, 2024).
- **L'acumulació d'inici tardà** (després dels 50 anys) pot estar desencadenada per canvis importants a la vida (reducció de l'espai de l'habitatge, dol, pèrdua) o estar associada a esdeveniments cerebrovasculars no detectats (Anderson, Damasio i Damasio, citat a Tompkins, 2014).



UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

7. Trastorns de la personalitat, inclòs el trastorn límit de la personalitat

- **La personalitat** es refereix als **patrons relativament estables en la manera com les persones pensen, senten, es comporten i es relacionen amb els altres.** Aquests patrons es desenvolupen a la infància i continuen evolucionant al llarg de la vida, modelant allò que fa que cada persona sigui única.
- **Un trastorn de la personalitat** és un **patró permanent i inflexible d'experiència interna i de conducta** que causa un malestar o deteriorament significatiu i que es desvia clarament de les expectatives culturals. Aquests patrons no s'expliquen per condicions mèdiques, pel consum de substàncies ni per les etapes normals del desenvolupament.

Aquests **patrons disfuncionals a llarg termini** han d'afectar almenys **dues de les quatre àrees següents** (APA, 2025):

1. La manera de pensar de l'individu sobre si mateix i sobre els altres
2. Les respostes emocionals
3. El funcionament interpersonal
4. El control dels impulsos i la conducta

El diagnòstic l'ha de fer un professional de la salut mental qualificat i rarament es dona abans dels 18 anys perquè la personalitat encara s'està desenvolupant.

El **DSM-5-TR** descriu deu trastorns de la personalitat agrupats en tres clústers o grups. Tot i que difereixen entre si, comparteixen característiques clau com ara:

- Maneres inusuals o rígides de percebre's a un mateix i als altres
- Respostes emocionals que es desvien de les expectatives
- Dificultats amb el control dels impulsos

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

7. Trastorns de la personalitat, inclòs el trastorn límit de la personalitat

Les persones amb trastorns de la personalitat sovint experimenten problemes de salut mental comòrbides, com ara ansietat, depressió, trastorns per consum de substàncies, trastorns alimentaris i conflictes de parella.

Històricament, els trastorns de la personalitat es consideraven de vegades «incurables», però ara la recerca demostra que existeixen tractaments eficaços i que la identificació precoç millora els resultats. Els enfocaments diagnòstics més nous també consideren els trastorns de la personalitat com un continu, centrant-se en els nivells de deteriorament en lloc de les categories rígides.



UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

7. Trastorns de la personalitat, inclòs el trastorn límit de la personalitat

Trastorn límit de la personalitat (TLP)

El trastorn de la personalitat borderline afecta aproximadament 1 de cada 100 persones i té un fort impacte en la regulació emocional, l'autoimatge i les relacions.

Els símptomes comuns inclouen:

- **Canvis d'humor intensos** i emocions aclaparadores
- **Sentiments crònics de buidor**
- **Conductes impulsives o de risc** (per exemple, despeses excessives, sexe insegur, consum de substàncies)
- **Autoimatge inestable** i canvis en els objectius o valors
- **Por a l'abandonament** i relacions inestables
- **Autolesions o pensaments suïcides**
- **Ràbia intensa** o dificultat per controlar les emocions
- **Dissociació** (sentir-se desconnectat d'un mateix o de la realitat).

No tothom experimenta tots els símptomes, i la gravetat varia molt d'una persona a una altra.

A causa del seu impacte, aquest trastorn pot **provocar inestabilitat en les relacions, dificultats a la feina o als estudis, i conflictes amb els sistemes socials o legals.** Les persones que el pateixen també tenen un risc més elevat de patir depressió, ansietat, TEPT, trastorns de la conducta alimentària i trastorns per consum de substàncies.

El diagnòstic i el tractament primerencs són essencials, ja que ajuden les persones a aprendre habilitats de regulació emocional, a millorar les relacions i a construir una vida més estable i plena.

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

8. Trastorns psicòtics, incloent-hi l'esquizofrènia, la psicosi induïda per substàncies i altres manifestacions psicòtiques

Esquizofrènia

L'esquizofrènia és un trastorn mental greu que afecta la manera com una persona **pensa, sent, es comporta i es relaciona amb els altres.** Sovint implica distorsions importants en la manera com es percep la realitat.

Els exemples comuns inclouen:

- **Al·lucinacions** (per exemple, sentir veus que els altres no senten)
- **Deliris,** com ara la creença de ser perseguit o de tenir poders o una identitat especials (OPP, 2025)

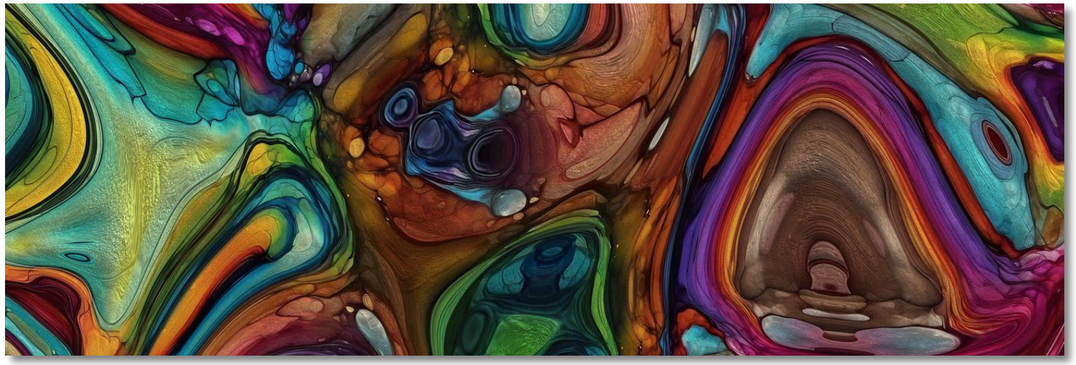
Aquesta pèrdua aparent de contacte amb la realitat pot ser altament angoixant tant per a la persona com per als seus familiars i l'entorn profund.

Impacte funcional

L'esquizofrènia pot afectar moltes àrees de la vida diària. Persones amb experiència:

- Dificultat per gestionar les activitats quotidianes
- Dificultats en les relacions, la feina o la independència.
- Períodes en què els símptomes duren setmanes o es tornen prolongats.

Existeixen **tractaments eficaços** i moltes persones amb esquizofrènia poden portar vides plenes i independents. El tractament sol ser combinat de **medicació, suport psicosocial i serveis de rehabilitació.**



UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

8. Trastorns psicòtics, incloent-hi l'esquizofrènia, la psicosi induïda per substàncies i altres manifestacions psicòtiques

Categories de símptomes

Els símptomes varien entre els individus, però generalment es divideixen en tres grups (NIMH, 2024):

01 Símptomes psicòtics positius

Alteracions en el pensament, el comportament i la percepció de la realitat, que inclouen:

- Al·lucinacions
- Decepcions.
- Pensament o parla desorganitzats
- Dificultats per distingir entre el que és real i l'irreal.

Aquests símptomes poden fluctuar o romandre estables amb el temps.

02 Símptomes negatius

- Pèrdua de motivació
- Disminució de l'interès o del plaer a les activitats diàries
- Aïllament social
- Expressió emocional reduïda
- Dificultats per fer tasques quotidianes

03 Símptomes Cognitius

- Procurades d'atenció.
- Dificultat per concentrar-se
- Deterioració de la memòria

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

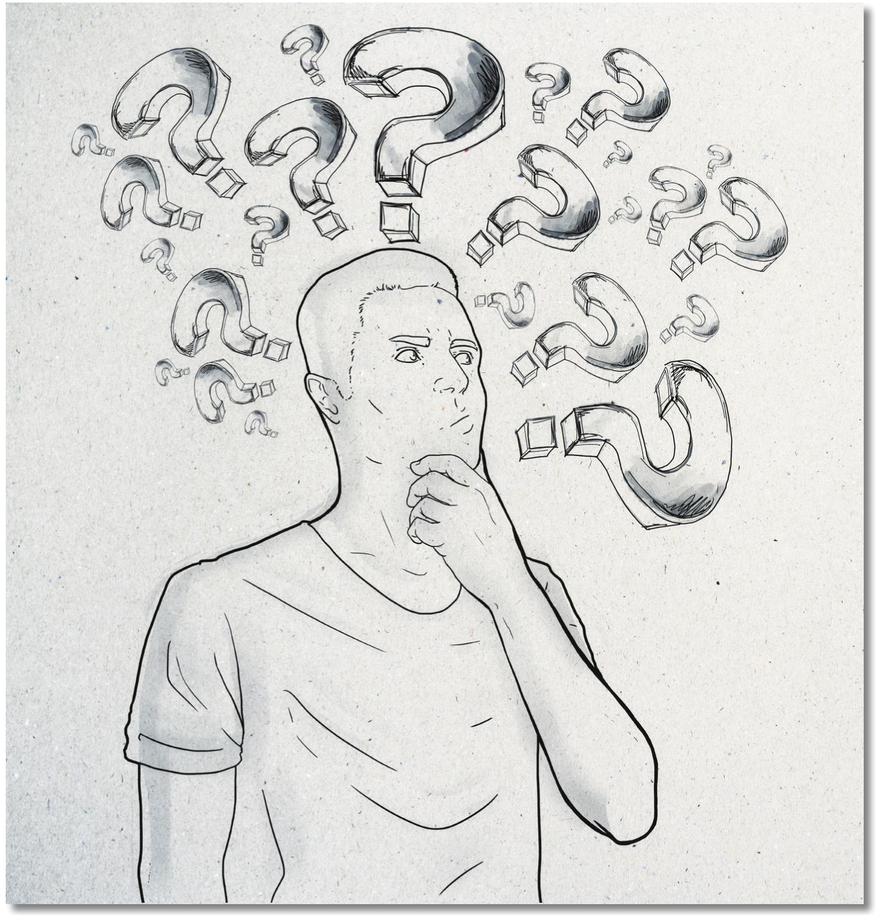
8. Trastorns psicòtics, incloent-hi l'esquizofrènia, la psicosi induïda per substàncies i altres manifestacions psicòtiques

Violència i esquizofrènia: aclarint conceptes erronis

Sovint es percep erròniament les persones amb esquizofrènia com a violentes. És fonamental destacar:

- La majoria de les persones amb esquizofrènia no són perilloses.
- Tenen 10 cops més probabilitats de ser víctimes de delictes violents que la població general.
- Només entre el 3% i el 5% dels actes violents són comesos per persones amb un trastorn mental (OPP, 2025).

El risc augmenta principalment quan la malaltia no es tracta o quan hi ha un abús de substàncies concomitant (NIMH, 2024).



UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

8. Trastorns psicòtics, incloent-hi l'esquizofrènia, la psicosi induïda per substàncies i altres manifestacions psicòtiques

Noves substàncies psicoactives (NSP) i psicosi:

Les NSP són drogues sintètiques dissenyades per imitar substàncies **controlades mentre eludeixen les lleis antidrogues vigents**. Són modificades químicament de forma constant, cosa que en dificulta la regulació i el control.

Les categories comunes inclouen:

- **Cannabinoides sintètics**
- **Fenetilamines**
- **Catinones**
- **Substàncies d'origen vegetal**
- **Piperazines**
- **Substàncies de tipus ketamina**

Riscos per a la salut mental de les NPS

La investigació mostra que l'ús de NPS està vinculat a problemes greus de salut mental, incloent-hi:

- **Psicosi de primer episodi**
- **Autolesions i pensaments suïcides**
- **Alt nivell de malestar psicològic**
- **Problemes socials i funcionals**

Les psicosis induïdes per substàncies semblen més comú ca **entre els usuaris de NPS** que entre els usuaris de drogues tradicionals.

Per exemple, una planta de psiquiatria d'Escòcia va constatar que el **22,2 % de les admissions d'adults ingressats implicaven NPS**, contribuint a símptomes en gairebé el **60 % dels casos.** Els símptomes aguts notificats incloïen al·lucinacions, agressivitat i comportament estrany o psicòtic.

Les NPS també poden desencadenar **experiències similars a la psicosi en persones sense antecedents de malaltia mental.** La investigació es veu dificultat per la manca de notificació de casos, el consum de múltiples drogues i les fórmules dels medicaments que canvien constantment.

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

8. Trastorns psicòtics, incloent-hi l'esquizofrènia, la psicosi induïda per substàncies i altres manifestacions psicòtiques

Comprendre la psicosi

La Psicosi fa referència a un grup de símptomes que afecten el pensament, la percepció, el comportament i la regulació emocional. Les característiques clau solen incloure:

- **Decepcions** (creences falses)
- **Al·lucinacions**
- **Parla o comportament desorganitzat**

Dificultat per pensar amb claredat o prendre decisions.

La psicosi es pot presentar en diverses afeccions, entre elles:

- **Trastorn psicòtic breu** (<1 mes)
- **Trastorn esquizofreniforme** (1–6 mesos)
- **Esquizofrènia** (≥6 mesos)
- **Trastorn esquizoafectiu**
- **Trastorn delirant**

Els símptomes psicòtics també es poden presentar en trastorns de l'estat d'ànim, lesions cerebrals o afeccions mèdiques.



UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

8. Trastorns psicòtics, incloent-hi l'esquizofrènia, la psicosi induïda per substàncies i altres manifestacions psicòtiques

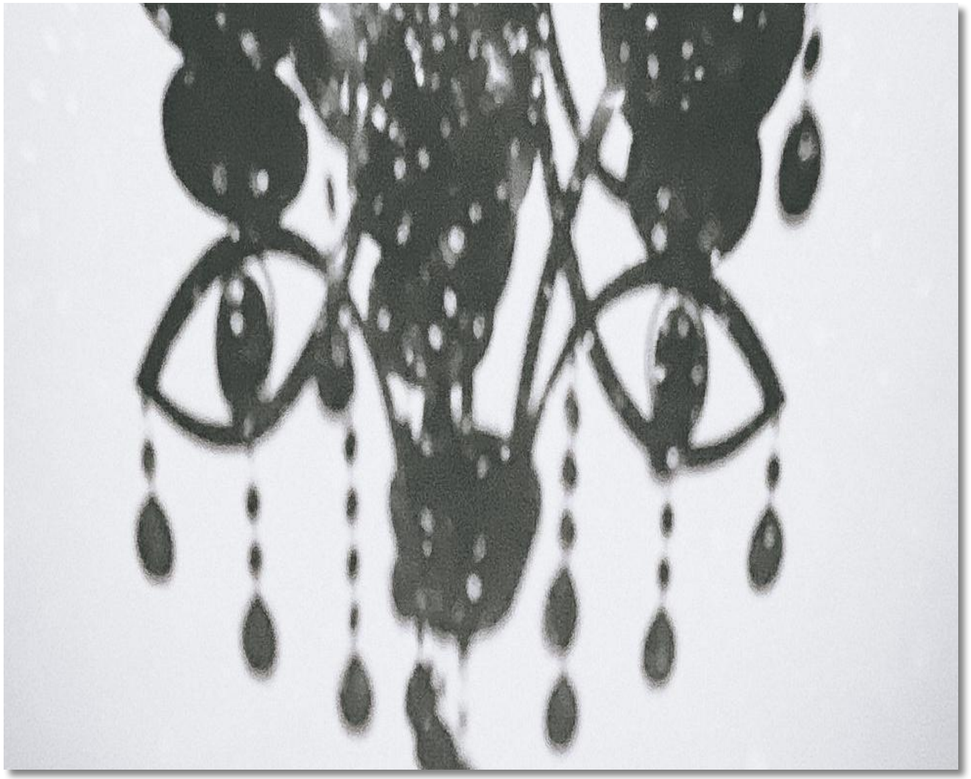
Psicosi i consum de substàncies

Forta relació bidireccional:

- Les persones amb psicosi **tenen més probabilitat de desenvolupar problemes de consum de substàncies.**
- Algunes substàncies augmenten el risc de símptomes psicòtics, especialment en persones vulnerables.

S'ha trobat que més de la **meitat dels adults amb trastorns psicòtics té un consum nociu de substàncies**, molt més alta que a la població general.

A causa d'aquesta superposició, la investigació mostra que un **tractament integral** que aborda tant la psicosi com el consum de substàncies de forma conjunta és molt més eficaç que tractar-los per separat.



UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

8. Trastorns psicòtics, incloent-hi l'esquizofrènia, la psicosi induïda per substàncies i altres manifestacions psicòtiques

Psicosi induïda per substàncies

Es produeix quan els símptomes psicòtics comencen durant o poc després del consum de substàncies i poden continuar fins i tot després que la droga ja no estigui activa.

Aquests episodis poden:

- Desencadenar trastorns psicòtics a llarg termini en persones vulnerables.
- Senyal d'un risc subjacent de malaltia mental
- Recorre amb l'exposició repetida a les drogues.

El consum de substàncies **no sempre causa malalties mentals directament:**
Els factors de risc comuns, com ara el trauma, la vulnerabilitat genètica, l'adversitat primerenca i l'estrès social, hi contribueixen.

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

8. Trastorns psicòtics, incloent-hi l'esquizofrènia, la psicosi induïda per substàncies i altres manifestacions psicòtiques

Typical Symptoms by Substance Class

Si bé les al·lucinacions i els deliris són característiques centrals de la psicosi, els perfils de símptomes varien segons la substància (American Addiction Centers, 2025).

Estimulant (amfetamina, metamfetamina, cocaïna)

- Deliris persecutoris.
- Paranoia
- Al·lucinacions auditives, visuals o tàctils
- Agitació, ansietat o estats maníacs
- Augment de l'agressió o l'hostilitat
- Concentració i memòria deteriorades
- Encoratjament cognitiu

Depressors (alcohol, benzodiazepines)

- Deterioració cognitiva
- Canvis d'humor ràpids.
- Agressió o desinhibició
- Mal judici.
- Distorsions perceptives
- Al·lucinacions (especialment durant l'abstinència)
- Deliri

Cànnabis

- Percepció alterada del temps
- Experiències sensorials intensificades
- Pànic, por o paranoia
- Al·lucinacions i deliris
- Despersonalització o pèrdua d'identitat

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

8. Trastorns psicòtics, incloent-hi l'esquizofrènia, la psicosi induïda per substàncies i altres manifestacions psicòtiques

Al·lucinògens i dissociatius (LSD, mescalina, psilocibina, ketamina, PCP, MDMA)

- Al·lucinacions i distorsions sensorials importants
- Distorsió del temps i l'espai
- Sinestèsia (“barreja dels sentits”)
- D’associació
- Proves de realitat alterada
- Paranoia o pànic
- Psicosi persistent
- HPPD: esteles visuals, halos, imatges residuals



*Els al·lucinògens també poden causar “**records**.” Un “**viatge dolent**” pot passar després d'un sol ús o d'un ús repetit. L'ús crònic pot estar associat amb depressió o ideació suïcida.*

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

9. Conductes d'autolesió

Les autolesions fan referència a **lesionar-se intencionalment** el propi cos sense la intenció de morir (per exemple, tallar, cremar o intentar trencar ossos). Moltes persones afirmen que el dolor físic és més fàcil de gestionar que el dolor emocional aclaparador, i aquests comportaments sovint es produeixen en secret.

L'autolesió sol ser una **estratègia d'afrontament poc saludable** si utilitza per bregar amb emocions insuportables. Podeu servir com:

- Una forma de **comunicar angoixa** quan les paraules són difícils
- Una forma de **sentir alguna cosa** durant l'entumiment emocional.
- Una forma **d'autocàstig** vinculat a la culpa o la vergonya
- Una forma **d'alleujar temporalment la tensió emocional**

L'alleujament és efímer i els problemes subjacents persisteixen. Amb el temps, l'autolesió es pot convertir en un **patró habitual.**



UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

9. Conductes d'autolesió

L'autolesió és un **greu problema de salut mental** que sovint s'associa amb altres afeccions com depressió, **ansietat, trastorn límit de la personalitat, trastorns per consum de substàncies, TEPT, trastorns alimentaris i experiències d'abús o trauma.** Tot i que és diferent del comportament suïcida, les persones que s'autolesionen tenen un mes **risc de suïcidi.** Per tant, aquests comportaments sempre s'han de prendre de debò.

L'autolesió pot passar a qualsevol edat, però **és més comú entre adolescents i adults joves.**

Entre els possibles senyals d'advertiment s'inclouen:

- **Corts, crostes, cremades o blaus inexplicables**
- Explicacions repetides o improbables per a les lesions
- **Usar mànigues llargues** en clima càlid o evitar situacions en què es deixi veure el cos
- Canvis en el somni o la gana.
- **Comportament reservat o retraïment social**



UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

10. Pensaments i conductes suïcides

El **suïcidi** és un **problema de salut pública** que afecta individus, famílies, comunitats i la societat de tothom. Passa a totes les regions, no només a països d'alts ingressos i el **73% dels suïcidis mundialment tenen lloc a països d'ingressos baixos i mitjans.** El suïcidi també és la **tercera causa principal** de mort entre els **joves de 15 a 29 anys** (Organització Mundial de la Salut).

Les raons que porten al suïcidi són complexes i estan influenciades per **factors socials, culturals, biològics, psicològics** i ambientals al llarg de la vida. Un dels predictors més forts de suïcidi és **un intent de suïcidi previ.**



Comprendre els pensaments suïcides

Pensar en la mort de tant en tant és normal. No obstant això, quan les persones senten que no hi ha cap solució als seus problemes o no tenen control sobre les seves vides, la idea de morir sembla un alleugeriment. Això es diu ideació suïcida.

Tenir pensaments suïcides no sempre vol dir que algú vulgui morir. Però quan aquests pensaments esdevenen freqüents i aclaparadors, poden ser perillosos i requereixen atenció.

Les persones que experimenten ideació suïcida poden sentir:

- **inutilitat, culpa, vergonya**
- **ira, solitud, rebuig**
- confusió sobre voler viure o morir
- la creença que la mort és l'única via d'escapament davant del dolor emocional

El suïcidi pot ser **planificat o impulsiu**, sovint durant moments de gran angoixa.

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

10. Pensaments i conductes suïcides

Senyals d'advertiment de suïcidi

Alguns comportaments poden indicar un risc més gran:

- Parlardemort, **suïcidi o desaparició**
- Fer plans, escriure missatges de comiat o regalar pertinences
- Expressar **desesperança o dolor emocional insuportable**
- Retireu-vos d'amics, familiars o activitats habituals
- Tenir canvis importants en el son, la gana, l'estat d'ànim o el comportament.
- Augmentar el consum de substàncies o autolesions
- Mostra ànima sobtada després d'un llarg període de tristesa.

Factors de risc

Els factors de risc comuns inclouen:

- **Trastorns mentals** especialment la depressió i el consum de substàncies
- **Intents de suïcidi previs**
- Crisis importants a la vida, com problemes financers, conflictes de parella, malalties o dolor crònic.
- Experiències de **violència, abús, trauma, pèrdua o aïllament social**
- Major vulnerabilitat entre els grups que pateixen discriminació o marginació.

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

10. Pensaments i conductes suïcides

Prevenció

La prevenció del suïcidi comença amb conversa oberta i de suport. Parlar sobre el suïcidi no augmenta el risc, a ajudar a reduir l'aïllament, l'ansietat i l'estigma. Escoltar **sense jutjar i prendre seriosament els sentiments dels altres** pot marcar una diferència crucial.

Entre les formes pràctiques d'ajuda s'inclouen:

- **Preguntar directament** si algú està pensant a suïcidar-se i escoltar amb calma
- Animar a **la cerca d'ajuda professional** (Metges de capçalera, serveis de salut mental, equips de crisi)
- Romandre amb la persona si es troba en perill immediat i ajudar-la a obtenir suport.
- Reduir l'accés als mitjans per autolesionar-se sempre que sigui possible.
- Mantenir-se en contacte regularment i oferir suport continu.

Línies d'ajuda en cas de crisibrendim suport immediat i confidencial les 24 hores del dia, els 7 dies de la setmana:

- Als Països Baixos: **113 Zelfmoordpreventie** – truqueu al **113 o al 0800-0113**, o xategeu en línia
- A Irlanda: **Samaritans Ireland** – truqueu al **116 123**
- A Portugal: **SOS Voz Amiga** – truqueu al **225 50 60 70** (i als números regionals)

Contactar amb aquests serveis pot proporcionar **suport emocional immediat i** ajudar les persones a mantenir-se segures fins que s'organitzi una atenció addicional. Reconèixer els senyals d'advertiment, oferir empatia i connectar algú amb **atenció coordinada de salut mental** són algunes de les mesures més eficaces per prevenir el suïcidi.



UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

ACTIVITAT 3.4- ESTACIONS D'INFORMACIÓ

30 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.



Objectiu

Promoure el coneixement dels aspectes bàsics dels problemes de salut mental, centrant-se en: els principals símptomes, els factors de risc/causes comunes, com es pot manifestar l'afecció en persones sense llar, la relació amb el trauma i el consum de substàncies, i consells pràctics per a la intervenció.

Preparació

Dividiu la sala en 6 “estacions d'informació”, cadascuna centrada en un problema de salut mental. (utilitzant els fulletons de l'estació d'informació del kit d'eines)

A cada estació, proporcioneu: (1) la vinyeta del cas (història de vida); (2) preguntes de reflexió; (3) el full informatiu corresponent.

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - SÍMPTOMES CLAU DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL COMUNS I COMPORTAMENTS D'AUTOLESIÓ ENTRE PERSONES SENSE LLAR

ACTIVITAT 3.4- ESTACIONS D'INFORMACIÓ

30 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Activitat

- Dividiu els participants en 6 grups i assigneu un grup a cada estació.
- A cada estació, els participants hauran de: (1) Llegir el cas clínic i discutir-lo en grup; (2) Respondre a les preguntes de reflexió, basant-se en els mateixos coneixements i experiència; (3) Revisar el full informatiu i comparar-lo amb les respostes, validant, corregint o afegint la informació faltant. (20 minuts)
- Cada grup selecciona un portaveu per presentar el grup gran: (1) el resum del cas; (2) les respostes a les preguntes; (3) els punts clau d'aprenentatge sobre la condició de salut mental. (10 minuts)



En resum

Reflexió en gran grup

Suggeriments per aprofundir en el tema:

- **Depressió** – vídeo « I had a black dog, his name was Depressió»
- **Trauma complex** - vídeo «Remembering Trauma Official Film (2017)», pel·lícula oficial (2017)
- **Suïcidi** - Preventing suicide and coping with loss

UNITAT 2:

SECCIÓ 3

LA TEORIA DE L'AUTOMEDICACIÓ

UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 3 - LA TEORIA DE L'AUTOMEDICACIÓ

Una quantitat considerable de recerca i reflexió teòrica ha explorat per què i com les persones desenvolupen addiccions, i per què continuen consumint substàncies malgrat el patiment i les conseqüències negatives que això els causa.

S'han proposat diversos models i teories, que destaquen diferents factors, entre els quals:

- Influències socioculturals i biogenètiques
- Factors ambientals, contextuals o psicològics
- Mecanismes neurobiològics de l'addicció
- Rasgos individuals i història personal

En aquesta secció, ens centrem en elTeoria de l'automedicació (SMT),que aborda les dimensions emocionals i psicològiques rellevants per a l'etiologia dels trastorns relacionats amb substàncies, complementant altres perspectives explicatives (Khantzian, 1997).

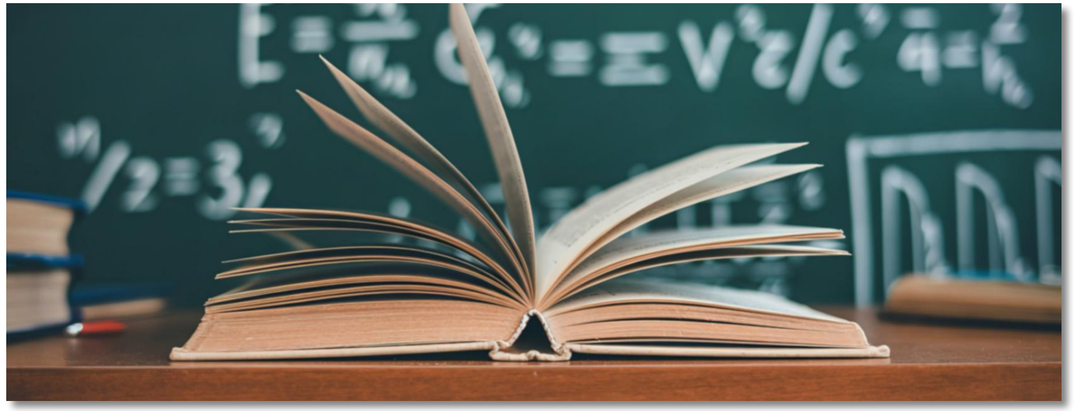
Versions clau de la teoria de l'automedicació

Hi ha dues versions principals:

1. **Perspectiva psicoanalítica** – desenvolupat per Edward J. Khantzianet al.
2. **Perspectiva conductista** – desenvolupat per David F. Duncan

Instal·lacions centrals (Khantzian, 1985; 1997)

- Les persones poden tenir predisposició a l'addicció a causa de vulnerabilitats psicològiques, trastorns i estats afectius dolorosos.
- Lelecció d'una substància no és aleatòria. Tot i que les persones poden experimentar amb diverses substàncies, la majoria desenvolupa una substància preferida.



UNITAT 2 - PROBLEMES DE SALUT MENTAL ENTRE PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 3 - LA TEORIA DE L'AUTOMEDICACIÓ

L'addicció com a trastorn d'autoregulació

L'addicció s'entén com un **trastorn de la regulació afectiva** on els individus lluiten per manejar les emocions, mantenir l'autoestima, tenir cura de si mateixos i mantenir relacions. Les substàncies es tornen poderoses perquè alleugen sentiments insuportables o ajuden a **regular les emocions**, actuant com a mecanisme d'afrontament.

Els efectes psicotròpics d'una substància interactuen amb dificultats psiquiàtriques o emocionals preexistents, cosa que fa que certes substàncies siguin especialment atractives. A curt termini, les substàncies ajuden les persones a suportar el **malestar intern** i **realitats externes aclaparadores.**

Khantzian (1997) descriu **l'autoselecció** on els individus tendeixen a triar substàncies que millor aborden les vulnerabilitats emocionals. Els trets de personalitat, el patiment psicològic i els efectes de la substància guien aquestes eleccions. Amb el temps, les persones han canviat de substàncies per **contrarestar els efectes negatius.**

Exemples de selecció de substàncies (Khantzian, 1997)

Opiacis

Efecte calmant i “normalitzador”; redueix la ira, els afectes violents, la fragmentació interna i l'alteració interpersonal.

Depriments

Redueixen temporalment els sentiments d'aïllament, buit, tensió i ansietat; emmascaren les pors a la proximitat i la dependència.

Estimulants

Amplifiquen l'energia en individus hipomaníacs o amb molta energia; contraresten la depressió o l'avorriment; redueixen paradoxalment la hiperactivitat i la manca d'atenció en el TDAH; controlen la labilitat emocional.



UNITAT 2 – MODELS I METODOLOGIES D'INTERVENCIÓ

SECCIÓ 2 - METODOLOGIES I EINES D'INTERVENCIÓ



La perspectiva conductista de Duncan

Duncan emfatitza la distinció entre consum de substàncies i abús de substàncies. La majoria dels usuaris ho fan per no perdre el control; només una minoria desenvolupa addicció.

- **El consum de substàncies** és mantingut pel **reforç positiu** (efectes agradables).
- **L'addicció** és mantinguda pel **reforç negatiu** (eliminació d'estats emocionals desagradables).

L'addicció sovint implica **comportaments d'evitació o fuga,** on les substàncies proporcionen un alleugeriment temporal de l'angoixa causada per trastorns mentals, estrès o experiències adverses. Aquests comportaments són resistents a l'extinció i poden reaparèixer fins i tot **després de períodes d'abstinència.**

Crítiques de la teoria de l'automedicació (SMT):

- Evidència científica sòlida limitada (Lembke, 2012; 2013)
- Excessiu èmfasi en els factors psicològics individuals, mentre que es descuiden les **influències biològiques, socials i ambientals**
- Risc de tractament enganyós si s'aplica en aïllament.

Khantzian situa el model de gestió de la conducta (SMT) com a complementari d'altres teories sobre l'addicció, oferint una **visió de per què les persones recorren a les substàncies.**

Automedicació i trastorns psiquiàtrics

Tot i que el consum de substàncies està fortament associat amb trastorns psiquiàtrics, hi ha variabilitat en la causalitat: el consum de substàncies pot ser causa o conseqüència de la psicopatologia (Khantzian, 1997).

La Teràpia de Manipulació de Substàncies (TMS) se centra menys en trastorns psiquiàtrics específics i més en símptomes subjectius i estats de malestar, independentment de si estan diagnosticats formalment o no. Les persones que lluiten contra l'addicció poden:

- tenir un risc més elevat de consum de substàncies i addicció comòrbida (EMCDDA, 2016)
- experimenten problemes de substàncies a llarg termini, que poden millorar quan es controla la condició de salut mental subjacent (Bizzarri et al.; Leeies et al.; Smith i Randall, citats a EMCDDA, 2016)
- continuar amb el consum de substàncies fins i tot després que remetin les afeccions psiquiàtriques (Moeller et al., citat a EMCDDA, 2016)

UNITAT 4 – TRAUMA VICARI

SECCIÓ 3 - CURES PERSONALS

Evidència epidemiològica

La investigació mostra que les persones amb problemes de salut mental tenen més probabilitats de participar en el **consum de substàncies de risc, com:**

- Nivells de risc de consum d'alcohol: 37% davant del 37%; 32%
- Tabaquisme diari: 15% vs. 15%; 7,4%
- Ús de qualsevol droga il·lícita: 29% davant 16%

Un estudi de medicina general també va trobar que el consum d'alcohol de moderat a excessiu, entre els pacients amb malalties mentals greus o de llarga durada, era del 4,7%, més del doble que el de la població general (2,2%) (Belcher et al., 2021).



UNITAT 3:

ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

UNITAT 3:

SECCIÓ 1

ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PER SUPORT A LES PERSONES SENSE LLAR AMB PROBLEMES DE SALUT MENTAL

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 1 - ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PER SUPORT A LES PERSONES SENSE LLAR AMB PROBLEMES DE SALUT MENTAL

Estratègies clau

1. Detectar els primers senyals

- Observar canvis en el comportament, l'estat d'ànim, l'aparença, el son o la gana.
- La detecció precoç permet una intervenció i derivació oportunes, cosa que ajuda a prevenir crisis.

2. Proporcionar un espai segur per parlar

- Oferir un entorn coherent i **lliure de prejudicis.**
- Animar les persones a compartir pors, experiències o símptomes que potser no revelen els serveis formals.

3. Validar els sentiments sans jutjar

- Reconèixer les emocions, per exemple: “És comprensible que se senti aclaparat".
- Contextualitzar els comportaments que poden semblar inusuals; poden servir com a **estratègies de supervivència** al carrer.

4. Avaluar la seguretat immediata

- Identificar riscos aguts com **autolesions, pensaments suïcides, psicosi, sobredosi o exposició a la violència.**
- Activar els protocols de crisi o els equips mòbils de salut mental quan calgui.



*Les estratègies de reducció de danys tenen com a objectiu donar **suport a persones amb problemes de salut mental** respectant-ne l'autonomia i les circumstàncies particulars. Aquestes estratègies són útils per a professionals i personal de primera línia, fins i tot sense formació formal en salut mental (NHCHC, 2024; SAMHSA, 2020; Hwang i Burns, 2014; Hopper et al., 2010; OMS, 2021; Padgett et al., 2016).*

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 1 - ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PER SUPORT A LES PERSONES SENSE LLAR AMB PROBLEMES DE SALUT MENTAL

5. Donar suport a l'accés als serveis

- Explicar els serveis disponibles, ajudar amb les derivacions, acompanyar les persones beneficiàries a les cites i abordar les barreres pràctiques (transport, documentació, medicació).
- **Els treballadors parells** poden ser particularment eficaços a causa de l'experiència viscuda.

6. Mantenir contacte regular

- Les visites de seguiment freqüents, el contacte directe amb els pacients al carrer o les interaccions sense cita prèvia ajuden a mantenir la participació, a controlar els canvis i a evitar que les persones beneficiàries abandonin el tractament.

7. Coordinació amb equips mòbils o de crisi

- Els treballadors de reducció de danys actuen com a connectors, orientant els serveis especialitzats mitjançant el coneixement en temps real de la història i el context d'una persona.

8. Suport a l'administració de medicaments i alfabetització sanitària

- Ajudar les persones beneficiàries a **comprendre, emmagatzemar i prendre medicaments receptats.**
- Explicar les interaccions entre medicaments i substàncies per reduir el risc (per exemple, **evitar l'alcohol quan es prenen benzodiazepines**).

9. Compensació per dificultats cognitives o físiques

- Ajudar amb les **cites, formularis, rutines de medicació** o dividint les tasques en passos manejables.
- Establir rutines predictibles per reduir **l'ansietat, la desorganització i el risc de crisi.**

10. Reduir l'aïllament i fomentar la coherència relacional.

- Les interaccions breus i repetides, recordar noms i història, o activitats socials estructurades poden reduir la sensació d'invisibilitat i fomentar la confiança.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 1 - ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PER SUPORT A LES PERSONES SENSE LLAR AMB PROBLEMES DE SALUT MENTAL

11. Satisfer les necessitats bàsiques i estructurar les rutines

- Estabilitzar la seguretat alimentària, hídrica, higiènica i sanitària abans de qualsevol intervenció.
- Establir rutines predictibles per reduir l'ansietat, la **desorganització i el risc de crisi.**

12. Advocar dins dels sistemes

- Desafiar les barreres injustes, sol·licitar avaluacions prioritàries i assegurar-se que els símptomes no es desestimen a causa de l'emmascarament diagnòstic.

13. Suport motivacional i gestió de crisis

- Usar **l'entrevista motivacional** per explorar objectius, reduir l'ambivalència i enfortir la disposició per rebre cura.
- Aplicar estratègies de desescalada i regulació emocional durant situacions d'angoixa aguda.

14. Reconèixer i respondre els desencadenants del trauma

- Mantenir un **enfocament informat sobre el trauma** preguntant "Què li va passar a aquesta persona?" en lloc de "Què li passa?"
- Evitar la retraumatització protegint alhora la seguretat personal i els límits.

15. Documentar i col·laborar entre sectors

- Mantenir registres objectius i neutrals per garantir la continuïtat de l'atenció.
- Coordinar amb **serveis de salut mental, programes d'addició, proveïdors d'habitatge, serveis socials, sistemes de justícia i ONG** per reduir la fragmentació i millorar-ne els resultats.

UNITAT 3:

SECCIÓ 2

ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

En aquesta secció es desenvoluparan les **accions basades en l'evidència** que els treballadors de reducció de danys poden implementar per donar suport a les persones sense llar que tenen problemes de salut mental (NHCHC, 2024; SAMHSA, 2020; Hwang & Burns, 2014; Hopper et al., 2010; WHO, 2021; Padgett et al., 2016; Tolin, Meunier, Frost & Steketee, 2010; NIMH, 2008).

Aquesta secció està organitzada en **quatre àrees clau** per a cada condició de salut mental o comportament relacionat:

1. **Consideracions pràctiques per a la selecció de pacients / identificació:**

   Indicadors de comportament, funcionals i preguntes senzilles de caràcter conversacional per detectar les necessitats de la persona de manera no invasiva.

2. **Senyals d'advertiment clau que requereixen atenció especial:**

   Símptomes o conductes que, sense ser una emergència absoluta, demanen una observació més atenta, adaptacions en el servei o un seguiment específic.

3. **Senyals d'alerta que requereixen intervenció urgent:**

   Situacions de crisi aguda, desregulació extrema o risc imminent per a la salut física i psíquica que exigeixen activar protocols d'emergència o derivacions mèdiques immediates.

4. **Intervencions pràctiques diàries:**

   Estratègies i pautes d'actuació clares, pacients i estructurades per facilitar el dia a dia, millorar la comunicació i reduir els danys associats.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH)

1. Consideracions pràctiques per a la selecció de pacients

- Observar dificultats amb l'atenció, la concentració i el seguiment d'instruccions en les tasques diàries.
- Observar si presenta comportaments impulsius o hiperactius.
- Estar atent a la desregulació emocional: frustració, irritabilitat o canvis sobtats d'humor.
- Tenir en compte que les persones amb TDAH poden reaccionar de manera diferent a les substàncies en comparació amb altres persones.
- Ús de preguntes senzilles i no clíniques de caràcter conversacional:
  - *"Et resulta difícil portar un registre de les coses o recordar les cites?"*
  - *"Et sents inquiet o amb la necessitat de moure't molt, fins i tot quan no hauries?"*
  - *"Et resulta difícil concentrar-te en una sola cosa alhora?"*

2. Senyals d'advertiment clau que requereixen atenció especial

- Dificultat freqüent per completar tasques essencials o assistir a cites.
- Comportaments impulsius que generen problemes de seguretat.
- Fracàs extrem o rampells d'ira que afecten les interaccions socials o la participació en els serveis.
- Dificultat per seguir instruccions o comprendre la informació de seguretat, cosa que comporta errors repetits o situacions de risc.
- Abandonament freqüent d'activitats, responsabilitats o feina com a reacció impulsiva al comportament dels altres.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH)

3. Senyals d'alerta que requereixen intervenció urgent

- Impulsivitat severa que resulta en perill imminent per a un mateix o per als altres.
- Arrabats emocionals aguts amb risc de dany (per exemple, comportament agresso, autolesions).
- Signes que s'estan agreujant afeccions concurrents (per exemple, ansietat greu, psicosi, sobredosi de substàncies).
- Incapacitat per mantenir les funcions bàsiques malgrat el suport rebut.

4. Intervencions pràctiques diàries (1)

- Utilitzar una comunicació clara i concisa, i dividir les tasques en passos petits i manejables.
- Fomentar l'organització amb recordatoris, llistes de verificació o ajuts visuals.
- Establir rutines predictibles i punts de trobada fixos per reduir el caos i la confusió.
- Ajudar la persona a organitzar la reunió o interacció enumerant de forma col·laborativa els temes a tractar.
- Anticipar el final de les reunions o interaccions donant un senyal verbal clar, cosa que ajudarà la persona amb TDAH a fer la transició sense problemes i a mantenir la concentració fins a la conclusió.
- Ajudar les persones a comprendre com el TDAH afecta el seu comportament, atenció i presa de decisions, destacant patrons a la vida diària (impulsivitat, dificultat per seguir instruccions, oblits) d'una manera comprensiva i sense prejudicis.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH)

5. Intervencions pràctiques diàries (2)

- Oferir suport emocional i validació: reconèixer els desafiaments i les frustracions que causa el TDAH.
- Supervisar la seguretat i oferir orientació sobre comportaments impulsius (per exemple, planificar espais segurs, supervisar activitats d'alt risc).
- Suportar les intervencions farmacològiques de baix llindar, per exemple, treballant amb la persona per implementar estratègies acordades per reduir l'ús de benzodiazepines mitjançant la dispensació controlada, respectant alhora la seva autonomia i seguretat.
- Documentar les observacions i el progrés per facilitar la coordinació amb altres serveis i garantir-ne la continuïtat.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

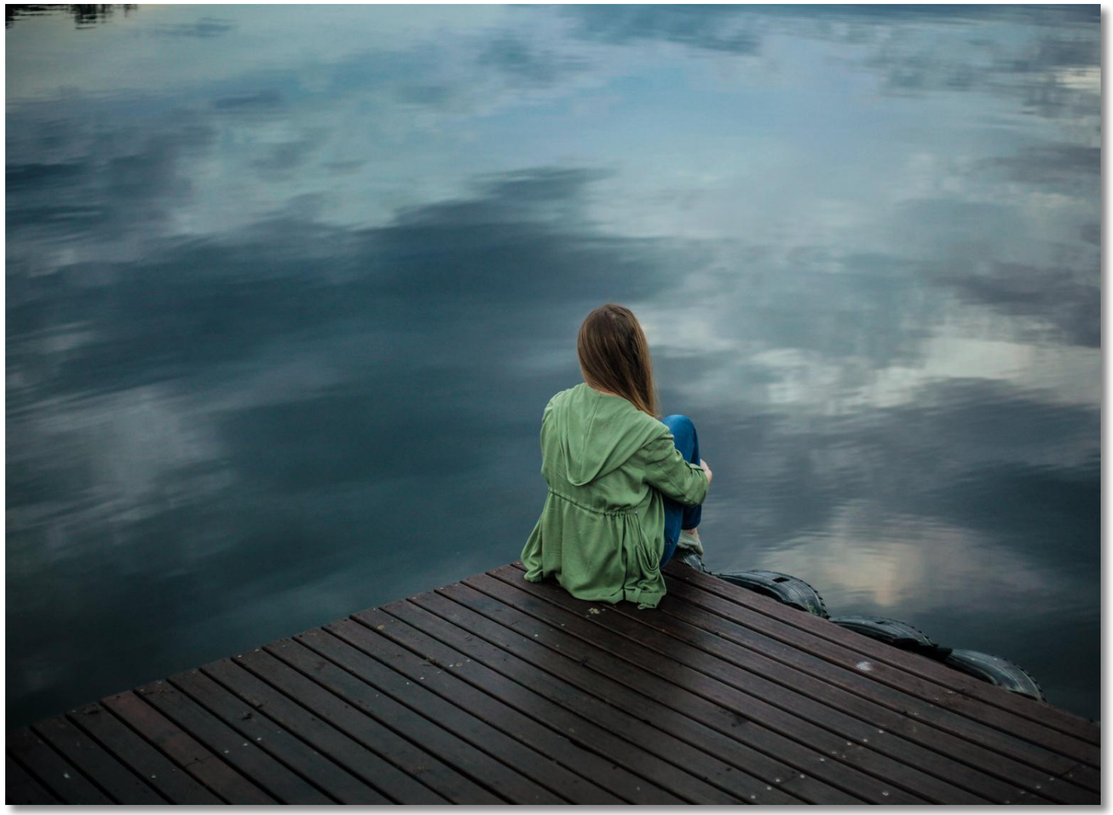
SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Trastorns d'ansietat

Els **trastorns d'ansietat** poden afectar profundament la capacitat d'una persona per realitzar les tasques quotidianes, accedir a serveis, prendre decisions i adoptar estratègies d'ús més segur. En persones sense llar, que han patit traumes o que consumeixen substàncies, l'ansietat sol manifestar-se de manera fluctuant, emmascarada o intensificada a causa de l'estrès crònic, els entorns insegurs o els efectes de l'abstinència.

Comprendre l'ansietat en aquests contextos ajuda els treballadors a:

- Acostar-se a la persona amb paciència i sensibilitat.
- Adaptar les expectatives al voltant del compromís o el seguiment.
- Reduir l'escalada de tensió i el pànic durant les interaccions.
- Donar suport a la connexió amb la terra i la regulació emocional.
- Identificar quan l'ansietat pot indicar riscos addicionals.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Trastorns d'ansietat

1. Consideracions pràctiques per a la selecció de pacients

- Preguntes senzilles, no clíniques i de caràcter conversacional:
  - “T'has sentit molt tens o nerviós darrerament?”
  - “Tens moments en què sents que el teu cos està en perill, fins i tot quan no està passant res?”
  - “Et preocupa o t'espanta que això et dificulti suportar el dia?”
  - “Notes que el teu cor s'accelera, tens dificultat per respirar o sents pànic sobtat?”
- Impactes funcionals:
  - Dificultat per esperar en files o espais concorreguts.
  - Evitar serveis o cites.
  - Problemes per organitzar pertinences o tasques.
  - Dificultat per agafar el son a causa de la preocupació o de pensaments intrusius.
- Observar la interacció amb el consum de substàncies:
  - Estimulants (cocaïna, metamfetamina): agitació, paranoia, pànic.
  - Cànnabis: pot reduir l'ansietat o provocar pànic depenent de la dosi i de cadascú.
  - Alcohol o benzodiazepines: alleugeriment a curt termini, ansietat de rebot durant l'abstinència.
  - Opioides: redueixen la tensió física, però poden emmascarar l'ansietat o el trauma subjacents.
- Considereu els factors desencadenants ambientals:
  - Els espais inestables, sorollosos o insegurs poden augmentar l'ansietat basal.
  - El comportament “agressiu”, “irritable” o “poc cooperatiu” pot reflectir pànic o aclaparament.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Trastorns d'ansietat

2. Senyals d'advertiment clau que requereixen atenció especial

Indicadors verbals:

- Informar de preocupació constant o incapacitat per “desconnectar la ment”.
- Expressar por de perdre el control, a “tornar-se boig” o a morir.
- Descriure atacs de pànic amb símptomes físics.
- Evitar llocs, personal o serveis per por.
- Tenir pensament catastròfic (per exemple, "Tot sortirà malament").

Indicadors de comportament:

- Inquietud, caminar de banda a banda, escanejar l'entorn.
- Evitar llocs concorreguts o desconeguts.
- Dificultat per romandre prou temps per completar una tasca o cita.
- Retirada sobtada de serveis o suports.
- Major consum de substàncies per automedicar-se.
- Estar aparentment “nerviós”, sobresaltar-se fàcilment, o estar en hipervigilància.
- Observar la interacció amb el consum de substàncies:
  - Estimulants: agitació, paranoia, pànic.
  - Cànnabis: pot reduir l'ansietat o provocar pànic depenent de la dosi i de cadascú.
  - Alcohol o benzodiazepines: alleugeriment a curt termini, ansietat de rebot durant l'abstinència.
  - Opioides: redueixen la tensió física, però poden emmascarar l'ansietat o el trauma subjacents.
- Considerar els factors desencadenants ambientals:
  - Els espais inestables, sorollosos o insegurs poden augmentar l'ansietat basal.
  - El comportament “agressiu”, “irritable” o “poc cooperatiu” pot reflectir pànic o aclaparament.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Trastorns d'ansietat

Indicadors físics i emocionals:

- Batecs cardíacs ràpids, sudoració, calfreds, marejos.
- Dificultat per respirar o opressió al pit.
- Malestar gastrointestinal, nàusees, sensació de papallones a l'estómac.
- Tensió muscular, mals de cap, dolor crònic.
- Irritabilitat, dificultat per relaxar-se, esgotament emocional.
- Trastorns del son deguts a preocupació o por excessius.



3. Senyals d'alerta que requereixen intervenció urgent

Senyals que suggereixen ansietat greu, trastorn de pànic, emergències mèdiques o risc imminent de dany:

- Atacs de pànic freqüents o perllongats, de vegades malinterpretats com a atacs cardíacs.
- Hiperventilació amb risc de desmai.
- Dissociació severa o incapacitat per orientar-se en el temps, lloc o entorn.
- Ansietat amb al·lucinacions o deliris paranoides (possible psicosi o efecte estimulant).
- Ansietat durant l'abstinència d'alcohol, benzodiazepines o opioides.
- Declaracions com:
  - *"No puc respirar, moriré."*
  - *"La meva ment no para, estic perdent el control."*
  - *"No puc seguir així."*

En situacions de carrer o de persones sense llar, aquests símptomes es poden agreujar ràpidament i requerir intervenció mèdica o psiquiàtrica immediata.

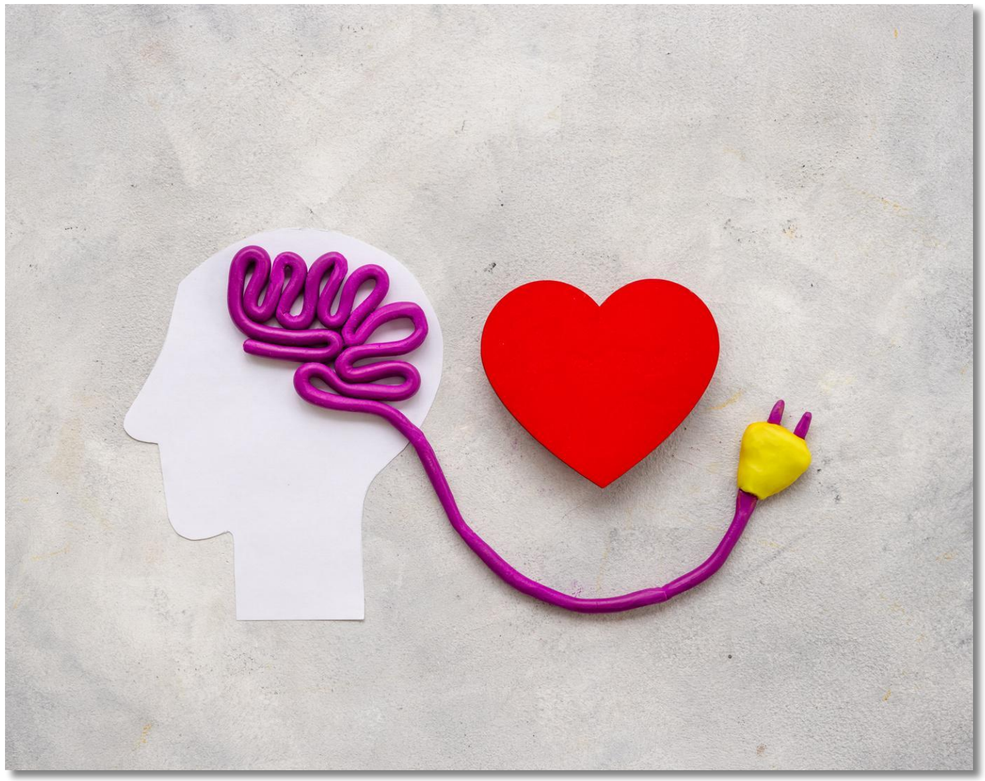
UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Trastorns d'ansietat

4. Intervencions pràctiques diàries

- **Comunicació**: utilitzar un llenguatge tranquil, pacient i sense prejudicis; validar els sentiments.
- **Connexió amb la terra i regulació emocional:** suportar els exercicis de respiració, la connexió amb els sentits o les tècniques breus d'atenció plena.
- **Seguretat:** garantir un entorn segur; reduir els factors desencadenants i la sobreestimulació.
- **Rutina i previsibilitat:** mantenir horaris i punts de trobada consistents per reduir l'ansietat.
- **Orientació i recordatoris:** proporcionar instruccions senzilles, recordatoris o senyals visuals.
- **Registre de dades:** anotar les observacions, els factors desencadenants i els canvis en els nivells d'ansietat per garantir la continuïtat de l'atenció.
- **Suport per al consum de substàncies:** vigilar els intents d'automedicació; proporcionar orientació per a la reducció de danys.
- **Referències i col·laboració:** involucrar equips mòbils o de crisi; acompanyar les persones beneficiàries a les cites quan sigui possible.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Deteriorament cognitiu, inclòs el deteriorament cognitiu induït per fàrmacs

1. Consideracions pràctiques per a la selecció de pacients

Observeu els següents indicadors funcionals i de comportament:

- **Memòria i atenció:**
  - Repetir preguntes o històries.
  - Perdre el fil de les converses.
  - Dificultat per seguir instruccions.
  - Dificultats per aprendre informació nova.
  - Faltar a les cites amb freqüència.
- **Orientació i reconeixement:**
  - Llocs o persones confuses.
  - Perdre's fàcilment.
  - Dificultat per fer servir el transport públic i orientar-se a la ciutat.
  - Sentir-se aclaparat en entorns nous.
- **Comunicació:**
  - Dificultat per trobar paraules.
  - Parla lenta o desorganitzada.
  - Dificultat per comprendre explicacions complexes.
- **Comportament i emocions:**
  - Agitació o confusió sobtada.
  - Canvis d'humor o irritabilitat.
  - Semblar retret o apàtic.
  - Canvis en els patrons de marxa (que podrien indicar dificultats en la planificació motora o l'orientació espacial).
  - Problemes per completar les tasques diàries de la família.
  - Participació en situacions de risc sense preveure conseqüències negatives (per exemple, creuar carrers transitats sense precaució, interactuar amb persones perilloses o manipular objectes perillosos de manera inadequada).
- **Possibles símptomes relacionats amb les drogues:**
  - Sedació intensa o pensament confús.
  - Mala coordinació.
  - Desorientació després de l'ús de benzodiazepines, opioides, cannabinoides sintètics, metadona, pregabalina, alcohol o antipsicòtics.
  - Períodes de deliri, especialment amb consum de substàncies mixtes.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Deteriorament cognitiu, inclòs el deteriorament cognitiu induït per fàrmacs

2. Senyals d'advertiment clau que requereixen atenció especial

- Incapacitat reiterada per completar les tasques diàries o seguir les rutines.
- Confusió freqüent que interfereix amb la comunicació o la presa de decisions.
- Canvis sobtats d'humor o de comportament no explicats pel context.
- Signes d'intoxicació o de reaccions adverses que afectin la seguretat.
- Disminució notable de l'atenció, la memòria o l'aprenentatge.

3. Senyals d'alerta que requereixen intervenció urgent

- Confusió aguda o deliri (fluctuacions en el nivell de consciència, desorientació, al·lucinacions, canvis sobtats en el comportament).
- Persona incapaç de mantenir-se fora de perill (deambular per zones insegures, deixar estufes o fonts de calor enceses, oblidar articles essencials).
- Disminució important en la funcionalitat (incapacitat per fer tasques bàsiques que abans podia manejar).
- Possible confusió associada amb:
  - Traumatisme cranial.
  - Febre o infecció.
  - Intoxicació per sedants o múltiples substàncies.
  - Abstinència d'alcohol, benzodiazepines o GHB.
  - Forta sospita de sobredosi o interaccions adverses entre medicaments.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Deterioramент cognitiu, inclòs el deterioramент cognitiu induït per fàrmacs

4. Intervencions pràctiques diàries

- Estratègies de comunicació:
  - Utilitzar oracions curtes i concretes.
  - Donar les instruccions pas a pas.
  - Repetir la informació amb calma, sense mostrar frustració.
  - Comprovar la comprensió (“Pots explicar-me amb les teves pròpies paraules què acabem d'acordar?”).
  - Evitar les explicacions abstractes o complexes.
- Suport ambiental:
  - Reduir el soroll i l'estimulació quan la persona se senti aclaparada.
  - Crear rutines predictibles (lloc i hora de reunió fixes).
  - Oferir recordatoris (missatges de text, trucades, notes escrites).
  - Proporcionar indicacions d'orientació (ubicació, hora/dia, activitats en curs).
  - Realitzar tasques junts quan sigui necessari (per exemple, ajudar-se mútuament a fer servir el transport públic, cuinar o banyar-se).
  - Introduir elements de suport físic (per exemple, barres de suport per a la banyera, suports per al vàter) a l'entorn domèstic per millorar la seguretat, la independència i reduir el risc de caigudes o accidents.
- Suport a la presa de decisions:
  - Dividir les opcions en opcions simples.
  - Deixar temps per processar la informació.
  - Utilitzar ajudes visuals per facilitar la comprensió i la presa de decisions (per exemple, passos escrits, diagrames, llistes de verificació).
  - Comprovar si hi ha llacunes de memòria abans d'esperar que es compleixi el promès.
  - Evitar esperar que les persones compleixin les seves cites de forma independent sense suport.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Deterioramент cognitiu, inclòs el deterioramент cognitiu induït per fàrmacs

- Mesures de seguretat:
  - Vigilar la presència d'intoxicació que augmenti la confusió (benzodiazepines, alcohol, opioides, pregabalina).
  - Si se sospita de deliri, evitar la confrontació, mantenir la persona tranquil·la i buscar atenció mèdica.
  - Observar patrons: hora del dia, desencadenants, substàncies utilitzades.
  - Evitar utilitzar equips que funcionin amb gas en intervencions realitzades a casa.
  - Assegurar-se que un número de contacte d'emergència sigui fàcilment accessible.
  - Fer que l'adreça del domicili de la persona sigui fàcil d'identificar i visible.
  - Mantenir les claus, les targetes d'accés o els objectes essencials subjectes al cos o en un lloc fix i de fàcil accés.
- Documentació:
  - Registrar els canvis al llarg del temps en la memòria, l'atenció i el funcionament.
  - Identificar els desencadenants o les substàncies relacionats amb l'empitjorament de la confusió.
  - Compartir observacions rellevants amb els equips clínics, respectant el consentiment.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Trauma complex i respostes d'estrès posttraumàtic

Les persones sense llar tenen taxes **extremadament altes de trauma complex**. A causa de l'exposició repetida a la violència, l'abandó, la institucionalització, les adversitats infantils, l'explotació o les condicions de vida insegures, el trauma complex modela profundament la **regulació emocional, la confiança, la capacitat per mantenir rutines i la participació en els serveis.** Comprendre aquests patrons ajuda els professionals a respondre amb empatia, evitar que l'angoixa s'intensifiqui, reconèixer comportaments derivats del trauma, prevenir la retraumatització i augmentar la seguretat mitjançant estratègies per generar confiança i oferir suport emocional.

1. Consideracions pràctiques per a la selecció de pacients:

- Utilitzar preguntes senzilles i no intrusives per explorar els efectes del trauma en lloc d'esdeveniments específics. Preguntes conversacionals:
  - *"Quin tipus de situacions et resulten aclaparadores?"*
  - *"Què t'ajuda a sentir-te més segur quan estàs estressat?"*
  - *"Hi ha coses que et dificultin confiar en les persones o els serveis?"*
  - *"Què necessites de nosaltres quan et sents alterat o molest?"*
- Prestar atenció als senyals corporals i emocionals: retraïment sobtat, canvis ràpids de la calma a l'agitació, distracció, reaccions intenses davant de la proximitat o l'autoritat, culpa o vergonya aclaparadores.
- Considerar els factors ambientals desencadenants: les condicions de vida insegures o inestables poden exacerbar la hipervigilància, la desregulació emocional o les conductes que imiten un trauma.

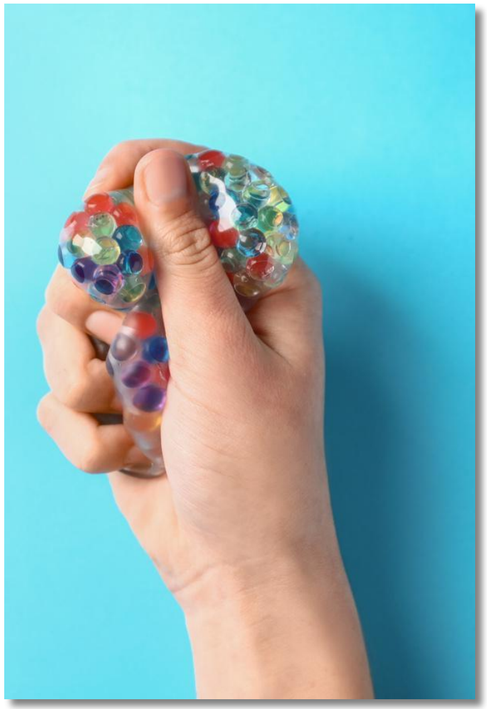
UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Trauma complex i respostes d'estrès posttraumàtic

2. Senyals d'advertiment clau que requereixen atenció especial

- Emocionals i conductuals:
  - Reaccions intenses davant de petits desencadenants.
  - Dificultat per calmar-se.
  - Canvis ràpids en les emocions.
  - Aferrament o evitació sobtats.
  - Escaneig constant de l'entorn.
  - Repetició de comportaments insegurs o desadaptatius sense anticipar conseqüències negatives (per exemple, tornar a situacions d'abús, participar en interaccions de risc o recrear patrons de victimització).
- Dissociació i canvis de consciència:
  - Congelació.
  - Mirada perduda.
  - Desconnexió.
  - Perdre la noció del temps.
  - Sensació de desaferrament.
  - Record inconsistent.
- Somàtic i físic:
  - Dolor crònic inexplicable.
  - Símptomes gastrointestinals o cardiopulmonars.
  - Fatiga.
  - Mals de cap.
  - Disfunció sexual.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

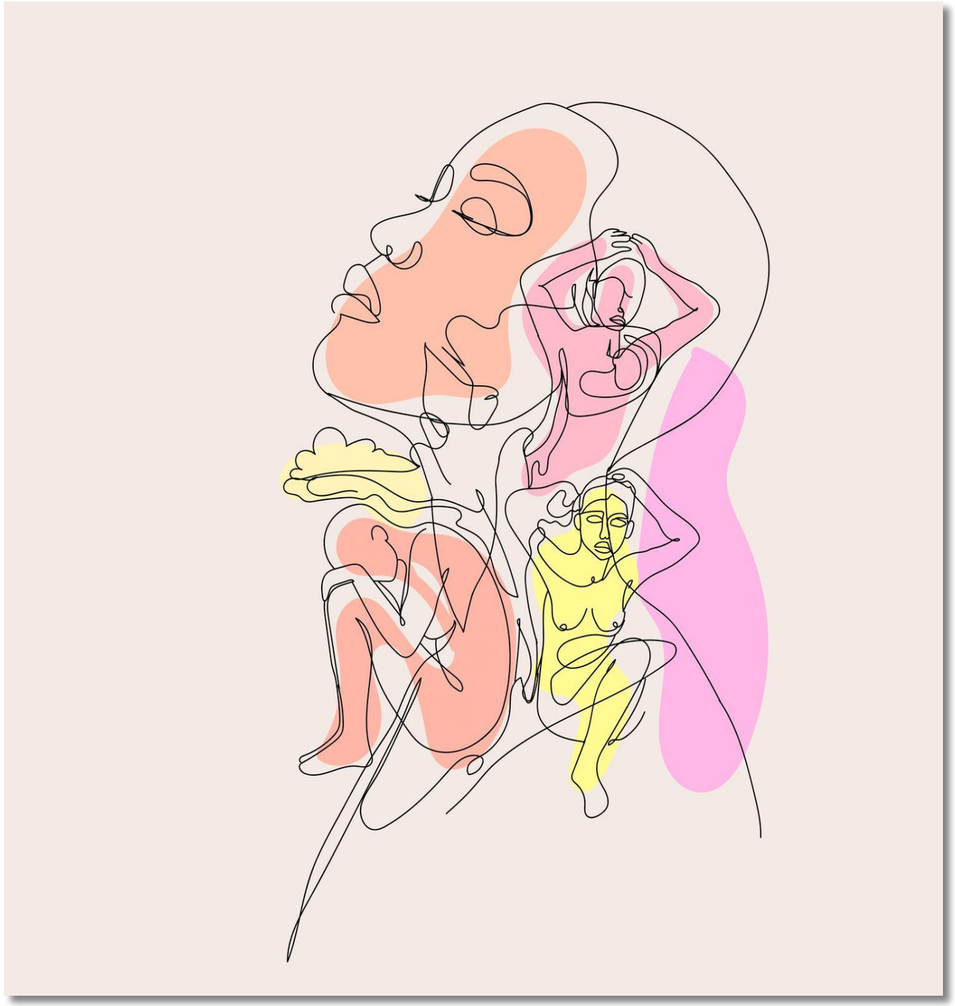
SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Depressió

La depressió pot afectar significativament la capacitat d'una persona per accedir als serveis, seguir els plans de tractament, mantenir la motivació per al canvi o adoptar estratègies de reducció de danys. Comprendre la depressió en el context de la manca d'habitatge ajudarà els professionals a:

- Acostar-se a les persones amb més empatia.
- Ajustar les expectatives al voltant del compromís.
- Identificar senyals primerencs de risc (especialment el risc de suïcidi).
- Adaptar les intervencions a la realitat i la capacitat de la persona en aquell moment.

El reconeixement precoç de símptomes depressius és **bàsic** per prevenir el deteriorament, millorar la participació i reduir el risc de suïcidi. En entorns de persones sense llar, els símptomes es poden manifestar de manera diferent a causa de l'estrès crònic, la inseguretat ambiental i el consum simultani de substàncies.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Depressió

1. Consideracions pràctiques per a la selecció de pacients

- Utilitzar preguntes senzilles, conversacionals, obertes i empàtiques com les següents:
  - *"Com t'has sentit darrerament?"*
  - *"Què ha estat el més difícil per a tu darrerament?"*
  - *"T'has sentit decaigut, desesperançat o sense energia?"*
- Centrar-se en els canvis funcionals: és possible que les persones no descriguin la "tristesa" directament. Cal cercar:
  - Motivació reduïda.
  - Dificultat per organitzar les tasques diàries.
  - Retirar-se de les rutines o suports habituals.
  - Més temps aïllat.
- Considerar l'impacte del medi ambient:

Dormir a l'aire lliure o en refugis insegurs pot provocar esgotament i irritabilitat, cosa que pot emmascarar o imitar símptomes depressius. És fonamental adoptar una perspectiva integral.

2. Senyals d'alerta clau que requereixen atenció especial

- Indicadors verbals:
  - Expressar desesperança ("Ja no té sentit").
  - Parlar de la mort, no voler despertar-se o sentir-se com una càrrega.
  - Esmentar l'abandó de metes, relacions o salut.
- Indicadors de comportament:
  - Aïllament marcat dels companys o dels serveis de suport.
  - Augment o disminució sobtada del consum de substàncies.
  - Disminució de la capacitat d'autocura o incapacitat per satisfer les necessitats bàsiques.
  - Conductes d'alt risc (consum de substàncies perilloses, relacions sexuals sense protecció, entorns de risc).
- Indicadors físics i emocionals:
  - Fatiga persistent, lentitud de moviments, agitació o inquietud.
  - Pèrdua o augment de pes notable, o canvis en la gana.
  - Dolors crònics sense causa mèdica clara.
  - Irritabilitat, rampells d'ira o insensibilitat emocional.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Depressió

3. Senyals d'alerta que requereixen intervenció urgent

- Parlar de voler morir o fer-se mal a un mateix.
- Planificar o cercar els mitjans per cometre suïcidi.
- Escoltar veus que inciten a autolesionar-se (possibles trets psicòtics).
- Extrema desesperació o declaracions de “no hi ha sortida”.
- Esdeveniments traumàtics recents (per exemple, agressió, pèrdua, desallotjament).
- Intoxicació alcohòlica o per drogues greu concurrent.
- Estar sol i desconnectat de les xarxes de suport.



4. Intervencions pràctiques

- Prioritzar la seguretat i l'estabilització:
  - Fomentar una interacció tranquil·la, predictible i sense prejudicis.
  - Prioritzar les necessitats immediates (les necessitats bàsiques no satisfetes poden empitjorar els símptomes depressius).
  - Utilitzar tècniques de connexió amb el present si la persona sembla aclaparada (per exemple, respiració lenta, centrar-se en el moment present).
- Expressió de suport emocional:
  - Normalitzar parlar dels sentiments, especialment de la desesperança o l'esgotament: “Moltes persones que travessen situacions difícils se senten així. M'agradaria entendre com et puc ajudar”.
  - Validar en lloc de minimitzar: “El que sents té sentit, ateses les circumstàncies”.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Depressió

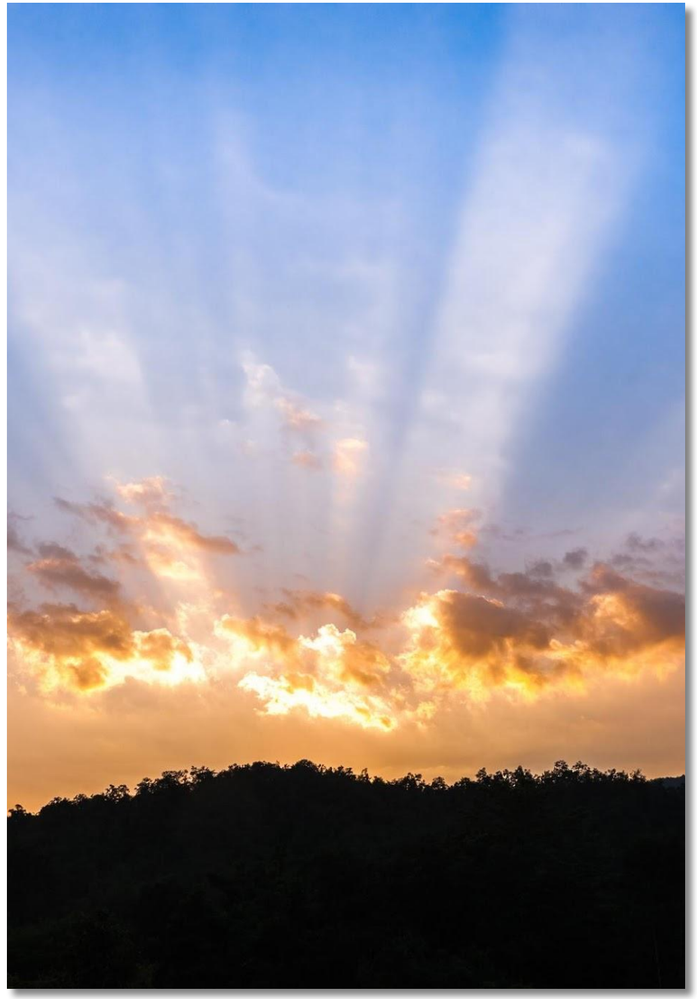
- Fomentar passos petits i assolibles: la depressió pot disminuir la motivació i afectar la funció executiva, per la qual cosa resulta útil plantejar-se microobjectius realistes i progressius.
  - Animar la persona a aixecar-se del llit, menjar alguna cosa i dutxar-se quan sigui possible.
  - Dividir les tasques en passos petits.
  - Concentrar-se en “una cosa avui” en lloc de tenir múltiples expectatives.
- Augmentar el suport i la freqüència del contacte:
  - Oferir controls més freqüents (la presència és terapèutica).
  - Les interaccions breus i constants poden prevenir el deteriorament.
  - Seleccionar un o dos membres del personal perquè mantinguin un contacte estret i constant amb la persona.
  - Enllaç entre serveis: coordinar i facilitar la connexió amb atenció sanitària, psiquiatria, reducció de danys i assistència social.
- Facilitar l'accés a l'avaluació clínica quan sigui apropiat i amb el consentiment del pacient:
  - Acompanyar o concertar avaluacions de salut mental.
  - Fomentar l'adherència oferint recordatoris, ajudant amb el transport o acompanyant la persona a les cites.
  - Advocar per l'atenció psiquiàtrica de baix llindar (per exemple, psiquiatria de carrer o equips mòbils).
- Integrar la reducció de danys al suport emocional:
  - Explorar sense prejudicis com el consum de substàncies està vinculat a l'automedicació.
  - Estar atent a certs patrons: l'abstinència augmenta els símptomes depressius i la intoxicació en mascara el risc.
  - Ajudar la persona a identificar estratègies de consum més segures quan l'abstinència no sigui possible.
- Utilitzar enfocaments d'activació conductual: les activitats senzilles i de baixa pressió poden contrarestar la inèrcia depressiva:
  - Caminar o realitzar una tasca de manera conjunta.
  - Prendre un cafè.
  - Connectar amb persones o rutines significatives.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

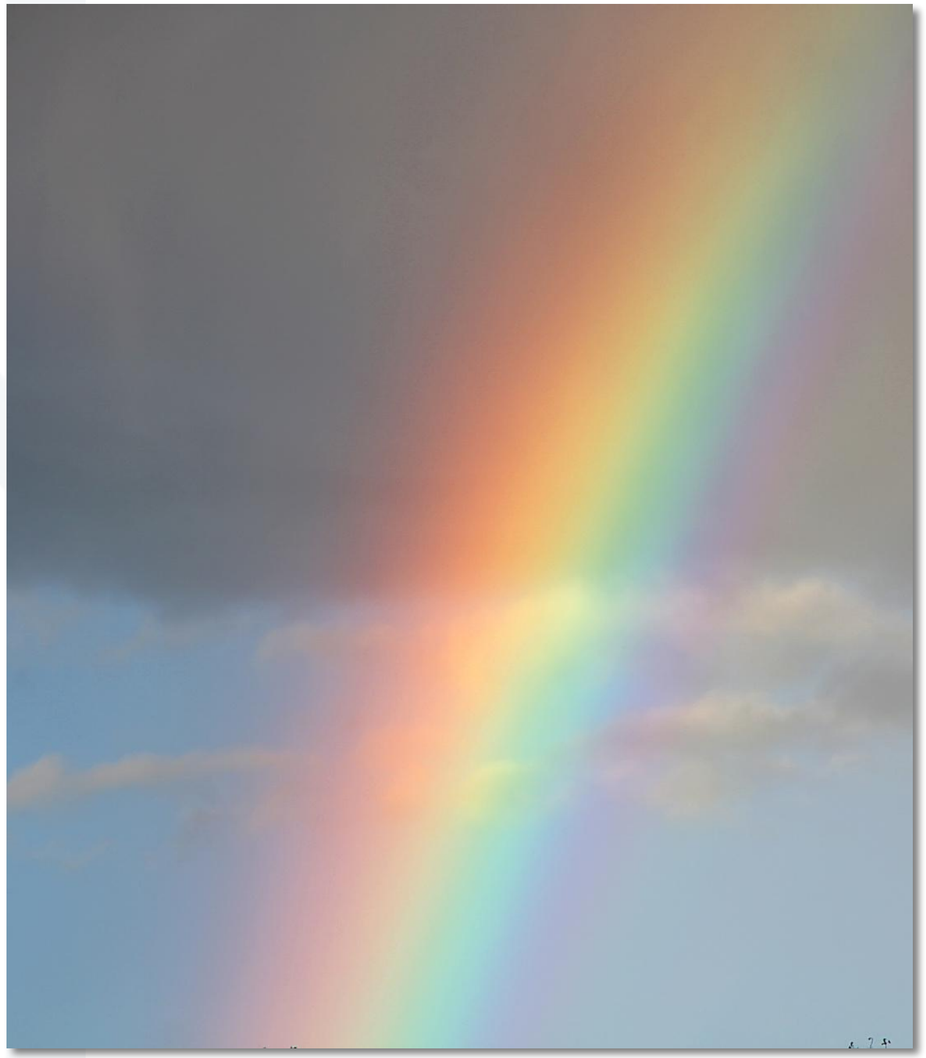
Depressió

- Enfortir la connexió i el sentit de pertinença: la depressió en les persones sense llar està fortament associada amb l'aïllament.
  - Facilitar la reconnexió social sempre que sigui possible, encara que sigui “poca”.
  - Fomentar la participació en menjars comunitaris, activitats grupals i grups de parells.
- Planificar la seguretat quan hi ha risc de suïcidi:
  - Analitzar el nivell de risc amb calma i de manera directa.
    - Crear un pla de seguretat breu i significatiu que respongui a:
      - A qui trucar? (indicar més d'una opció).
      - On anar per sentir-se segur?
      - Què ajuda a calmar-se?
  - Assegurar-se que els contactes d'emergència siguin coneguts i accessibles.
  - Coordinar amb els equips de crisi o els serveis d'emergència quan calgui.
- Adoptar una perspectiva pacient i a llarg termini:
  - La depressió en les persones sense llar sol ser crònica i estar lligada a les circumstàncies de la vida.
  - El progrés no és lineal; cal esperar fluctuacions.
  - Mantenir una postura de “Sóc aquí, fins i tot quan les coses empitjorin”.
  - No interpretar la retirada de cites o la inassistència a aquestes com a manca d'interès.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA



Trastorn d'acumulació compulsiva i conductes d'acumulació compulsiva

Les persones que acumulen sovint experimenten **riscos significatius per a la seguretat,** així com deteriorament funcional i trastorns de salut mental concomitants com depressió, ansietat, trastorn obsessivocompulsiu (TOC), TDAH, antecedents de trauma o aïllament social. Els comportaments d'acumulació compulsiva poden aparèixer en entorns de carrer, albergs, habitatges de transició o programes de Housing First.

No obstant això, és important destacar que, en molts casos, l'acumulació i la venda d'articles serveix com a font informal d'ingressos, necessària per a la supervivència de les persones sense llar. **Comprendre el context**: és fonamental parlar amb la persona sobre la funció que exerceix el comportament d'acumulació compulsiva, ja que això permet desenvolupar estratègies individualitzades adaptades a la vida i al benestar de cada persona.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Trastorn d'acumulació compulsiva i conductes d'acumulació compulsiva

1. Consideracions pràctiques per a la selecció de pacients

Utilitzar un enfocament pràctic, sense prejudicis i amb curiositat: evitar un llenguatge moralitzant (“desordenat”, “brut”, “dropo”).

- Indicadors d'observació:
  - Gran quantitat de pertinences al voltant de les zones de descans (botigues de campanya, refugis).
  - Objectes que bloquegen sortides, ventilació, llits o passadissos.
  - Dificultat per permetre que el personal retiri les escombraries o altres objectes.
  - Gran malestar emocional quan es mouen o es toquen objectes.
  - Recollida periòdica d'articles gratuïts.
  - Evitar les visites o inspeccions domiciliàries en habitatges tutelats.
  - Espai habitable que no s'utilitza per a la fi prevista.
  - Observació d'actitud defensiva, afirmacions d'autodeterminació, racionalitzacions o reavaluacions positives del comportament de col·leccionisme.
- Preguntes senzilles d'entrevista conversacional:
  - “Et sents còmode/a al teu espai vital ara mateix?”
  - “Els objectes que t'envolten et resulten útils o dificulten les tasques diàries?”
  - “Et resulta estressant pensar a classificar o llençar coses?”
  - “Algú ha expressat alguna vegada la seva preocupació per la seguretat a casa/habitació/botiga de campanya?”
  - “Et trobes acumulant més coses de les que pots desar?”
- Indagar amb delicadesa per detectar problemes concurrents:
  - Símptomes del TDAH: desorganització, distracció o postergació a l'hora de desfer-se d'objectes.
  - Historial de traumes: objectes utilitzats com a mecanisme de protecció i seguretat emocional.
  - Ansietat o aïllament social: vincles emocionals estrets amb l'acumulació compulsiva com a resposta a la soledat.
  - Comportament d'adquisició: conductes de compra o recollida compulsiva d'objectes.

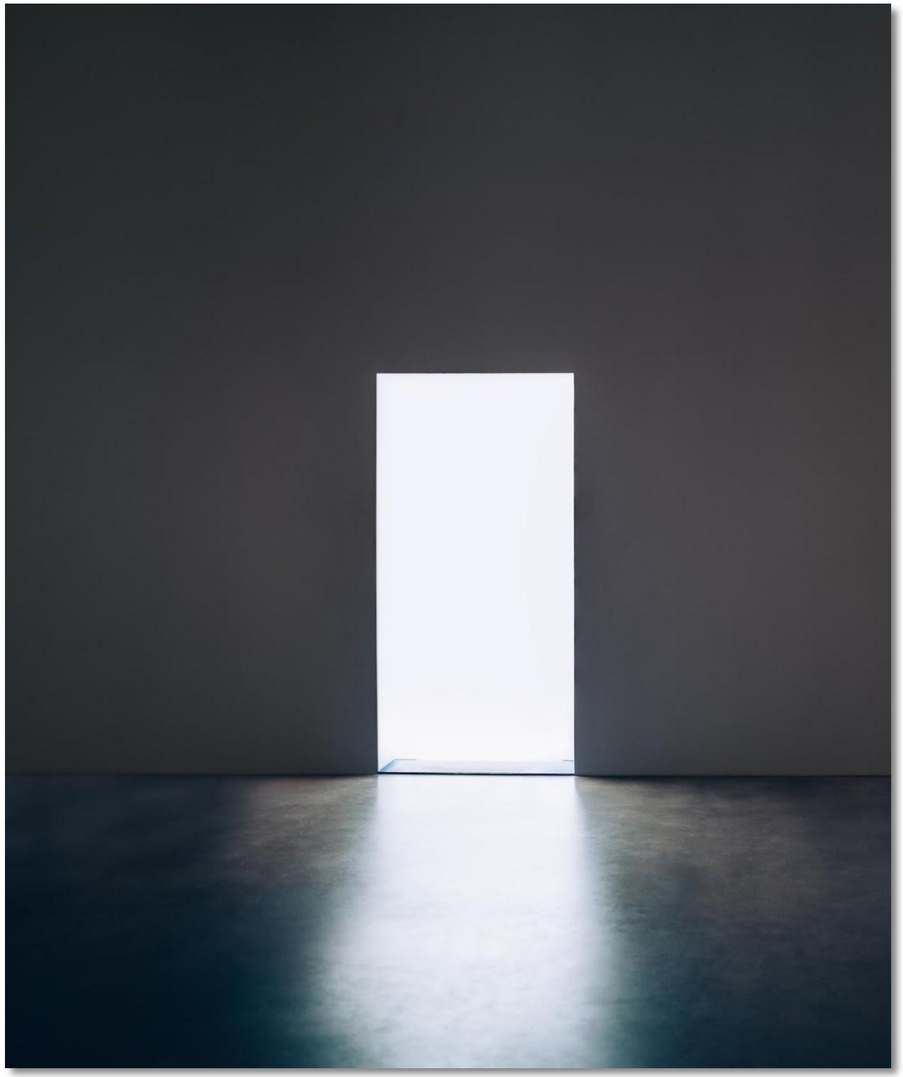
UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Trastorn d'acumulació compulsiva i conductes d'acumulació compulsiva

2. Senyals d'advertiment clau que requereixen atenció especial

- Angoixa, ira o pànic en parlar de les pertinences.
- Dificultat per permetre que el personal retiri els objectes a causa d'una gran angoixa emocional.
- Forta actitud defensiva, evasió o reticència a participar en els serveis de suport.
- Evitar els serveis de suport a domicili o les visites a l'espai vital.
- Espai habitable inutilitzable per a les tasques quotidianes (desplaçament segur, dormir, cuinar o la higiene).
- Acumulació repetitiva que interfereix directament amb el funcionament diari.
- Racionalitzacions o minimitzacions que impedeixen el reconeixement dels riscos reals per a la seguretat.
- Desallotjaments freqüents o queixes reiterades de la comunitat o del recurs a causa del desordre.
- Presència de problemes de salut mental concomitants (com depressió, TOC o consum de substàncies) que tenen una alta probabilitat d'empitjorar el trastorn d'acumulació compulsiva.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Trastorn d'acumulació compulsiva i conductes d'acumulació compulsiva

3. Senyals d'alerta que requereixen intervenció urgent

- Objectes que obstrueixen sortides, ventilació o passadissos (riscos greus d'incendi i de seguretat).
- L'espai habitable presenta riscos immediats per a la salut o la higiene (per exemple, cuina o bany inutilitzables, danys estructurals, plagues o floridura).
- Angoixa extrema o incapacitat per satisfer les necessitats bàsiques a causa del desordre.
- Sobrecàrrega estructural (deformació del terra o acumulació perillosa de pes en un mateix punt).
- Acumulació compulsiva combinada amb una greu desatenció personal (manca d'alimentació, mala higiene o descuidament de problemes mèdics).
- Amenaça imminent de desallotjament, ordres municipals o pèrdua irreversible de l'habitatge.
- Persones grans que viuen soles en un entorn extremadament desordenat.
- Acumulació compulsiva després d'una pèrdua important, un trauma recent o un deteriorament cognitiu acusat.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Trastorn d'acumulació compulsiva i conductes d'acumulació compulsiva

4. Intervencions pràctiques diàries

Fomentar la confiança i reduir la vergonya:

- Apropar-se amb una actitud comprensiva, sense prejudicis i amb curiositat.
- Evitar utilitzar un llenguatge que generi vergonya (per exemple, és millor parlar de “possessions” o “pertinences” en lloc de “trastes” o “andròmines”).
- Tenir en compte que la persona pot haver patit humiliacions repetides per part de familiars, veïns i la societat. L'empatia i l'absència de judicis morals són claus per reduir l'estigma.
- Normalitzar els desafiaments associats amb l'acumulació compulsiva per facilitar l'obertura de la persona.

Col·laborar i validar emocionalment:

- Treballar conjuntament amb la persona per comprendre la funció real que tenen els objectes (per exemple, si responen a una estratègia de supervivència, a una font d'ingressos o a una necessitat de seguretat emocional).
- Normalitzar el patiment associat al procés i destacar sempre la col·laboració mútua com a eix de la intervenció.
- Evitar estrictament tocar o moure les pertinences sense el permís explícit de l'usuari.
- Validar l'aferrament emocional als objectes en lloc de minimitzar-lo o qüestionar-lo.

Divideix les tasques en objectius petits i manejables:

- Identificar una zona segura per aclarir i prioritzar (per exemple, la ruta de sortida en cas d'incendi o la zona de l'escalfador).
- Donar suport en l'eliminació d'objectes per reduir danys: centrar-se exclusivament en la seguretat de l'espai, no en una neteja total o buidatge estètic.
- Fomentar l'ús de contenidors, bosses o prestatges per organitzar les pertinences i minimitzar els riscos físics.
- Utilitzar ajuts visuals de suport (llistes de verificació senzilles o plànols bàsics de la distribució d'una habitació segura).

Abordar les necessitats de salut mental concurrents:

- Ofereix suport i tranquil·litat de manera constant davant de l'ansietat o el malestar emocional que li genera el fet de classificar o desfer-se dels objectes.
- Realitzar proves de detecció o valoracions de depressió, trauma o deteriorament cognitiu que puguin estar contribuint a l'acumulació compulsiva.
- Sempre que sigui possible i es compti amb el consentiment de la persona, derivar-la a serveis especialitzats d'avaluació i suport en matèria de salut mental.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Trastorn d'acumulació compulsiva i conductes d'acumulació compulsiva

Prevenir crisis i desallotjaments:

- Ser constant amb la intervenció, mantenint horaris predictibles per a les cites o visites de seguiment.
- Col·laborar estretament amb proveïdors d'habitatge, serveis de salut mental i serveis socials per oferir un suport coordinat i integral.
- Oferir suport descrivint la participació i els avenços de la persona; destacar allò que s'ha aconseguit, especialment de cara a les interaccions amb els propietaris, els proveïdors d'habitatge o la comunitat.
- Acompanyar la persona a les inspeccions de l'espai vital quan sigui necessari, oferint un entorn de seguretat.
- Ajudar a prioritzar i resoldre els riscos de seguretat immediats per complir amb els requisits dels propietaris i dels inspectors.

Objectius de suport significatius:

- Preguntar directament a la persona què desitja i què prioritza: tenir més privadesa?, aconseguir una habitació segura?, rebre menys inspeccions?
- Reforçar constantment l'autonomia i la capacitat d'elecció de l'usuari en cada pas del procés.
- Celebrar i visibilitzar els petits avenços aconseguits, per insignificants que puguin semblar.

Col·laboració entre els diferents serveis:

- Coordinar accions entre teràpia ocupacional, equips de salut mental, serveis de prevenció d'incendis i treballadors d'habitatge social.
- Evitar estrictament les intervencions punitives o forçades (buidatges no consentits), llevat que es tracti d'un risc imminent que posi en perill la vida.
- Si un procés de desallotjament o intervenció forçosa és totalment inevitable, oferir un suport integral i proper per minimitzar el trauma; cal tenir en compte que, sense un acompanyament continuat, la reincidència en la conducta d'acumulació és gairebé segura.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Trastorns de la personalitat

Les persones amb aquests **trastorns** poden presentar patrons de pensament, sentiment i comportament arrelats que dificulten les relacions, l'accés als serveis i la regulació emocional. Entre les persones sense llar, aquests patrons es poden intensificar per traumes, estrès crònic i consum de substàncies.

Comprendre aquests patrons ajuda els treballadors a:

- Mantenir interaccions consistents i predictibles.
- Evitar l'escalada de conflictes o la interrupció de la comunicació.
- Reconèixer que els comportaments “difícils” sovint tenen una funció adaptativa o de supervivència.
- Fomentar la seguretat i la participació mitjançant l'establiment de límits clars i la col·laboració mútua.

1. Consideracions pràctiques per a la selecció de pacients

- Observar patrons de relació:
- **Estar atent a si es presenten respostes emocionals** extremes o canvis d'humor ràpids.
- **Identificar comportaments protectors o mecanismes de defensa de la persona.**
- Detectar si hi ha dificultats amb les regles, els límits o la gestió de la frustració davant de demores i contratemps.
- **Fer preguntes obertes i sense prejudicis sobre les relacions i experiències passades:**
  - *“Què t'ajuda a confiar en la gent?”*
  - *“Com prefereixes que gestionem els conflictes o els malentesos?”*
- **Observar patrons de consum de substàncies.**

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Trastorns de la personalitat

2. Senyals d'advertiment clau que requereixen atenció especial

- Reaccions extremes davant del que es percep com a rebuig o crítica.
- Amenaces d'autolesió, autocàstig o abandó dels serveis com a resposta directa a un conflicte.
- Comportaments manipuladors o instrumentals utilitzats per reduir la incomoditat, el risc o la frustració.
- Dificultat persistent per complir amb els compromisos, cosa que comporta repetides fallades en el seguiment dels plans d'atenció.
- Comportaments de risc dirigits cap a un mateix o cap als altres, encara que es manifestin de manera subtil o indirecte.

3. Senyals d'alerta que requereixen intervenció urgent

- Amenaça imminent d'autolesió greu o suïcidi.
- Comportament clarament agressiu amb un risc real i immediat de danyar els altres.
- Pèrdua de contacte amb la realitat (episodis de psicosi o estats de dissociació greu).
- Consum excessiu i descontrolat de substàncies que, combinat amb la impulsivitat, augmenta greument el risc de sobredosi o d'accidents.
- Situacions de desemparament absolut en què la persona es troba en perill imminent i no té la capacitat per protegir-se o seguir les instruccions bàsiques de seguretat.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Trastorns de la personalitat

4. Intervencions pràctiques diàries

- Establir límits clars i consistents.
- **Ser predictible i constan**t en el tracte i en els acords establerts.
- **Validar els sentiments de la persona sense reforçar les conductes** que puguin ser perjudicials per a ella o per als altres.
- **Utilitzar una comunicació clara i directa**: Evitar ambigüitats o dobles sentits que puguin generar desconfiança o malentesos.
- **Establir fites petites i assolibles** per evitar la frustració i afavorir la vinculació.
- **Oferir opcions sempre que sigui possible** per empoderar la persona i respectar el seu ritme.
- **Enfortir les xarxes de suport i planificar el futur**
- **Planificar de manera conjunta com s'afrontaran les crisis futures abans** que aquestes apareguin.
- **Aplicar de manera transversal els principis de reducció de danys:** centrar l'atenció a reduir els riscs i els impactes negatius, no a eliminar radicalment les conductes; alhora, cal donar suport constant a l'autonomia i a la presa de decisions segures de l'usuari.

Les persones amb trastorn límit de la personalitat solen autolesionar-se per regular les seves emocions, alleujar el malestar o distreure's del dolor intern i, atès que l'autolesió pot proporcionar un alleugeriment immediat, pot resultar molt difícil deixar de fer-ho, de manera que esdevé fonamental acompanyar-les en el desenvolupament d'habilitats per gestionar les emocions, tolerar el malestar, viure el present i millorar les relacions interpersonals.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Psicosi

Esquizofrènia i altres psicosis

1. Consideracions pràctiques per a la selecció de pacients

Preguntes per entaular una conversa:

- *"Has notat alguna cosa inusual en la manera com veus o sents les coses?"*
- *"Alguna vegada sents que la gent t'observa o intenta fer-te mal?"*
- *"Et resulta difícil concentrar-te o sents que els teus pensaments estan desordenats o accelerats?"*
- *"Hi ha moments en què et sents confós sobre on ets o què està passant?"*

Indicadors d'observació:

- Patrons de parla o pensament desorganitzats (salts constants entre temes, incoherència).
- Paranoia o suspicàcia extrema cap a l'entorn o els professionals.
- Al·lucinacions auditives o visuals evidents durant la interacció.
- Aïllament o retraïment social marcat.
- Comportaments inusuals (moviments repetitius, postures estranyes o catatonia, que és un estat en què la persona presenta moviments, parla o una capacitat de resposta inusuals o molt reduïts).
- Descuit greu de la cura personal o de les necessitats bàsiques (higiene, alimentació).
- Canvis d'humor ràpids o extrems que no estan relacionats amb el context.
- Problemes persistents per dormir, agitació o ansietat acompanyats de pensaments inusuals.

Canvis funcionals a tenir en compte:

- Dificultat per complir les cites o seguir de manera continuada les instruccions.
- Problemes per gestionar les tasques quotidianes (com fer les compres, cuinar o encarregar-se del pagament de factures).
- Dificultat per mantenir l'atenció de manera sostinguda durant les converses o en les activitats grupals.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Psicosi

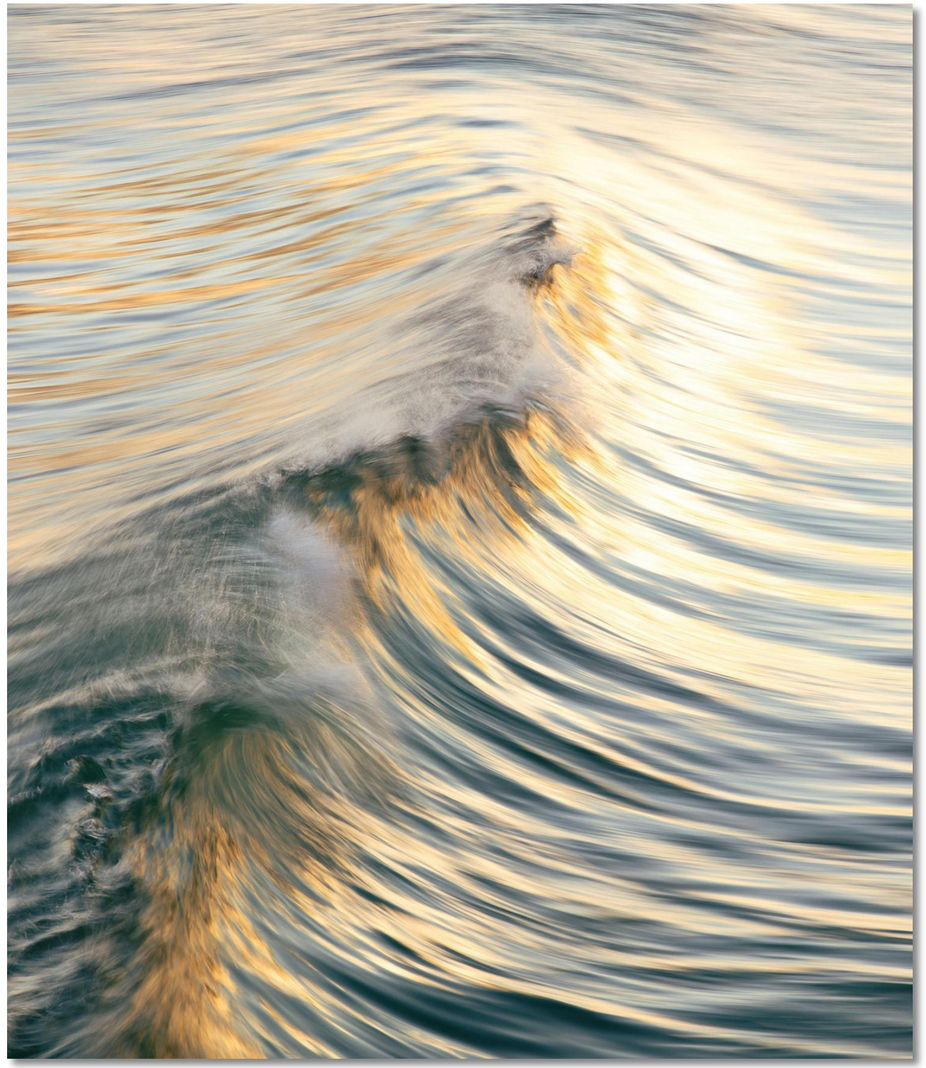
Esquizofrènia i altres psicosis

2. Senyals d'advertiment clau que requereixen atenció especial

- Intensificació de les al·lucinacions o dels deliris.
- Retirada sobtada i marquet aïllament de les persones o dels serveis de suport.
- Incapacitat progressiva per gestionar l'autocura o les tasques diàries elementals.
- Disminució ràpida de les capacitats socials, laborals o funcionals habituals.
- Comportaments inusuals o perillosos que podrien acabar perjudicant la mateixa persona o els altres.
- Augment de l'agitació, l'agressivitat o una marcada labilitat emocional (canvis bruscos d'humor).
- Dificultat creixent per distingir la realitat de les pròpies experiències internes.

3. Senyals d'alerta que requereixen intervenció urgent

- Al·lucinacions o deliris actius que estan dirigint o impulsant directament el comportament de la persona.
- Agitació o agressió severa que no respon a les tècniques habituals de desescalada verbal.
- Ideació suïcida, intents d'autolesió o un risc clar i imminent de danyar els altres.
- Desorientació aguda de la persona quant al temps, el lloc o la seva pròpia identitat.
- Episodi psicòtic acompanyat de símptomes físics com febre, deshidratació o qualsevol altra emergència mèdica.
- Deteriorament ràpid del funcionament global de la persona en qüestió d'hores o dies.
- Aparició sobtada o un empitjorament crític i fulminant dels símptomes psicòtics.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Psicosi
Schizophrenia and Other Psychoses

4. Intervencions pràctiques diàries

Comunicació i interacció:

- Utilitzar un llenguatge tranquil, clar i senzill, prioritzant oracions curtes.
- Evitar discutir o rebatre sobre els deliris o les al·lucinacions; en lloc d'això, centrar-se a validar els sentiments que generen (per exemple, la por o l'ansietat).
- Oferir opcions clares per augmentar la seva sensació de control.
- Proporcionar repetidament senyals d'orientació en l'espai i el temps (recordar el lloc, la data i reafirmar que es troba en un entorn segur).

Ajustaments ambientals:

- Reduir la sobrecàrrega sensorial, minimitzant el soroll, els llums massa brillants o l'exposició a espais concorreguts.
- Garantir un entorn segur i amb baixa estimulació sempre que sigui possible.
- Mantenir rutines predictibles i punts de trobada constants.

Suport per al funcionament diari:

- Ajudar de manera pràctica amb les tasques que requereixen organització o planificació complexa.
- Fomentar l'assistència a les cites mèdiques o de seguiment mitjançant recordatoris o acompanyament directe.
- Dividir les tasques quotidianes en passos petits i manejables, utilitzant senyals visuals de suport si és necessari.
- Controlar i fer un seguiment del son, la nutrició i la hidratació bàsiques de la persona.

Reducció de danys i conscienciació sobre substàncies:

- Vigilar el consum de substàncies que puguin empitjorar la psicosi o desencadenar brots aguts.
- Informar sobre els factors desencadenants i oferir estratègies d'ús més segur o reducció de riscs, si escau.
- Fomentar la participació activa en serveis de salut mental o en grups de suport entre iguals (suport entre parells).

Crisi i seguiment:

- Documentar les observacions i els factors desencadenants identificats, i compartir-los amb els equips clínics (sempre que es compti amb el consentiment de la persona).
- Establir un pla de seguretat conjunt per a moments de psicosi aguda o descompensació.
- Coordinar-se estretament amb professionals de la salut mental per a l'avaluació, el tractament i el suport continu de l'usuari.
- Tenir paciència i ser constant en la intervenció; cal recordar que el progrés en aquests casos sol ser gradual.

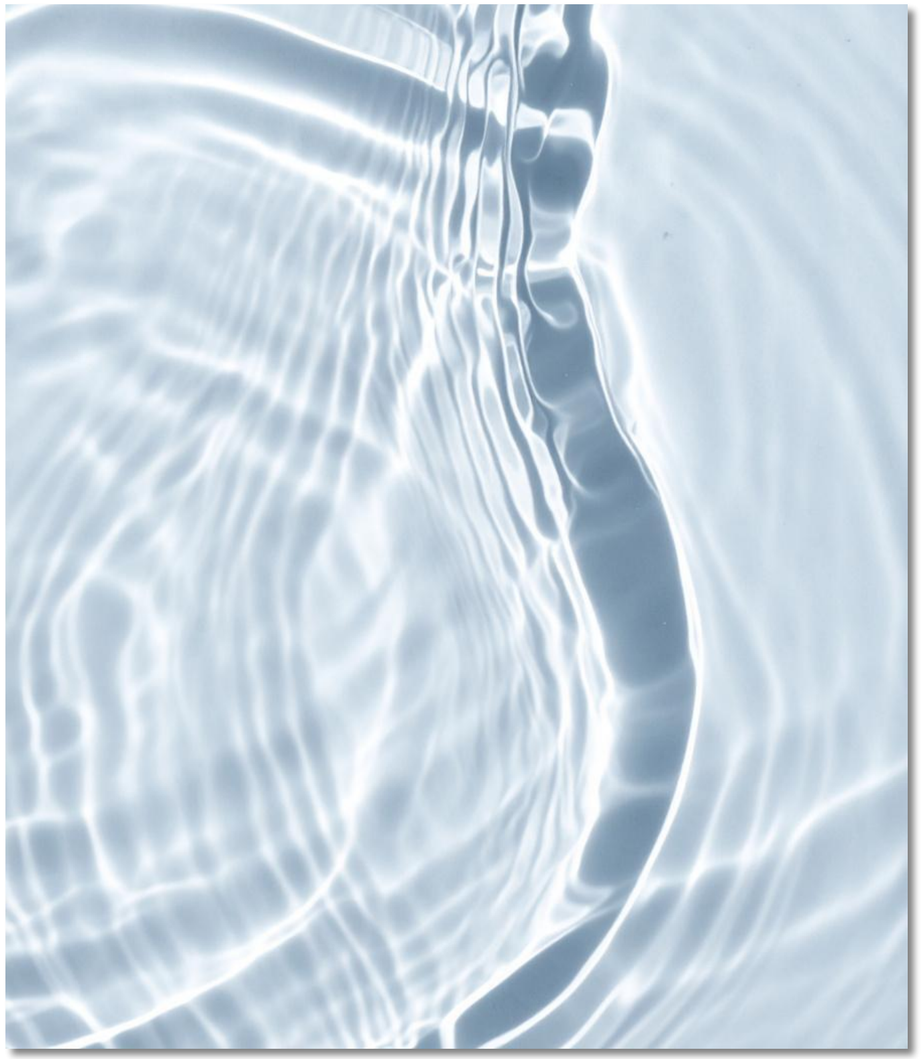
UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Psicosi

Col·laborar entre serveis i comunitat:

- Coordinar les accions amb els equips de teràpia ocupacional, salut mental, treballadors socials i altres professionals pertinents per oferir un suport integral a la persona.
- Evitar estrictament les intervencions punitives o forçades, a menys que hi hagi un risc clar i immediat per a la vida.
- Si la intervenció en matèria d'habitatge (o el trasllat a un entorn més segur) és inevitable, cal proporcionar un suport integral i proper per minimitzar l'angoixa i el trauma de l'usuari.
- Treballar de manera activa amb la comunitat per promoure la comprensió de la psicosi, evitant els judicis de valor.
- Promoure entorns segurs i amb un estigma baix que fomentin la participació activa i redueixin l'aïllament social de la persona.
- Animar els companys, veïns i proveïdors de serveis a respondre amb empatia i suport pràctic, en comptes de recórrer a mesures punitives.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Psicosi

Psicosi induïda per substàncies

1. Consideracions pràctiques per a la selecció de pacients

Preguntes conversacionals / no clíniques:

- “Has notat alguna cosa darrerament que et resulti estrany o confús?”
- “Has sentit o vist coses que altres potser no notin?”
- “T'has sentit insegur, vigilat o has pensat que algú et podria voler fer mal?”
- “Quines substàncies has consumit últimament? N'hi ha alguna de nova o diferent?”
- “Aquestes experiències solen passar després de consumir certes substàncies?”
- “Estàs dormint bé darrerament?”
- “Això t'havia passat alguna vegada abans?”
- “Algun membre de la teva família pateix problemes de salut mental o de psicosi?”

Indicadors d'observació:

- Presència de paranoia, grandiositat o idees de referència (pensar que fets aïllats de l'entorn tenen un significat directe o ocult cap a un mateix).
- Al·lucinacions auditives o visuals evidents o evidents indicis de patir-les.
- Major sensibilitat al soroll o a la llum (hiperestèsia).
- Agitació sobtada, por intensa o manifestació d'un comportament desorganitzat.
- Parla excessivament ràpida (taquifèmia) o fugida d'idees.
- Parlar amb un mateix o respondre de manera visible a estímuls interns.
- Descuidar de manera marcada les necessitats bàsiques (higiene, alimentació, descans).
- Signes evidents de consum recent d'estimulants, cànnabis, cannabinoides sintètics, ketamina, al·lucinògens, alcohol o benzodiazepines.
- Confusió, desorientació temporal o espacial, o presència de llacunes de memòria.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Psicosi

Psicosi induïda per substàncies

2. Senyals d'advertiment clau que requereixen atenció especial

- Fortes creences persecutòries o paranoia marcada.
- Episodis psicòtics recurrents directament vinculats al consum de substàncies.
- Agitació extrema, irritabilitat o un comportament clarament impredictible.
- Desorientació manifesta quant al lloc, el temps o la situació actual.
- Deteriorament ràpid de l'autocura o del funcionament bàsic diari.
- Privació del somni prolongada, especialment si és de 48 a 72 hores o més.
- Malestar intens i manifest durant la intoxicació, el procés d'abstinència o com a seqüela d'experiències al·lucinògenes.

3. Senyals d'alerta que requereixen intervenció urgent

- Al·lucinacions imperatives que ordenen explícitament autolesionar-se o danyar altres persones.
- Agitació o agressió severa que no respon a les tècniques habituals de desescalada verbal.
- Psicosi persistent que es prolonga molt més enllà de la durada esperada dels efectes de la intoxicació.
- Confusió greu, convulsions, col·lapse físic o presència de febre alta.
- Psicosi combinada amb un consum simultani de múltiples substàncies (policonsum de risc).
- Pensaments suïcides actius o conductes autolesives en curs.
- Incapacitat manifesta per mantenir-se fora de perill o protegir la pròpia integritat.
- Prova de realitat perillosament deteriorada amb deliris actius i greus (per exemple: "M'estan vigilant", "Vénen a buscar-me").
- Signes de toxicitat aguda per estimulants, sospita de síndrome serotoninèrgica o complicacions greus derivades del consum de cannabinoides sintètics.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Psicosi

Psicosi induïda per substàncies

4. Intervencions pràctiques diàries

Apropament immediat / Al carrer:

- Prioritzar la seguretat: ambient tranquil, mínima estimulació, mantingues el teu espai personal.
- Fomentar la connexió amb la terra i orientació: “Estàs aquí amb mi, estàs fora de perill ara mateix”.
- Parlar amb claredat i amb frases curtes; evita discutir sobre els deliris.
- Ofereix opcions per augmentar el control: "Vols asseure't aquí o fora?"
- Fomentar la hidratació, el descans i la satisfacció de les necessitats bàsiques.

Suport a curt termini (hores-dies):

- Vigilar l'aparició de símptomes que empitjorin.
- Afavorir el son, la hidratació i la nutrició.
- Ajudar a evitar els factors desencadenants (substàncies, espais insegurs).
- Fomentar l'avaluació mèdica o psiquiàtrica si el pacient és receptiu.
- Documentar les observacions de manera segura i precisa.

Reducció de danys a llarg termini:

- Informar sobre els riscos de psicosi associats a substàncies específiques.
- Identificar els senyals d'alerta primerenca i els factors desencadenants personals.
- Estratègies de reducció gradual del consum o ús més segur.
- Fomentar el consum amb companys de confiança i evitar fer-lo sol.
- Facilitar la connexió amb serveis de suport entre iguals o de salut mental.
- Acompanyar a les cites si cal i coordinar la intervenció amb els equips multidisciplinaris.
- Desenvolupar plans de seguretat per a episodis recurrents.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Comportaments d'autolesió

1. Consideracions pràctiques per a la selecció de pacients

Indicadors d'observació:

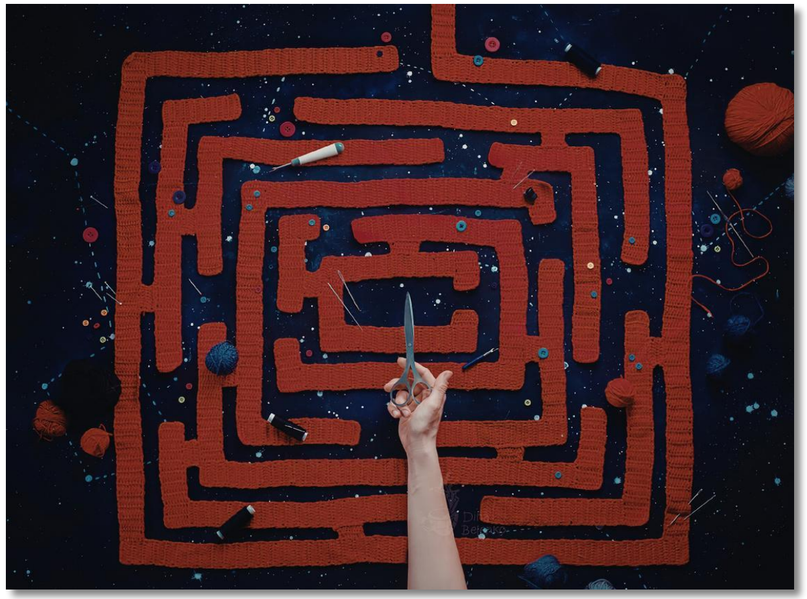
- Talls recents, cicatrius, marques de cremades o lesions inexplicables.
- Embenats o apòsits improvisats.
- Usar mànigues o pantalons llargs fins i tot en clima càlid.
- Retirada sobtada o canvis d'humor.
- Evitar dutxes, vestuaris o atenció mèdica.

Avaluació conversacional suau:

- "Com has estat bregant amb l'estrès darrerament?"
- “Quan et sents aclaparat, què t'ajuda a superar-ho?”
- "Has tingut moments recentment en què t'has autolesionat per suportar la situació?"
- “Ha passat alguna cosa que hagi fet que les coses se sentin més intenses del que és habitual?”
- "Et sentiries còmode/a explicant-me si recorres a l'autolesió per suportar la situació?"

Preguntes contextuals:

- Factors estressants actuals, pèrdua, conflicte, desencadenants de traumes
- Patrons de consum de substàncies
- Aïllament social o manca de suport
- Antecedents d'abús o malaltia mental



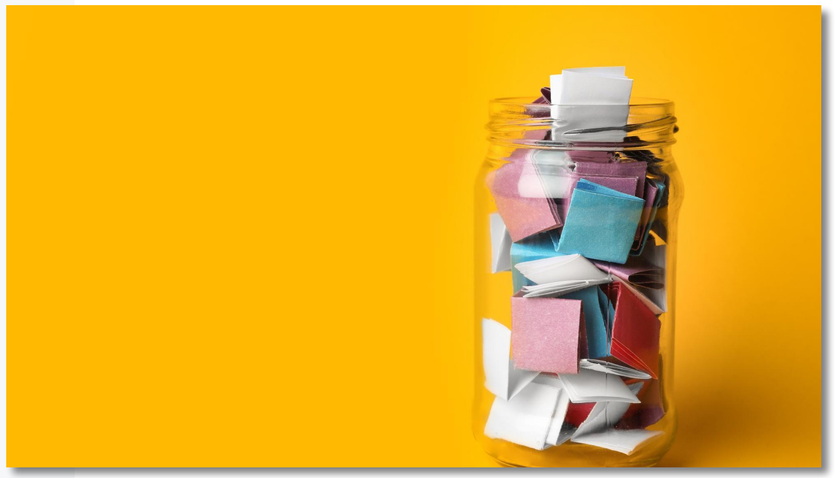
UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Comportaments d'autolesió

2. Senyals d'advertiment clau que requereixen atenció especial

- Parlar de voler escapar dels sentiments o d'"insensibilitzar-se".
- Declaracions com "Ja no puc suportar això".
- Donar explicacions vagues sobre les lesions.
- Augment del consum d'alcohol o estimulants per suportar la situació.
- Comportaments de risc, relacions caòtiques, volatilitat emocional.
- Disminució en l'autocura o el funcionament.
- Mostres de vergonya, secretisme o evitació del suport.



3. Senyals d'alerta que requereixen intervenció urgent

- Autolesions acompanyades de pensaments o ideació suïcida.
- Lesions greus, infeccions o ferides que requereixen atenció mèdica.
- Augment de la freqüència o gravetat de les autolesions.
- Al·lucinacions o psicosi que indueixen a l'autolesió.
- Persones sota la influència de depressors que expressen desesperança.
- Joves o adults joves amb episodis repetits d'autolesió.
- Persones amb antecedents d'autolesions que actualment experimenten factors estressants recents com ara traumes, ruptures sentimentals, desnonaments, pèrdues o agressions.
- Persones aïllades sense xarxa de suport.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Comportaments d'autolesió

4. Intervencions pràctiques

Crear un espai segur:

- Validar el dolor emocional:
- Evitar moralitzar o entrar en pànic; mantenir els peus a la terra.
- Mostrar empatia i curiositat sobre què significa aquest comportament.

Com reduir els danys causats per les autolesions:

- Fomentar una atenció més segura de les ferides (materials estèrils si la normativa ho permet).
- Proporcionar apòsits, tovalloletes antisèptiques i consells per a la cura posterior.
- Tenir coneixements d'anatomia: animar la persona a evitar les zones del cos d'alt risc mentre es parla obertament de l'anatomia i es proporciona informació pràctica sobre pràctiques més segures sempre que sigui possible.
- Analitzar estratègies alternatives per afrontar la situació, amb dolor associat o sense.
- Donar suport a la reducció dels factors desencadenants sempre que sigui possible.

Regulació emocional i estratègies d'afrontament:

- Estratègies de connexió com el present
- Identificar els senyals d'alerta primerenca dels impulsos.
- Utilitzar una versió adaptada de l'estratègia "Surfeja l'impuls", ajudant la persona a reconèixer l'impuls d'autolesionar-se, observar com sorgeix i desapareix com una onada, i romandre amb la sensació sense actuar en conseqüència.
- Desenvolupar plans o estratègies d'afrontament.
- Reforçar els factors protectors (relacions, rutines, etc.).

Planificació col·laborativa de la seguretat:

- Identificar fonts de suport de confiança (amic, treballador social, línia d'ajuda).
- Identificar els llocs més segurs on acudir si els impulsos s'intensifiquen.
- Acordar situacions que requereixin assistència mèdica.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Comportaments d'autolesió

Suport professional:

- Oferir connexions amb serveis de salut mental
- Normalitzar la cerca d'ajuda
- Assegurar-se que les converses sobre autolesions se centrin en la seguretat, la prevenció d'infeccions i les estratègies alternatives d'afrontament.

Riscos mèdics i vincles amb substàncies:

- Respondre a les ferides i els signes d'infecció.
- Conèixer els llindars d'emergència:
  - Sagnat incontrolable
  - Signes d'infecció
  - Ideació suïcida aguda
  - Autolesions recents
- Explorar vincles amb el consum de substàncies
- Proporcionar eines per a la reducció de danys quan sigui pertinent (per exemple, naloxona, subministraments per a la cura de ferides).

Benestar de les persones treballadores:

- Mantenir la calma i ser constant.
- Buscar supervisió després de revelacions difícils.
- Seguir els protocols de l'agència per al risc.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Ideació suïcida i risc de suïcidi

1. Consideracions pràctiques per a la selecció de pacients

Preguntes directes però amables:

- "A vegades la gent se sent aclaparada o desesperançada. T'ha passat?"
- “Has tingut pensaments de no voler viure o fer-te mal?”
- "Sents que corres el risc d'actuar segons aquests pensaments?"
- "Què t'ajuda a superar moments com aquest?"

Avaluació funcional i situacional:

- Conflicte recent, desallotjament, agressió, ruptura, problemes legals
- Dolor crònic, síndrome d'abstinència severa, símptomes de salut mental no controlats.
- Sentiments de ser una càrrega o no desitjat
- Presència concomitant d'intoxicació i sentiments de desesperació
- Intents de suïcidi o autolesions previs

Observació:

- Afecte i comportament (aïllament, desesperança, actitud reflexiva després de la intoxicació)
- Presència/absència de discurs orientat al futur

2. Senyals d'advertiment clau que requereixen atenció especial

- Parlar de suïcidi, mort, de “no ser aquí demà”.
- Dir que són una càrrega o que altres estan “millor sense mi”.
- Missatges de comiat, donació d'articles personals.
- Calma sobtada després d'un període prolongat d'angoixa.
  Culpa extrema, vergonya, desesperança, desesperació.
- Cerca de mitjans (corda, pastilles, llocs alts).
- Autolesions recents o augment de la conducta autodestructiva.
- Intoxicació alcohòlica o per estimulants concomitant i col·lapse emocional.
- Aïllament greu, retirada dels serveis.
- Antecedents d'intents de suïcidi, depressió, trastorn d'estrès posttraumàtic, psicosi, dependència de substàncies.
- Pèrdua recent, violència, trauma, malaltia crònica.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

Ideació suïcida i risc de suïcidi

Documentació i seguiment:

- Registrar observacions, accions, indicadors de risc, contactes/derivacions.
- Compartir amb l'equip per garantir la continuïtat.
- Fomentar l'estabilitat contínua (controls periòdics, reducció de l'aïllament, seguiment de l'estat d'ànim, etc.).

Tècniques de posada a terra i desescalada:

- Oferir beguda/berenar per regular el sistema nerviós.
- Pistes sensorials: fixar-se en les coses que es veuen/escolten.
- Concentrar-se en la respiració lenta.
- Si està agitat, convidar-lo a caminar.
- Asseure's en un lloc tranquil, allunyat dels factors desencadenants.

Benestar dels treballadors:

- Sessió informativa amb companys/supervisors.
- Establir límits, reconèixer els teus desencadenants personals.
- Prendre's descansos, evitar carregar amb la responsabilitat tu sol.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

ACTIVITAT 3.5 - CASOS D'ÈXIT A LA PARTICIPACIÓ

30 MINUTS

Objectiu

Presentar exemples pràctics d'intervencions reeixides, mostrant com els professionals poden aplicar estratègies eficaces en el treball de camp per generar confiança, reduir els danys i donar suport a l'estabilitat a llarg termini de les persones beneficiàries amb necessitats complexes.

Preparació

- Dividir els participants en grups petits (de 4 a 6 participants per grup).
- Distribuir els casos d'èxit i les preguntes per al debat. (Trobaràs el material al kit d'eines).
- Proporcionar a cada grup notes adhesives i bolígrafs.
- Assignar un facilitador a cada grup (o planifiqueu rotar el rol durant la discussió).



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 2 - ACCIÓ BASADA EN EVIDÈNCIA

ACTIVITAT 3.5 - CASOS D'ÈXIT A LA PARTICIPACIÓ

30 MINUTS

Activitat

- Cada grup llegeix una història d'èxit.
- El facilitador del grup s'assegura que tothom tingui l'oportunitat de contribuir-hi.
- Els grups debaten la història fent servir les preguntes orientadores.
- Concediu 20 minuts perquè els grups discuteixin almenys 4 de les 8 preguntes.
- En acabar el debat, cada grup anota en notes adhesives entre dues i tres idees clau.

En resum

Cada grup comparteix com a mínim una idea principal o una conclusió pràctica (1-2 minuts per grup/10 minuts en total).



UNITAT 3:

SECCIÓ 3

SECCIÓ 3 - DIVERSITAT CULTURAL I SALUT MENTAL: CONSIDERACIONS PER A LA PRÀCTICA

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 3 - DIVERSITAT CULTURAL I SALUT MENTAL: CONSIDERACIONS PER A LA PRÀCTICA

Els professionals de la salut mental i els treballadors de primera línia solen brindar suport a persones beneficiàries de cultures diferents de la seva. Les diferències culturals tenen una **gamma d'implicacions per a la pràctica**, incloent-hi:

- Com entenen les persones la salut i la malaltia: Les creences sobre les causes dels símptomes i el significat del Benestar.
- Patrons i preferències de cerca de tractament: La tria entre medicina formal, suport comunitari o pràctiques tradicionals.
- La naturalesa de la relació terapèutica o de suport: Les expectatives sobre el rol del professional, la comunicació i la noció de privacitat.
- Experiències de racisme, discriminació i marginació social: L'impacte dels factors estructurals en la salut mental i en la desconfiança cap a les institucions.

Els marcs moderns de psiquiatria i salut mental s'han desenvolupat en gran mesura **al Nord global i es basen en models biomèdics i individualistes occidentals** que prioritzen el diagnòstic la classificació dels símptomes i els tractaments estandarditzats i encara que sovint es presenten com a universals per exemple a través del DSM i la CIE aquests marcs **reflecteixen contextos socioculturals i històrics específics i no sempre es té en compte com s'experimenta i expressa el patiment mental en comunitats diverses o marginades**



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 3 - DIVERSITAT CULTURAL I SALUT MENTAL: CONSIDERACIONS PER A LA PRÀCTICA



Les investigacions demostren que la **comprensió de la salut i la malaltia són modelats** culturalment i poden posar èmfasi en factors espirituals socials morals o estructurals en lloc de la patologia individual.

Aquestes perspectives influeixen en la **busca d'ajuda les estratègies d'afrontament i la participació a l'atenció incloent-hi l'ús de xarxes comunitàries o pràctiques tradicionals.**

Quan els models dominants de salut mental passen per alt aquestes diferències corren el risc de diagnosticar erròniament patologitzar les respostes adaptatives a l'adversitat i reforçar la dominància epistèmica cosa que posa en relleu la **necessitat d'adoptar enfocaments participatius culturalment sensibles i adaptats al context en l'atenció de la salut mental.**

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 3 - DIVERSITAT CULTURAL I SALUT MENTAL: CONSIDERACIONS PER A LA PRÀCTICA

La investigació mostra consistentment que les comprensions de la salut i la malaltia difereixen entre cultures, i que aquests significats culturals tenen conseqüències **directes i tangibles per a la pràctica de la salut mental.**

Les percepcions de les causes de la malaltia (etiologia) també poden variar àmpliament. Allò que una cultura atribueix a factors biològics, una altra ho pot interpretar com a desequilibri espiritual, desharmonia social o alteració emocional. Aquestes creences influeixen en:

Comportament de cerca d'ajuda:

Consultar amb professionals mèdics, curanderos tradicionals o suports comunitaris o espirituals.

Estratègies d'afrontament:

Rituals, remeis herbals, oració o intervencions familiars.

Compromís amb el tractament:

Les creences influeixen en la disposició a adherir-se a les intervencions clíniques.

Interpretació dels símptomes:

Els marcs culturals donen forma a com s'expressa i comprèn el malestar o la discapacitat.

Aquesta perspectiva significa que els treballadors de salut mental haurien **d'explorar les opinions de les persones beneficiàries** sobre les causes de la seva angoixa o malaltia. Així mateix, han d'evitar s**uposicions basades en el seu propi marc cultural** i adaptar les intervencions de manera que es respectin aquestes perspectives.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 3 - DIVERSITAT CULTURAL I SALUT MENTAL: CONSIDERACIONS PER A LA PRÀCTICA

Hechanova i Waelde (2017) identifiquen **cinc components culturals** que tenen importants implicacions per a la pràctica de la salut mental. Aquests factors influeixen en com els pacients gestionen l'estrès, accedeixen als serveis i es relacionen amb els professionals.

Expressió emocional:

Algunes cultures consideren que el desequilibri en l'expressió emocional és un factor de risc per a la malaltia. Les persones poden evitar parlar de temes dolorosos per por que això intensifiqui la seva angoixa.

Implicació: les teràpies verbals poden necessitar adaptació, integrant enfocaments no verbals o experiencials.

Vergonya:

La vergonya pot endarrerir significativament la recerca d'ajuda, especialment en cultures on la reputació familiar i l'harmonia social són fonamentals.

Implicació: la creació de confiança, la privadesa i la normalització de la recerca d'ajuda són essencials.

Distància en poder:

En cultures amb normes jeràrquiques arrelades, el terapeuta o treballador social pot ser vist com una autoritat inqüestionable.
Implicació: posar èmfasi en la col·laboració i la presa de decisions compartides per millorar la capacitat d'acció i l'autonomia.

Col·lectivisme versus individualisme:

Les cultures col·lectivistes emfatitzen la interdependència i el suport familiar o comunitari.
Implicació: la participació de les xarxes socials pot enfortir el compromís, la capacitat d'afrontament i la resiliència.

Espiritualitat i religió:

Les creences sobre el patiment mental solen estar lligades a marcs espirituals o religiosos.
Implicació: reconèixer aquests models explicatius pot facilitar una avaluació i una intervenció culturalment apropiades.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 3 - DIVERSITAT CULTURAL I SALUT MENTAL: CONSIDERACIONS PER A LA PRÀCTICA

Què tenir en compte en treballar amb persones beneficiàries de diversos orígens culturals:

Treballar amb persones beneficiàries de diversos orígens culturals requereix constància i consciència de com la cultura modela les percepcions, experiències i respostes sobre la salut mental (Gopalkrishnan, 2018).

1. Cerca de tractament, estigma i context històric:

Les cultures varien en la manera com accedeixen als sistemes de salut convencionals. Els grups migrants i minoritaris solen presentar símptomes més greus i en etapes més avançades. Diversos factors hi contribueixen.

Estigma:

L'estigma es defineix generalment com una “marca de vergonya o desaprovació” que comporta rebuig i exclusió. Pot provocar que les persones amaguin el seu patiment, evitin rebre ajuda o temin ser etiquetades.

Trauma històric i discriminació:

El trauma històric i actual vinculat al colonialisme i l'opressió sistèmica **continuen afectant molts immigrants a Europa.** Aquestes experiències contribueixen a un estrès més gran, desconfiança en les institucions i menor participació en els serveis socials i de salut.

Les desigualtats estructurals, la racialització i la discriminació quotidiana als països d'acollida poden **reactivar el trauma intergeneracional,** que influeixen en la salut mental, les estratègies d'afrontament i les conductes de cerca d'ajuda. Reconèixer aquests contextos és fonamental per desenvolupar intervencions culturalment sensibles i respectuoses.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 3 - DIVERSITAT CULTURAL I SALUT MENTAL: CONSIDERACIONS PER A LA PRÀCTICA

Què tenir en compte en treballar amb persones beneficiàries de diversos orígens culturals:

Racisme i barreres sistèmiques:

El racisme modern sol operar a través de jerarquies culturals implícites, més que no pas mitjançant narratives biològiques. Els sistemes de salut han perpetuat inadvertidament els estereotips i els prejudicis. Per exemple, el sobrediagnòstic d'esquizofrènia entre els afroamericans il·lustra les distorsions sistèmiques a l'avaluació.

Desajust cultural:

Les teràpies verbals poden resultar inacceptables o insegures per a alguns grups, cosa que posa en relleu la necessitat d'enfocaments flexibles i culturalment sensibles, com ara alternatives basades en el moviment, formats terapèutics expressius o en línia.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 3 - DIVERSITAT CULTURAL I SALUT MENTAL: CONSIDERACIONS PER A LA PRÀCTICA

Què tenir en compte en treballar amb persones beneficiàries de diversos orígens culturals:

2. Afrontament i resiliència

Estils d'afrontament: Es tracta d'estratègies de maneig de l'estrès modelades culturalment, que inclouen la resolució col·lectiva de problemes, pràctiques espirituals, suport familiar o somatització. El suport familiar pot ser protector, encara que les normes culturals també poden generar riscos (per exemple, l'estigma, les expectatives matrimonials o els tabús).

Resiliència: Es fa referència a la capacitat de prosperar malgrat l'adversitat i està influenciada per les normes culturals. Les cultures col·lectivistes poden emfatitzar la interdependència, on la resiliència sorgeix de la identitat cultural, la comunitat, l'espiritualitat i l'acció col·lectiva.

Implicació: Els professionals han de donar suport a les fortaleses i els factors de protecció amb base cultural.



3. Factors culturals en la relació terapèutica

La relació terapèutica està condicionada pels contextos culturals tant de l'usuari com del terapeuta. Aquestes **diferències** poden aparèixer a:

- Llenguatge, estil de comunicació i normes d'expressió emocional.
- Normes al voltant de l'autoritat, l'autonomia i la divulgació.
- El paper de la família i la comunitat.
- Expectatives sobre privadesa, límits o distància professional.

Sense equivalència lingüística, conceptual i cultural, les avaluacions poden ser **incorrectes, el que porta a diagnòstic erroni o intervencions inadequades**. L'ús insuficient i constant d'intèrprets als països d'alts ingressos continua sent un obstacle important per a una atenció equitativa de la salut mental.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

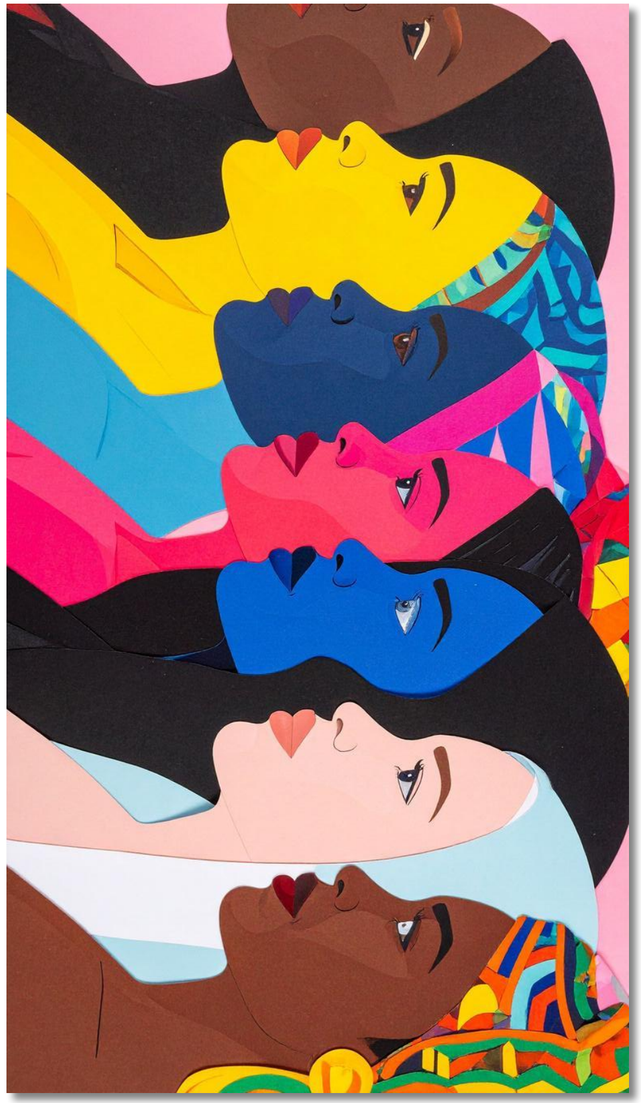
SECCIÓ 3 - DIVERSITAT CULTURAL I SALUT MENTAL: CONSIDERACIONS PER A LA PRÀCTICA

Què tenir en compte en treballar amb persones beneficiàries de diversos orígens culturals:

Treballar amb poblacions culturalment diverses en situacions de manca de vivenda i/o consum de drogues.

Una pràctica culturalment sensible és fonamental tenir en compte en treballar amb persones sense llar que consumeixen drogues, ja que el patiment, el consum de substàncies i les causes de la manca d'habitatge estan condicionats per creences culturals, estructures socials i contextos històrics. La recerca en salut mental transcultural demostra que aquests factors influeixen en com les persones comprenen les seves experiències i accedeixen als serveis.

Els grups marginats, inclosos els migrants i les comunitats racialitzades, sovint han **d'afrontar el doble estigma** relacionat amb el consum de substàncies i la identitat cultural, cosa que pot endarrerir o impedir la recerca d'ajuda. Les investigacions sobre la manca d'habitatge també mostren que el **consum de substàncies pot funcionar com una estratègia social o de supervivència** dins de contextos d'exclusió, en lloc de considerar-ho únicament com a patologia. **Reconèixer aquests significats és clau per brindar una atenció eficaç i respectuosa.**



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 3 - DIVERSITAT CULTURAL I SALUT MENTAL: CONSIDERACIONS PER A LA PRÀCTICA

Què tenir en compte en treballar amb persones beneficiàries de diversos orígens culturals:

La cultura també exerceix un paper clau, ja que i**nflueix en la participació en el servei i en la confiança en els sistemes.** Les persones de diversos orígens culturals sovint experimenten **desconfiança institucional.** A causa de la discriminació, el racisme sistèmic o l'exclusió dins dels serveis socials i de salut, aquesta desconfiança s'intensifica per a les persones sense llar que consumeixen substàncies, ja que els serveis solen percebre's com a punitius o centrats en la vigilància, en lloc de donar suport.

Per tant, l'atenció culturalment sensible **ha d'anar més enllà del llenguatge i la comunicació**. També hauria d'abordar les barreres estructurals, com ara la situació migratòria precària, l'accés limitat a proveïdors culturalment competents i els models de tractament rígids que restringeixen l'accés equitatiu a l'atenció mèdica.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 3 - DIVERSITAT CULTURAL I SALUT MENTAL: CONSIDERACIONS PER A LA PRÀCTICA

Què tenir en compte en treballar amb persones beneficiàries de diversos orígens culturals:

Les normes culturals donen forma a ambdues **relacions terapèutiques i a com s'expressa el patiment. La psiquiatria transcultural** mostra que les persones comuniquen el patiment a través de modismes culturalment específics que poden no ajustar-se a les categories diagnòstiques estàndard, cosa que augmenta el risc de mala interpretació o diagnòstic erroni. En entorns de persones sense llar, els comportaments considerats com a "resistència" poden, en canvi, reflectir una configuració culturalment modelada **d'estratègies d'autonomia o supervivència.** Per tant, es requereixen avaluacions **adaptades** culturalment, l'ús d'intèrprets i pràctiques reflexives bàsiques.

Les **fortaleses** amb arrels culturals —com ara les xarxes familiars i comunitàries, les pràctiques espirituals i el suport entre iguals— **són fonts clau de resiliència.** Les intervencions que es basen en aquestes fortaleses i aborden les desigualtats sistèmiques milloren la participació i afavoreixen una recuperació més sostenible.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 3 - DIVERSITAT CULTURAL I SALUT MENTAL: CONSIDERACIONS PER A LA PRÀCTICA

Orientacions generals en matèria de diversitat cultural i salut mental

a. Els sistemes han de reconèixer la diversitat, no només afegir eines.

La **entrevista de formulació cultural del DSM-5** és un pas útil, però els professionals han d'adaptar les eines a la realitat de les persones sense llar i el consum de substàncies. Això garanteix que les avaluacions tinguin en compte els antecedents culturals, les experiències de xoc cultural i els efectes de la inestabilitat de l'habitatge o el consum de substàncies en la percepció, la capacitat i la presa de decisions.

b. Avançar cap a una atenció integral i holística.

Els models holístics, biopsicosocials i orientats a la recuperació brinden una atenció culturalment pertinent, abordant factors socials, psicològics i biològics. La integració d'aquests serveis a l'atenció primària pot reduir l'estigma, millorar l'accessibilitat, fomentar el pluralisme mèdic i donar cabuda a enfocaments de sanació occidentals, tradicionals i comunitaris.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 3 - DIVERSITAT CULTURAL I SALUT MENTAL: CONSIDERACIONS PER A LA PRÀCTICA

Orientacions generals en matèria de diversitat cultural i salut mental

c. Enfortir els suports tradicionals i basats en la comunitat.

Moltes persones de diversos orígens culturals prefereixen rebre orientació de gent gran, remeiers tradicionals o líders religiosos. Col·laborar amb aquests recursos comunitaris pot millorar la participació, validar les experiències viscudes i complementar l'atenció clínica, especialment per als que es troben en situació de carrer o amb problemes de consum de substàncies.

d. Abordar els límits de la competència cultural.

La competència cultural no és neutral quant a valors. Una pràctica eficaç requereix examinar el poder, el trauma històric i el racisme sistèmic, que s'entrecreuen amb la manca d'habitatge i el consum de substàncies per afectar l'accés als serveis, la discriminació i l'exclusió social. Abordar aquests factors estructurals garanteix que les intervencions responguin a realitats contextuals més profundes i no només a diferències superficials.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 3 - DIVERSITAT CULTURAL I SALUT MENTAL: CONSIDERACIONS PER A LA PRÀCTICA

Orientacions generals en matèria de diversitat cultural i salut mental

e. Fomentar aliances culturals

Un suport eficaç implica el disseny conjunt de programes amb membres de la comunitat i iguals (parells), la distribució del poder i la consideració dels antecedents culturals de les poblacions ateses. Les aliances entre els serveis de salut mental, els serveis de tractament d'addiccions i les comunitats culturals fomenten la confiança, l'accessibilitat, la continuïtat de l'atenció i millors resultats.

f. Promoure la interdependència, no la jerarquia

L'atenció ha d'integrar xarxes de suport, identitat cultural, pràctiques espirituals i coneixements locals. Aprofitar aquests recursos enforteix la resiliència i garanteix que les intervencions reflecteixin les realitats i fortaleses de les persones i de les comunitats.

g. Context social més ampli

Factors estructurals com el racisme, la migració, la globalització i la pèrdua de suports tradicionals poden intensificar el patiment psicològic en poblacions sense llar o en situació de vivenda precària. Els professionals de la salut mental que treballen en contextos multiculturals poden necessitar actuar com a defensors socials, abordant les desigualtats sistèmiques que afecten el benestar.



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 3 - DIVERSITAT CULTURAL I SALUT MENTAL: CONSIDERACIONS PER A LA PRÀCTICA

Consideracions pràctiques per a intervencions culturalment competents amb poblacions sense llar i amb consum actiu de substàncies.

Ser culturalment conscient:

Reconèixer les variacions en l'expressió del malestar i en les estratègies d'afrontament.

Adaptar la comunicació:

- Utilitzar intèrprets.
- Fer preguntes obertes i culturalment sensibles:
  - *"Com entén la teva comunitat el que estàs vivint?"*
  - *"A qui sols recórrer quan estàs estressat?"*
  - *"Hi ha tradicions o pràctiques que t'ajudin a suportar la situació?"*

Ser conscient dels riscos:

- Malentesos culturals que augmenten el malestar.
- Aïllament de xarxes de suport culturalment segures.
- Conflictes entre les normes culturals i les expectatives del servei.
- Vulnerabilitats combinades (migració, gènere, discapacitat, sexualitat).
- Trauma cultural o racial.
- Barreres per expressar urgència o perill a causa de l'idioma o de les normes socials.
- Riscos derivats de forces sistèmiques.

Bones pràctiques:

- Crear entorns culturalment segurs.
- Validar les experiències culturals i evitar moralitzar.
- Col·laborar amb comunitats, líders culturals i companys (parells).
- Adaptar les estratègies de reducció de danys perquè s'ajustin als valors culturals.
- Facilitar la navegació en sistemes configurats per la desigualtat.
- Aprenentatge continu, reflexió sobre els propis prejudicis i supervisió.

UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 3 - DIVERSITAT CULTURAL I SALUT MENTAL: CONSIDERACIONS PER A LA PRÀCTICA

ACTIVITAT 3.6 – TAULA RODONA

30 - 40 MINUTS

Objectiu

L'objectiu és explorar la intersecció entre els antecedents culturals, les experiències traumàtiques i la reducció de danys, i identificar maneres d'aplicar estratègies de manera respectuosa i eficaç en diversos contextos. Aquesta activitat fomenta la reflexió, l'intercanvi d'experiències reals i l'obtenció de recomanacions pràctiques per a una atenció sensible a la diversitat cultural i amb enfocament en el trauma.

Preparació

Llegiu les següents preguntes de debat impreses:

- Com pot influir el rerefons cultural en la manera com una persona experimenta i expressa un trauma?
- Quins són alguns dels prejudicis o suposicions comunes que els professionals han de tenir en compte en treballar amb persones beneficiàries de diverses cultures?
- De quina manera es poden adaptar les estratègies de reducció de danys per satisfer millor les necessitats de les persones de diferents orígens culturals o ètnics?
- Com es manifesta a la pràctica l'atenció basada en el trauma en brindar suport a les persones sense llar?
- Se t'acudeixen exemples en què la manca de comprensió cultural hagi creat barreres per a l'atenció o la confiança?
- Quines són algunes recomanacions pràctiques sobre què cal fer i què no fer en abordar la reducció de danys des d'una perspectiva informada sobre el trauma?



UNITAT 3 -ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS I PRÀCTIQUES BASADES A L'EVIDÈNCIA

SECCIÓ 3 - DIVERSITAT CULTURAL I SALUT MENTAL: CONSIDERACIONS PER A LA PRÀCTICA

ACTIVITAT 3.6 – TAULA RODONA

30 - 40 MINUTS

Activitat

- Trieu almenys 3 o 4 preguntes, amb exemples basats en la vostra experiència personal o professional. I reflectiu sobre la resposta.
- Escriviu al vostre treball 2 o 3 idees clau o recomanacions.

En resum

Ressalteu una idea principal o una conclusió pràctica.



HOME4HEALTH MOOC

MÒDUL 4:
CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

DESCRIPCIÓ GENERAL DEL MÒDUL

Unitat 1: Substàncies psicoactives

Secció 1: Introducció al curs i a les persones participants

Secció 2: Substàncies psicoactives

Unitat 2: Estratègies de reducció de danys en el consum de substàncies psicoactives

Secció 1: Tipus de vies d'administració de substàncies psicoactives

Secció 2: Més estratègies de reducció de danys

Secció 3: Perspectiva del treball entre iguals

Unitat 3: Reducció de danys específica per a persones sense llar

Secció 1: Introducció a les situacions de sensellarisme

Secció 2: Reducció de danys en casos de persones sense llar

UNITAT 1:

SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

UNITAT 1 - RESULTATS DE L'APRENENTATGE I OBJECTIUS

Coordinated by: ABD Welfare and Development Association
In partnership with: CPES CER, HVO QUERIDO, Caritas Slovenia
Co-funded by the European Union
2023-1-ES01-KA220-VET-000165764

a) Objectius i resultats de l'aprenentatge

- Identificar categories de substàncies psicoactives i explicar-ne els efectes neurobiològics.
- Identificar estratègies de reducció de danys específiques per a casos de consum de substàncies.
- Analitzar factors interseccionals com ara la manca d'habitatge, el gènere, el treball sexual i el trauma en el consum de substàncies.
- Explicar l'ús funcional de les substàncies en diferents contextos per fonamentar les intervencions de suport.

b) Competències abordades

- Competència cultural: Comprendre el context legal i sociocultural que influeix en el consum de substàncies a diferents països i cultures.
- Habilitats analítiques: Analitzar els patrons de consum de substàncies i reconèixer el seu paper a la vida d'una persona, tenint en compte el seu historial i circumstàncies.
- Pensament crític: Avaluar l'eficàcia de les estratègies de reducció de danys per a diferents tipus de consum de substàncies i considerar solucions específiques per a cada context.
- Habilitats de comunicació: Comunicar eficaçment les recerques i les perspectives sobre el consum de substàncies entre les persones sense llar a públics diversos.

UNITAT 1 – SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - INTRODUCCIÓ AL CURS I A LES PERSONES PARTICIPANTS

ACTIVITAT 4.1 TRENCAGELS "FITXES INFORMATIVES: VERITABLE O FALS?"

30 - 40 MINUTS

Preparació

- Crea un full de paper amb dues columnes clarament etiquetades: “VERITABLE” i “FALS”.
- Barregeu les targetes del full informatiu i poseu-les cap per avall sobre la taula - Per aquest material consulta el kit d'eines

Activitat

- Trieu una **Fitxa informativa** de la taula i llegiu la declaració.
- Segons els vostres coneixements actuals, col·loqueu la targeta sota “VERITABLE” o “FALS”.
- Continueu fins que totes les targetes estiguin classificades.

Resum

- Reveleu les respostes correctes i compareu-les amb les pròpies eleccions.
- Hi ha hagut algun resultat sorprenent?
- Tingueu present aquesta nova informació a mesura que avanceu a la resta del mòdul.



UNITAT 1:

SECCIÓ 2

SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

UNITAT 1 – SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2 - SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Què són les substàncies

Qualsevol substància química que alteri el funcionament del cervell.

Pot afectar l'estat d'ànim, percepció, pensament, comportament o consciència.

Des d'una perspectiva mèdica, aquestes substàncies interactuen amb el **sistema nerviós central**, influint en neurotransmissors com la dopamina, la serotonina, el GABA, el glutamat i la norepinefrina.

Això pot conduir a:

efectes a curt termini

eufòria,
estat d'alerta
sedació
al·lucinacions

efectes a llarg termini

tolerància
dependència
neuroadaptació

Aquesta visió neurobiològica és comuna en els sistemes de salut europeus, però només hi ha **un camí** per comprendre el consum de substàncies.

El consum de substàncies també està condicionat pel context.

Entre els factors que influeixen en els efectes s'hi inclouen:

salut mental i física

son, nutrició, nivells d'estrès

entorn social i grup d'iguals

estigma o risc legal

creences culturals sobre la substància

The same substance can produce very different experiences.

UNITAT 1 – SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2 - SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Definició de substàncies psicoactives i interacció neurobiològica

La història, la cultura i les lleis importen.

El que anomenem “fàrmac” no és només una categoria química. Està modelat per la història, la política i la cultura.

Algunes substàncies que avui són il·legals tenen una llarga història d'ús ritual o medicinal a les comunitats indígenes, mentre que altres substàncies amb repercussions importants en la salut continuen sent legals. Això demostra que la classificació de substàncies no sempre es basa únicament en l'evidència científica.

El consum de substàncies no és només una qüestió de danys. Les persones utilitzen substàncies psicoactives per moltes raons, per exemple:

- plaer o curiositat
- connexió amb els altres
- afrontar el dolor emocional
- creativitat o autoexploració
- pràctiques culturals o espirituals

Comprendre aquestes motivacions ajuda les persones professionals a respondre amb empatia en lloc de judici.



UNITAT 1 – SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2 - SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Definició de substàncies psicoactives i interacció neurobiològica

Per què el llenguatge és important

En aquest mòdul intentem evitar la paraula "droga" sempre que sigui possible.

Aquest terme sol comportar estigma i agrupa substàncies i usos molt diferents.

Usant llenguatge precís i respectuós ajuda a reduir la discriminació i millorar l'atenció mèdica.

Idea clau

- **Biologia** → com afecten les substàncies al cervell
- **Psicologia** → per què la gent les fa servir
- **Context social i cultural** → com el significat i l'entorn donen forma a l'ús

Només combinant aquestes perspectives podrem donar suport a les persones de manera realista i compassiva.



UNITAT 1 – SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2 - SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

La Convenció de 1971 sobre Substàncies Psicotròpiques

Presentada amb l'objectiu de regular l'ús creixent de substàncies psicoactives sintètiques—com ara amfetamines, LSD, benzodiazepines i altres drogues no contemplades a la Convenció de 1961.

El seu objectiu era garantir el control i permetre la investigació mèdica i científica (Nacions Unides, 1971).

Vídeo per obtenir més informació: Què és la guerra contra les drogues?

Amb Jay-Z i Molly Crabapple

Llistes de la Convenció Única sobre estupefaents de 1961

Cronograma	Descripció	Exemples
Llista I	Alt potencial d'abús, sense ús mèdic reconegut.	LSD, MDMA, mescalina, psilocibina
Llista II	Alt potencial d'abús, alguns usos mèdics	Anfetamina, metamfetamina, metilfenidat, PCP
Llista III	Potencial d'abús moderat, ús mèdic acceptat	Buprenorfina, catina, pentobarbital
Llista IV	Baix potencial d'abús, àmpliament utilitzat en medicina.	Diazepam, alprazolam, clonazepam, zolpidem

UNITAT 1 – SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2 - SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Categorització de substàncies psicoactives

El control internacional de substàncies psicoactives prové de **tractats desenvolupats al segle XX protegir la salut pública**, prevenir l'addicció i regular el comerç, però també van ser influenciats per **agendes colonials, racials i geopolítiques**. Això ha determinat **quines substàncies es consideren perilloses** i a **quines poblacions van dirigides.** Dos tractats principals de les Nacions Unides estructuren el sistema de classificació actual.

La Convenció Única sobre Estupefaents de 1961

Consolidat i va reemplaçar els tractats de **control de drogues anteriors**.

Al desembre de 2020, la **Comissió d'Estupefaents de les Nacions Unides** va votar a favor d'eliminar el cànnabis i la seva resina de la Llista IV, reconeixent el seu potencial medicinal. No obstant això, roman a la Llista I (UNODC, 2020).

Llistes de la Convenció Única sobre estupefaents de 1961

Cronograma	Descripció	Exemples
Llista I	Alt potencial d'abús, valor terapèutic limitat.	Cànnabis, resina de cànnabis, cocaïna, morfina, opi
Llista II	Substàncies amb un ús similar a les de la Llista I, però amb un control lleugerament menys estricte.	Codeïna, etilmorfina
Llista III	Preparacions amb menor risc degut a la dilució o combinació.	Certs medicaments a base de codeïna
Llista IV	Substàncies que ja figuren a la Llista I però que es consideren especialment perilloses (les més restringides).	Heroïna, anteriorment cànnabis i resina de cànnabis (fins al 2020)

UNITAT 1 – SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2 - SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Interpretacions nacionals i diversitat jurídica

Els calendaris internacionals proporcionen orientació, però cada país els aplica de manera diferent, influenciat per factors culturals, legals i polítics. Les lleis nacionals determinen com es regulen les substàncies, cosa que genera una variació significativa en la seva aplicació a nivell mundial.

ESPANYA

- El **Cànnabis recreatiu està despenalitzat** per a ús personal en espais privats - Il·legal cultivar, vendre o consumir en públic.
- Els clubs de cànnabis operen en una zona legal ambigua (model sense ànim de lucre, estatut poc clar).
- Regulació del cànnabis medicinal en desenvolupament (des del 2022)

PAÏSOS BAIXOS

- Es tolera la venda de cànnabis a cafeteries amb llicència (s'apliquen normes estrictes).
- El subministrament continua sent il·legal ("problema de la porta del darrere"); es duen a terme projectes pilot de cultiu legal.

UNITAT 1 – SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2 - SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

PORTUGAL

- Es despenalitza l'ús personal (fins a un subministrament per a 10 dies).
- Quantitats més grans poden comportar sancions o càrrecs per tràfic de drogues.
- El cànnabis medicinal és legal amb recepta mèdica (des del 2019).
- El CBD està àmpliament disponible (no és psicoactiu).

IRLANDA

- La possessió de cànnabis és il·legal; els casos menors poden rebre una advertència (des del 2020).
- El subministrament i les quantitats més grans comporten sancions més severes.
- Estratègia de medicaments basada en la salut en vigor (2017-2025)
- Programa de cànnabis medicinal introduït el 2019 (ampliat el 2023)



UNITAT 1 – SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2 - SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Classificació de substàncies psicoactives segons el mecanisme d'acció neurobiològic

This classification is common in clinical and educational contexts, as it helps to understand pharmacological risks, interactions, and subjective experiences.

Aquesta classificació és comuna en contextos clínics i educatius, ja que ajuda a comprendre els riscos farmacològics, les interaccions i les experiències subjectives.

No obstant això, les s**ubstàncies psicoactives no produeixen els mateixos efectes en totes les persones ni en tots els contextos**.

Moltes substàncies produeixen una varietat d'efectes que varien segons la dosi, la fisiologia individual i el context social o emocional.

Exemple: *L'alcohol es classifica farmacològicament com a depressor del sistema nerviós central. Tot i això, a dosis baixes i en ambients estimulants, sol produir desinhibició, loquacitat i eufòria transitòria, efectes similars als d'un estimulant. A mesura que augmenten els nivells d'alcohol a la sang, la sedació i el deteriorament motor es fan més evidents, i predominen els efectes depressors. Aquest efecte bifàsic no és exclusiu de l'alcohol; moltes substàncies presenten variacions en els efectes segons la dosi.*

Categoria	Exemples	Efectes principals
Depressors (depressors del SNC)	Alcohol, benzodiazepines, opioides	Sedació, relaxació muscular, alleujament del dolor, reducció de l'ansietat, deteriorament cognitiu
Estimulants	Cocaïna, amfetamines, nicotina, cafeïna	Augment de l'estat d'alerta, eufòria, energia, reducció de la gana
Al·lucinògens (psicodèlics clàssics)	LSD, psilocibina, mescalina	Alteració de la percepció, al·lucinacions, sinestèsia, canvis emocionals
Dissociatius	Ketamina, PCP	Desconnexió d'un mateix i de l'entorn, analgesia, desrealització
Cannabinoides	THC (del cànnabis)	Eufória, alteració de la percepció del temps, relaxació, ansietat (en alguns usuaris)
Empatògens / Entactògens	MDMA (èxtasi)	Obertura emocional, augment de l'empatia, sociabilitat, potenciació sensorial

UNITAT 1 – SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2 - SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Classificació de substàncies psicoactives segons el mecanisme d'acció neurobiològic

En el cas del consum de múltiples substàncies, aquestes poden emmascarar, potenciar o interactuar de manera impredictible entre si.

Els efectes de qualsevol substància psicoactiva són produïts conjuntament per múltiples factors que interactuen entre si:

- La substància en si (composició química, puresa, dosi)
- La persona (tolerància, neurobiologia, salut mental, cicle hormonal)
- El context (entorn físic, estat emocional, expectatives, dinàmica social)

Aquesta interacció es descriu sovint mitjançant el model de "droga, estat mental i entorn", un marc fonamental per comprendre les experiències psicoactives.



UNITAT 1 – SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2 - SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Noves Substàncies Psicoactives (NSP)

Substàncies sintètiques o semisintètiques que no estan llistades a les **Convencions de l'ONU de 1961 o 1971,** però encara poden plantejar **riscos greus per a la salut pública.** Sovint es comercialitzen com"*drogues legals*", "*productes químics de recerca*", o "*drogues de disseny*", segons l'Oficina de les Nacions Unides contra la Droga i el Delicte.

La investigació sol agrupar les NPS en diverses famílies principals, com per exemple:

- **Fenetilamines**
- **Triptamines**
- **Piperazines**
- **Catinones sintètiques**
- **Cannabinoides sintètics**
- **Altres substàncies** (per exemple, benzodiazepines de disseny, opioidesnous, dissociatius)

Els efectes, **riscos i toxicitat d'questes substàncies varien àmpliament**.

Les noves substàncies psicoactives (NSP) canvien ràpidament i no tenen estudis a llarg termini, fet que suposa un gran desafiament per a la reducció de danys, l'atenció sanitària i les polítiques sobre drogues.

UNITAT 1 – SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

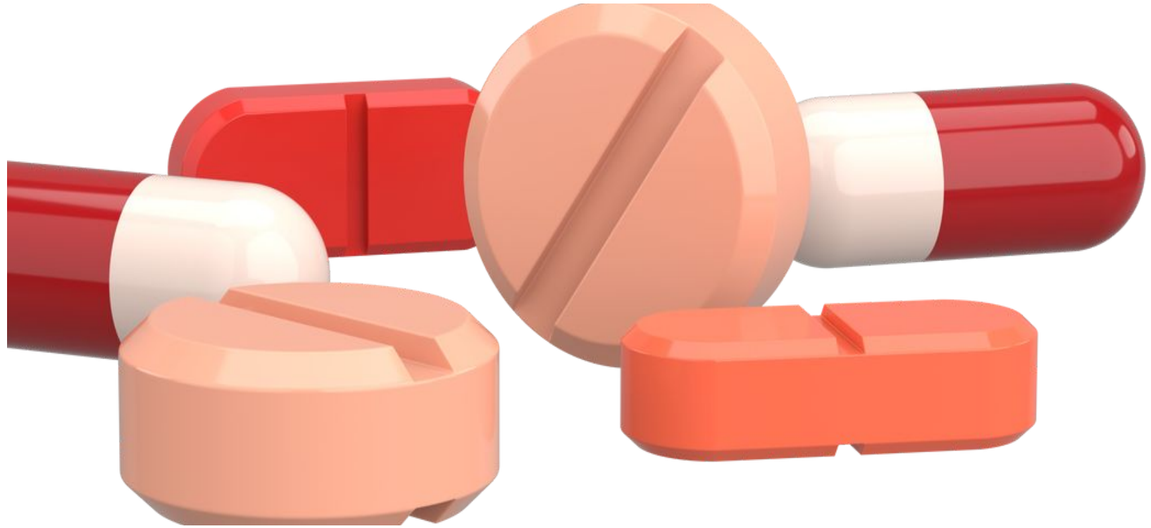
SECCIÓ 2 - SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Noves Substàncies Psicoactives (NSP)

Als **Països Baixos**, les noves substàncies psicoactives (NPS) són motiu de preocupació creixent perquè es poden modificar químicament per eludir les lleis antidrogues vigents. Això vol dir que es poden vendre legalment fins que siguin prohibides específicament.

El govern sol afegir noves substàncies a la llei nacional sobre drogues, una vegada que han estat identificades i avaluades. Tot i això, aquest procés sol anar a la saga de la ràpida aparició de noves substàncies.

Per millorar el control, els Països Baixos exploren enfocaments jurídics més amplis i col·laboren amb el Sistema d'Alerta Primerenca de la UE per supervisar les tendències emergents.



UNITAT 1 – SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2 - SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Comprendre l'ús a través de la funció: Quan les substàncies ajuden a sobreviure

Per entendre l'ús de substàncies psicoactives, especialment des d'una perspectiva de reducció de danys i atenció social, és important anar més enllà de preguntar-se "*Quina substància s'està fent servir?*". Al seu lloc, preguntar-se "*Quina funció compleix aquesta substància a la vida d'aquesta persona?*"

- Els efectes d'una substància no es poden separar de l'estat emocional i l'entorn de la persona.
- És important entendre per què algú utilitza una substància en un moment determinat. L'ús poques vegades és aleatori; sovint reflecteix necessitats no satisfetes, barreres estructurals o un intent de regular les emocions o el cos.

Per a les persones que **experimenten manca o exclusió d'habitatge**, les substàncies psicoactives poden tenir fins pràctics o relacionats amb la supervivència. Investigacions realitzades a diferents països mostren que aquestes substàncies de vegades s'utilitzen per a:

- **Mantenir-se despert i en alerta** en entorns insegurs
- **Adormir-se** en condicions exteriors adverses
- Enfrontar-se **al dolor, fred, gana, o esgotament**
- **Gestió del trauma,** dolor o por constants
- Mantenir un **sentit de la rutina,** connexió o alleugeriment temporal

La manca d'habitatge és una condició estructural que pot canviar el significat i la funció del consum de substàncies.

Allò que des de fora pot semblar un comportament de risc, en realitat pot ser una adaptació racional a condicions de vida insegures.

UNITAT 1 – SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2 - SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Comprendre l'ús a través de la funció: Quan les substàncies ajuden a sobreviure

Això no vol dir ignorar els riscos → **animeu els professionals a comprendre la lògica de la supervivència** que hi ha darrere alguns patrons d'ús. Per tant, els enfocaments basats en la reducció de danys i la justícia social tenen com a objectiu:

- Comprendre les necessitats subjacents al comportament
- Evitar els judicis morals o els diagnòstics simplistes.
- Concentrar-se en millorar les condicions de vida, no només aturar l'ús

Quan fallen sistemes com l'habitatge, l'atenció mèdica o el suport social, les persones sovint desenvolupen les mateixes maneres per enfrontar la situació.



Comprendre l'ús de substàncies a través de la seva funció ajuda les persones professionals a respondre amb empatia, realisme i eficàcia. Permet als treballadors de suport veure la persona darrere del comportament i dissenyar intervencions que abordin ambdós aspectes: ***riscos immediats i necessitats subjacents.***

UNITAT 1 – SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2 - SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

ACTIVITAT 4.2 - "RODA DE LA FORTUNA" SOBRE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES / INTERACCIÓ

45 MINUTS

Activitat

- Gireu la roda, que conté diverses preguntes sobre l'ús de substàncies psicoactives.
- Per a cada pregunta, proporcioneu una resposta, ja sigui correcta o incorrecta.

Un cop revelada la substància, pregunteu-vos:

- Descriviu una situació real en què el consum de substàncies hagi influït en la vulnerabilitat d'una persona.
- Quina estratègia de reducció de danys aplicarieu en aquesta situació i per què?
- Com es podria relacionar aquesta situació amb les diferents vies de recuperació (abstinència, estabilització, ús controlat)?
- Quins riscos es podrien passar per alt en aquest cas?
- Com abordaries aquesta persona des d'una perspectiva lliure de prejudicis?

Link a la Roda de la fortuna en línia



UNITAT 1 – SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2 - SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

ACTIVITAT 4.2 - "RODA DE LA FORTUNA" SOBRE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES / INTERACCIÓ

45 MINUTS

Instruccions per a la persona facilitadora

Les persones participants fan torns per girar la ruleta i respondre la pregunta que apareix. La persona facilitadors ha de:

- Animar els participants a donar respostes concises (d'1 a 2 minuts per participant) per evitar repeticions.
- Animar els participants que, sempre que sigui possible, aportin exemples reals de la seva experiència professional.
- Després de cada torn, facilitar una breu reflexió grupal que connecti les respostes amb les pràctiques de reducció de danys.
- Garantir un espai respectuós i lliure de prejudicis on puguin sorgir diferents perspectives.



Preguntes per a la reflexió

Després de diverses rondes, convideu els participants a reflexionar:

- Com interactua el consum de substàncies amb les condicions de vida de les persones (per exemple, manca d'habitatge, traumes, aïllament)?
- Quines diferents vies de recuperació es poden identificar en els casos analitzats?
- Com es poden adaptar les estratègies de reducció de danys a cada via en lloc d'imposar un únic model?
- Quin paper tenen els professionals a l'hora de fomentar pràctiques més segures sense exigir l'abstinència?

UNITAT 2:

ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

UNITAT 2:

SECCIÓ 1

TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

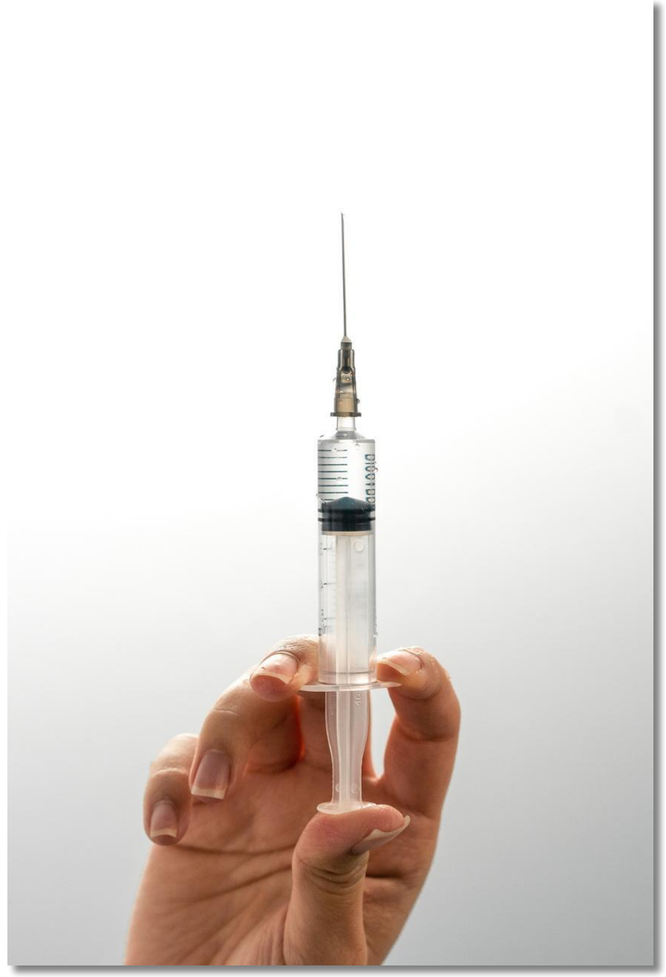
UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Reducció de danys a Europa: conceptes clau

Enfocament de salut pública que té com a objectiu reduir les conseqüències negatives **per a la salut i** la societat del consum de substàncies psicoactives**, sense requerir abstinència.**

- A Europa, la Reducció de Danys s'ha desenvolupat com una **resposta pragmàtica i basada en l'evidència, la dignitat, la inclusió, i els drets humans**
- Un factor clau en la reducció de danys és la **via d'administració**, que influeix fortament tant en els **nivells de risc** com en el **tipus d'intervenció necessària**
- Les **propietats físiques** de les substàncies configuren els **perfils de risc** i determinen l'accés a les **eines de reducció de danys adequades** (HRI, 2021).



UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Reducció de danys a Europa: conceptes clau

1. Programes d'Intercanvi de Xeringues (PIX)

Aquests programes son un **pilar fonamental de la reducció de danys,** proporcionant **equips d'injecció estèrils** per prevenir infeccions transmeses per la sang.

Idees clau:

- Disponible a **tots els països de la UE + Noruega**
- Només **set països compleixen els objectius** de cobertura de l'OMS (200 agulles/persona/any)
- **Disparitats d'accés urbà** > rural
- **Accés molt limitat** a les presons (Espanya, Luxemburg, 1 instal·lació a Alemanya)

Desafiaments actuals:

- Brots de VIH vinculats a la **injecció d'estimulants** (p. ex., cocaïna, metamfetamina)
- Necessitat d'un accés **d'alta freqüència** i de l'eliminació de polítiques restrictives (p. ex., intercanvis un a un)

2. Teràpia amb agonistes opioides (TAO)

La **TAO** com la metadona o buprenorfina redueix la necessitat d'injectar i disminueix el risc de sobredosi.

Idees clau:

- Disponible a **tots els països de la UE**
- Cobertura desigual especialment a Europa de l'Est
- **L'accés interromput a les presons** augmenta els riscos posteriors a l'alliberament

Bona pràctica: combinar **TAO + PIX** als entorns comunitaris i penitenciaris.



UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Reducció de danys a Europa: conceptes clau

3. Sales de consum de drogues (DCRs)

Les **SCD** ofereixen **espais supervisats i higiènics** per a un ús més segur, prevenint **sobredosis fatals** i connectar les persones amb l'atenció mèdica.

Idees clau:

- Present a **13 països de la UE + Noruega**
- Expandint a **Portugal i Grècia**
- Cada cop més inclouen **sales d'inhalació i serveis d'anàlisis de drogues**

L'evidència demostra que:

- No hi ha augment de **delictes o consum de drogues**
- Millora les taxes de **supervivència i compromís de servei**

4. Prevenció de sobredosi i naloxona

La naloxona és un **antagonista d'opioides** que salva vides i reverteix les sobredosis.

Idees clau:

- Programes comunitaris a **27 països**
- Alguns països permeten **accés sense recepta**
- Encara hi ha mancances de formació per a iguals (peers) i treballadors de primera línia

Desafiament actual:

- Opioides sintètics (per exemple, fentanil) requereixen dosis múltiples + suport ventilatori



UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Reducció de danys a Europa: conceptes clau

Exemples:

Portugal

Els equips de divulgació distribueixen naloxona amb formació entre iguals.

Integració creixent en l'estratègia nacional sobre drogues (pràctica local)

Països Baixos

L'autobús de Regenboog Groep a Amsterdam ofereix un servei de reducció de danys mòbil i de fàcil accés:

- Espai segur **per a fins a 6 persones**
- Instal·lacions **d'higiene, alimentació i descans**
- **Eliminació segura** de xeringues
- Derivacions a **serveis d'atenció, allotjament i suport**

Ajuda a **reduir consum públic de drogues** i millora **compromís amb les cures.**

UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Vies d'injecció

Desafiaments transversals

- **Reducció limitada** de danys a les presons malgrat la gran necessitat
- **Desigualtats persistents** a l'accés entre regions

Importància del gènere i la condició migratòria:

- Les dones s'enfronten a **l'estigma, la violència i la invisibilitat.**
- Les persones migrants s'enfronten a **barreres lingüístiques, pors legals i accés limitat.**

Un equip de reducció de danys eficaç requereix:

- Enfocaments que responen a les necessitats de gènere
- Serveis culturalment sensibles i de fàcil accés.
- Divulgació liderada per iguals (peers)

Conclusions clau

- Injecció = ús de més risc → requereix una resposta integral de reducció de danys.
- PIX + TAO = intervencions bàsiques
- Les SCD i la naloxona salven vides i milloren l'accés a l'atenció mèdica.
- Les deficiències en la cobertura i l'accés a les presons són encara qüestions crítiques.
- Els enfocaments centrats a l'equitat són essencials.

UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Via inhalatòria

La **Inhalació** (fumar o vaporitzar) de substàncies psicoactives inclou **cocaïna, crack, heroïna** (fumar en paper de plata o *chasing the dragon)*, **metamfetamina, catinones, cànnabis, i cannabinoides sintètics.**

Tot i que sovint es considera menys arriscada que la injecció, la inhalació comporta **riscos significatius per a la salut,** inclòs:

- **Dany pulmonar**
- **Cremades i lesions bucals**
- **Transmissió de la tuberculosi (TB)**
- **Sobredosi,** especialment amb **estimulants o substàncies adulterades**

En contextos com el sistema penitenciari holandès, la inhalació és una **creixent preocupació,** en part degut a **imprevisibilitat de la dosi** (p. ex., substàncies sobre paper)



UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Via inhalatòria

1. Kits per fumar de forma més segura

Redueixen els danys relacionats amb l'ús de material improvisat o compartit i fomenten pràctiques no injectables.

Contingut típic:

- Pipes resistents a la calor o paper de plata
- Broquets personals
- Tovalloletes desinfectants

Impacte:

- Prevenir talls, cremades i infeccions (VHC, tuberculosi)
- Reduir l'intercanvi de material
- Donar suport a persones amb les venes danyades o que prefereixen no injectar-se

Desafiaments:

- Disponibilitat limitada
- Barreres legals
- Manca de finançament

Més enllà de l'equip: Significat i Pràctica

Proporcionar materials per si sol no és suficient.:

- Les pipes no són eines neutrals → comporten un significat cultural, personal i simbòlic.
- Les pràctiques d'ús són determinades per l'experiència, la identitat i les estratègies de supervivència.

La reducció eficaç de danys requereix:

- Educació entre iguals
- Respecte per l'experiència viscuda
- Creació conjunta d'eines més segures amb els usuaris.

Imposar un enfocament purament **biomèdic** comporta el risc **d'exclusió** i d'una **baixa adopció**.

UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Via inhalatòria

2. Sales de consum de drogues (DCRs) for Inhalation

Moltes **sales de consum de drogues (SCD)** ara inclouen **espais d'inhalació ventilats.**

Beneficis:

- Reducció **d'ús públic i de riscos al carrer**
- Menor exposició a la **violència i criminalització**
- Major accés a **serveis socials i de salut**



UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Via inhalatòria

3. Prevenció de la transició a l'administració de drogues injectables

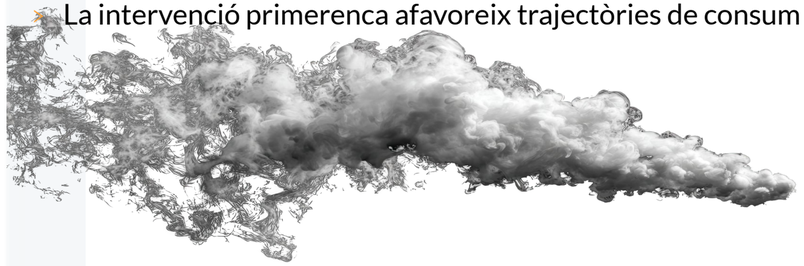
Un objectiu clau de la reducció de danys centrada en la inhalació és prevenir o endarrerir la injecció.

Les persones poden optar per injectar-se a causa de:

- Tolerància
- Pressió econòmica (ús més eficient)
- Problemes d'accés venós
- Influència social

L'evidència demostra que:

- L'accés als kits per fumar i l'educació redueixen la transició a les drogues injectables.
- La intervenció primerenca afavoreix trajectòries de consum més segures.



Canvis en la visibilitat i deficiències

La inhalació és sovint menys visible que la injecció:

- No hi ha indicadors clars com **xeringues rebutjades**
- El seu ús es produeix sovint en **entorns privats o interiors**
- Condueix a **subestimació de riscos**

Transcendència

- Més difícil **divulgació i participació**
- Llacunes en el **disseny de dades i serveis**
- Risc de **negligència institucional**

UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Via inhalatòria

S'utilitza habitualment per a substàncies com hidroclorur de c**ocaïna, ketamina, amfetamines, catinones sintètiques, i medicaments triturats** (p. ex., benzodiazepines, opioides).

Aquesta via condueix a una **aparició ràpida dels efectes** a causa de l'alta vascularització mucosa nasal, però també implica riscos específics per a la **salut**:

- **Dany a la mucosa**
- **Perforació de l'envà nasal**
- **Sinusitis crònica**
- **Transmissió de la infecció** (per exemple, hepatitis C) a través de materials compartits



UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Via inhalatòria

1. Kits d'inhalació més segurs

Els **Kits d'inhalació** tenen com a objectiu reduir les **lesions i infeccions** vinculades a l'ús de material compartit o improvisat.

Contingut típic:

- **Palletes** individuals (plàstic, vidre, cartró)
- **Targetes** per triturar substàncies
- **Spray salí** (o aigua de mar)
- **Mocadors de paper + materials educatius**

Impacte:

- Reduir **trauma nasal**
- Prevenir ús **compartit de material**
- Menor risc **d'infeccions transmeses per la sang** (a través de micropartícules sanguínies)

Desafiament:

- Disponibilitat limitada, sovint només a través de programes pilot o bàsics.

Més enllà de l'equip: significat i ús

Les eines de rastreig no són només funcionals:

- Sovint són de f**abricació pròpia o improvisades**
- Tenen un **significat cultural, d'identitat i d'autonomia**
- Els kits estàndard poden percebre's com a **poc naturals, estigmatitzadors o controladors**

Una reducció de danys eficaç requereix:

- **Co-disseny amb els usuaris**
- Respecte per **l'experiència viscuda**
- Evitar **enfocaments genèrics (iguals per tothom)**

UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Via inhalatòria

2. Higiene i educació nasal

L'educació és clau per reduir el dany nasal a llarg termini.

Pràctiques més segures:

- **Triturar finament** les substàncies → menor abrasió
- **Alternar les fosses nasals** durant l'ús
- Evitar el seu ús quan hag**i sagnat o hi hagi ferides**
- **Esbandir amb solució salina** després del consum
- **Hidratar les fosses nasals**. per prevenir ferides

Educació de persones iguals (peers) pot reduir significativament el dany acumulatiu.

3. Dosi i combinacions de risc

L'efecte ràpid de les substàncies esnifades pot portar a un consum repetit i a patrons de descontrol o afartament.

Riscos clau:

- Redosificació freqüent → augment de la toxicitat
- Combinar estimulants amb depressors (p. ex., alcohol, benzodiazepines)
- Símptomes de sobredosi emmascarats

Exemple:

- Alcohol + cocaïna → cocaetilè, fet que augmenta la cardiotoxicitat

La reducció de danys ha de promoure:

- La conscienciació sobre les dosis
- Un ritme de consum més segur
- L'accés a serveis d'anàlisi de substàncies (drug checking)

UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Via inhalatòria

Conclusions clau

- Inhalar = efectes ràpids però riscos específics per a la salut.
- Compartir material augmenta el risc d'infecció.
- Els kits d'inhalació segura són eficaços però la seva disponibilitat és insuficient .
- La higiene i l'educació són essencials.
- El consum excessiu i la combinació de drogues augmenten els danys..
- La participació de les persones usuàries millora l'eficàcia de les intervencions.



UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Via oral

La **via oral** significa la ingesta de pastilles, líquids, comestibles o pols i és una de les formes de **consum de substàncies més comú** i socialment acceptades.

S'aplica a una àmplia gamma de substàncies, incloent-hi: **opioides, estimulants, depressors, psicodèlics, i sintètics.**

- Efectes d'aparició lenta (30-90 minuts), combinats amb un impacte de més durada.
- Risc principal: Sobredosi involuntària per redosificació prematura. Especialment rellevant per a substàncies com MDMA, LSD, GHB/GBL i opioides sintètics.

Pràctiques més segures:

- Esperar almenys 60-90 minuts abans de tornar a administrar la dosi.
- Desenvolupar la consciència corporal.
- Començar amb dosis baixes.



UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Via oral

1. Dosificació precisa (càpsules i líquids)

La precisió de la dosi és important per a l'ús oral.

Eines recomanades:

- **Càpsules de gelatina**→ dosificació controlada i higiènica
- **Goters / xeringues orals**→ essencial per a líquids (per exemple, GHB/GBL)

Riscos dels mètodes insegurs:

- Dosi calculades a ull
- Utilitzant embolcalls improvisats (per exemple, paper)
  → **Dosificació desigual i risc de sobredosi**



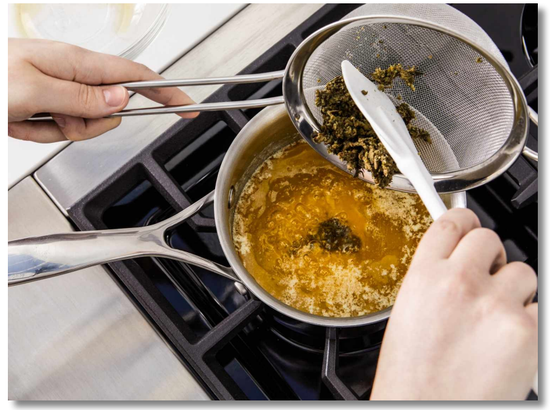
2. Comestibles i substàncies naturals

Comestibles (per exemple, cànnabis) i f**ongs psicodèlics plantegen riscos específics:**

- **Inici tardà dels efectes + llarga durada** (fins a 8 hores o més)
- Alt risc de **consum excessiu**

Pràctiques més segures:

- Usar **escales precises**
- Entendre **llindars de dosificació**
- Educar sobre **preparació i potència**



UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Via oral

3. Hidratació i medi ambient

Substàncies com **l'MDMA i la metamfetamina** poden causar:

- Deshidratació
- Escalfament excessiu
- Desequilibri electrolític

La reducció de danys ha de promoure:

- Hidratació regular
- Refredament
- Conscienciació sobre el síndrome serotoninèrgic

4. PolyconsuHidratació i medi ambient

El consum oral sol combinar-se amb altres substàncies, cosa que augmenta els riscos.

Combinacions perilloses comunes:

- Alcohol + benzodiazepines
- Opioides + pregabalina
- Estimulants + antidepressius

Possibles resultats:

- Depressió respiratòria
- Sedació
- Sobrecàrrega tòxica.

UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Via oral

5. Patrons socials i desigualtats

La via oral està modelada por **context i accessibilitat:**

- Canvi de substàncies **d'il·legals a legals** (p. ex., alcohol, medicaments)
- Impulsat per **estigma, cost, o disponibilitat**

Aquests canvis són no necessàriament més segurs i poden augmentar:

- **Dependència**
- **Dany orgànic**

6. Gènere, autonomia i invisibilitat

L'ús oral sol ser més discret, el que ho fa més comú entre:

- Dones
- Persones amb diversitat de gènere
- Persones en situacions vulnerables

Riscos:

- **Manca de coneixement per part dels serveis**
- **Danys ocults**

Necessari:

- Enfocaments sensibles al gènere
- Suport entre iguals
- Integració amb els serveis de salut reproductiva

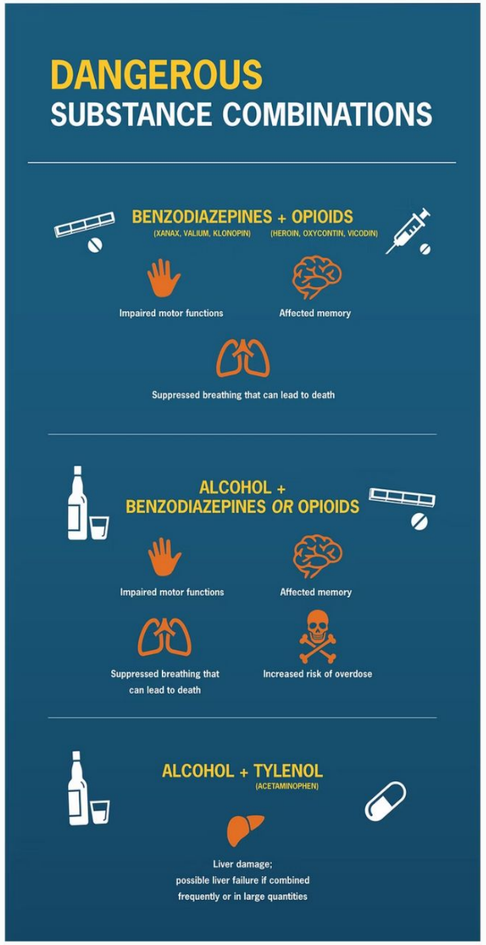
UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

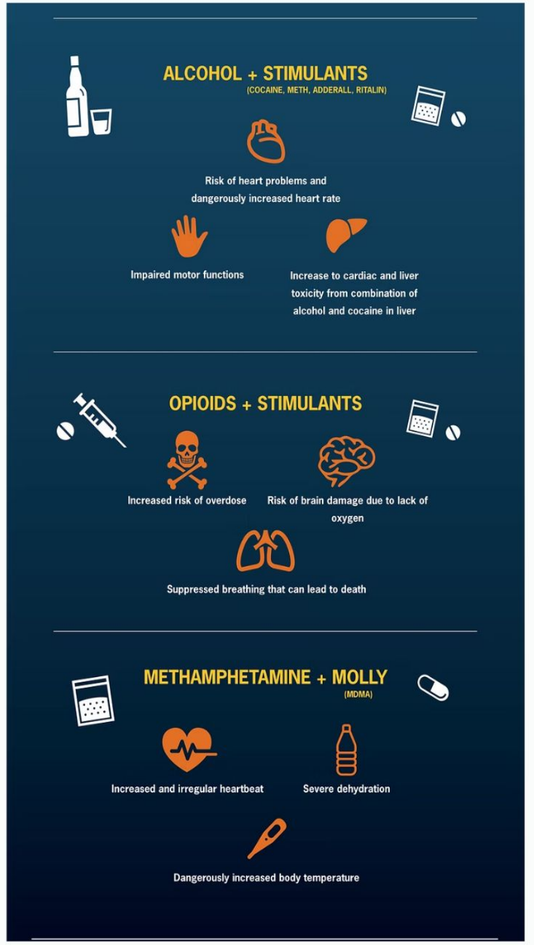
SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Via inhalatòria

Conclusions clau

- Ús oral = comú però no de baix risc
- Inici tardà → risc de sobredosi greu
- Les eines de dosificació precises són essencials
- Els aliments i líquids requereixen precaució addicional
- L'ús múltiple augmenta significativament els danys
- Ús invisible → risc d'abandonament → adaptar els serveis





UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

ACTIVITAT 4.3 - FÒRUM DE VÍDEO: PRESENTACIÓ DE MATERIALS PER A UN CONSUM MÉS SEGUR

Projecció del vídeo

Mireu els vídeos de la pàgina següent.

Intenteu observar les estratègies pràctiques i els factors contextuals.

Si us plau, reflexioneu i escriviu sobre:

- Què és el que més t'ha sorprès?
- Quines noves estratègies has après?
- A quines barreres s'enfronten les persones que apareixen als vídeos?
- Com podrien adaptar-se aquestes idees al context local?
- Aclariu qualsevol malentès que hagi pogut sorgir i temes recurrents que hagueu notat.



UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

- *Seminari Web de l'EMCDDA: Sales de consum de drogues a Europe* – https://www.youtube.com/watch?v=3P52cjmD_qM
- *Lliçons de la pràctica: Subministraments per fumar més segurss* – https://www.youtube.com/watch?v=RuwUrtfESlA
- *Les primeres sales d'injecció segures d'Irlanda* – https://www.youtube.com/watch?v=_3cP1yqBzFI
- *Sales de consum de drogues a tot el món* – https://www.youtube.com/watch?v=m3tZPxKoqPM
- *Fumar de manera més segura: fer servir paper d'alumini per reduir els riscos* – https://www.youtube.com/watch?v=WrhNmO5aN9o



UNITAT 2:

SECCIÓ 2

MÉS ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS

UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2- MÉS ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS

Anàlisi de drogues

L'anàlisi de drogues és una intervenció de **reducció de danys** que permet a les persones comprovar el **contingut, la composició i la potència de substàncies abans del seu ús.** Es poden identificar:

- **Substàncies actives**
- **Adulterants (talls)**
- **Compostos inesperats**
- **Força/potència**

Originalment vinculat a **ambients de vida nocturna**, actualment es reconeix l'anàlisi de drogues com un servei essencial en **contextos urbans i vulnerables**, especialment on el **multiús i mercats de carrer** són comuns.

Perquè és important fer proves de detecció de drogues

Per a les persones en **situacions d'exclusió:**

- Capacitat limitada **per triar o qüestionar els proveïdors**
- Major exposició a **substàncies desconegudes**
- Major risc de **danys i sobredosi**

L'anàlisi de substàncies ofereix:

- **Serveis accessibles, anònims i no punitius**
- **Coneixement en lloc de culpabilització**
- Eines per a la presa de **decisions informades**

(Aranda-Rodriguez, 2022; Vidal Giné et al., 2021)





UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2- MÉS ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS

Anàlisi de drogues

Noves Substàncies Psicoactives (NPS)

Amb l'auge de les **NPS, l'anàlisi de drogues permet salvar vides**:

- Sovint es venen com a **medicaments comuns** (MDMA, cocaïna, benzodiazepines)
- **No s'observa cap diferència** a les persones usuàries
- **Alta potència i efectes impredictibles**

Exemples de riscos:

- **Cocaïna, llevat en pols** → danys immunològics
- **Cafeïna al MDMA** → estrés cardiovascular
- **Cannabinoides sintètics** → riscos greus per a la salut mental
- **Nitazens en opioides falsificats** → risc extrem de sobredosi

Exemple: Alertes als Països Baixos sobre **oxicodona falsificada amb nitazens** (Instituto Trimbos, 2024)

De l'anàlisi a la comunicació

L'anàlisi de drogues no es tracta només d'obtenir resultats, sinó de **com es comuniquen els resultats.**

Els serveis eficaços proporcionen:

- Explicació clara dels riscos i efectes
- Informació sobre interaccions
- Assessorament personalitzat (ús més segur o evitació)

Un diàleg respectuós i sense prejudicis afavoreix:

- Confiança
- Participació de la persona usuària
- Capacitat d'autoprotecció

UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2- MÉS ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS

Anàlisi de drogues

Tires reactives de test ràpid (fentanil i nitazens)

Les **tires reactives ràpides** estan transformant l'anàlisi de drogues:

- Detecten fentanil i nitazens
- Funcionen amb pols, pastilles, residus
- Proporcionen resultats ràpids i de baix cost

Punt crític perquè:

- Els opioides sintètics estan apareixent en mercats d'altres substàncies (no opioides)
- Les persones usuàries poden no ser conscients d'aquesta exposició

Actualment es consideren un **recurs de primera línia per a la prevenció de sobredosi,** especialment a:

- Treball comunitari
- Espais de consum públic
- Intervencions liderades per iguals (peers)

Conclusions clau

- Anàlisi de drogues = presa de decisions informada i més segura
- Imprescindible més enllà de la vida nocturna → essencial per a les poblacions vulnerables
- Les noves substàncies psicoactives i els adulterants augmenten la imprevisibilitat i el risc.
- La comunicació i la confiança són tan importants com l'anàlisi.
- Les tires reactives són una innovació escalable que salva vides.

UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2- MÉS ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS

Naloxona per emportar a casa

Els kits de Naloxona per emportar-se a casa (coneguts internacionalment com a Take-Home Naloxone o THN) són **altament efectius i permeten prevenir morts per sobredosi d'opioides.** La naloxona és un antagonista d'opioides que reverteix la depressió respiratòria —la principal causa de mort per sobredosi— en qüestió de minuts després de la seva administració **intranasal o intramuscular.**

Això permet que diversos grups puguin disposar d'aquests medicaments que salven vides:

- **Persones que consumeixen opioides**
- **Familiars i persones iguals (peers)**
- **Professionals d'intervenció directa**

Per què funcionen?

- **Resposta immediata abans que arribin els serveis d'emergència**
- **Atenció descentralitzada (acció comunitària)**
- **Augmenta taxes de supervivència**

L'evidència mostra que els kits de Naloxona per emportar:

- **Redueixen la mortalitat**
- Milloren la **rapidesa i eficàcia de la resposta.**
  (WHO, 2014; McDonald & Strang, 2016)



UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2- MÉS ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS

Naloxona per emportar a casa

Cas pràctic: Catalonia

El Programa Català de Naloxona (des del 2009) és un exemple destacat d'implementació integrada de THN:

Característiques principals:

- **Serveis de baixa exigència** (centres de reducció de danys, divulgació, tractament)
- **Àmplia distribució** de kits de naloxona
- **Formació breu i pràctica** (reconeixement + respostes)

Fortaleses:

- Part del **sistema de salut pública**
- Seguiment i **avaluació continua**
- **Formació personalitzada** per a diferents grups
- Basat en la **confiança i comunicació sense prejudicis** *(Ventura et al., 2018)*

Impacte basat en parells

Un factor clau per a l'èxit és **l'enfocament entre iguals:**

Moltes de les reversions de sobredosi les fan persones que consumeixen drogues.

Les persones usuàries són considerades agents actius d'atenció.

Efectes del Programa de Naloxona:

- Redueix l'estigma
- Desenvolupa la capacitat de la comunitat
- Enforteix la implicació i el compromís

Informació important:

- Funciona sense **requerir abstinència**

UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2- MÉS ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS

Naloxona per emportar a casa

Riscos emergents: opioides sintètics

L'auge d'opioides sintètics (p. ex., fentanil) augmenta la urgència:

- **Extremadament potent**
- Es troba freqüentment en **heroïna adulterada o pastilles falses**
- Alguns requereixen **múltiples dosis de naloxona.**

Exemple:

- Als Estats Units, el fentanil provoca **desenes de milers de morts a l'any**.

Els programes europeus (per exemple, Catalunya) actualment inclouen:

- **Formació específica sobre el fentanil**
- **Educació preventiva**

Conclusions clau

- Programes THN = intervenció simple que salva vides
- La naloxona reverteix la sobredosi en qüestió de minuts.
- Les persones iguals (peers) són fonamentals per respondre.
- La distribució comunitària de kits salva vides.
- Els opioides sintètics augmenten la urgència i la complexitat.

UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2- MÉS ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS

Programes de consum d'alcohol controlat

Els Programes de consum d'alcohol controlat (MAP, per les sigles en anglès) són un **tipus d'intervenció de reducció de danys** per a persones amb **dependència severa de l'alcohol**, especialment en situació de sense llar o **marginació extrema**. L'alcohol és sovint la substància **més comuna associada amb la manca d'habitatge a llarg termini.**

En lloc d'exigir l'abstinència, els MAP proporcionen **dosis controlades d'alcohol** a intervals regulars en un **entorn supervisat.**

Objectiu principal: **estabilitat, seguretat i vinculació amb l'atenció sanitària i social**

Els MAP redueixen els danys mitjançant:

- Estabilització de **patrons de consum**
- Prevenció dels **riscos de la síndrome d'abstinència**
- Reducció del consum **excessiu d'alcohol**
- Evitar consum **d'alcohol que no sigui beguda** (p. ex. desinfectant de mans)
- Derivació de les persones **usuàries a serveis socials i de salut**

Evidència i impacte:

Una base d'evidència sòlida demostra que els MAP condueixen a:

- Reducció d'ingressos hospitalaris
- Reducció d'ús del servei d'emergències
- Reducció del contacte amb el sistema de justícia penal
- Reducció d'ús de substituts tòxics de l'alcohol

I milloren:

- Qualitat de vida
- Salut mental
- Estabilitat de l'habitatge
- Reintegració social

UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2- MÉS ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS

Programes de consum d'alcohol controlat

Exemple pràctic: Irlanda (Pilot a Dublin)

El programa MAP irlandès (2021-2022) es dirigeix a persones:

- Amb **addicció greu**
- Que no son beneficiàries de **serveis basats en l'abstinència**
- Amb alt **risc de patir danys**

Característiques del programa:

- **Habitacions privades** en habitatges tutelats
- Dosi d'alcohol cada **90 minuts**
- Accés a:
  - **Atenció mèdica**
  - **Suport psicosocial**
  - **Menjars i gestió de casos**

Results:

- Reducció del consum total d'alcohol
- Reducció dels ingressos hospitalaris
- Reducció d'adherència a la medicació
- Augment del son i el benestar

No tornar a dormir al carrer



UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2- MÉS ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS

Managed Alcohol Programs

Role of Frontline Workers

Frontline workers are central to MAP success:

- Build **trusting relationships**
- Monitor **health and safety**
- Provide **non-judgmental support**
- Facilitate access to **care pathways**
- Balance **structure with autonomy**

Their role shifts from control → **support, engagement, and harm reduction**

Addressing Criticism

MAPs are sometimes criticized for "enabling" use. This overlooks key realities:

- **Abstinence is not always safe or realistic**
- Unmanaged use leads to:
  - **Overdose risk**
  - **Health deterioration**
  - **Repeated crisis cycles**

MAPs instead offer:

- **Structure and predictability**
- **Reduced harm**
- A pathway to **stability and care**

Conclusions clau

- MAPs = harm reduction, not abstinence-based care
- Focus on stability, dignity, and engagement
- Strong evidence of reduced harm and improved wellbeing
- Frontline workers are essential for trust and delivery
- MAPs can act as a gateway to recovery and housing stability

UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2- MÉS ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS

Psicoeducació i suport emocional per a l'ús de psicodèlics

Els psicodèlics (LSD, psilocibina, mescalina, 2C-B) generalment no s'associen amb dependència física, però poden produir **experiències psicològiques intenses i impredictibles**. Els efectes com l'alteració de la percepció, l'alliberament emocional o l'ansietat estan molt influenciats per "**l'escenari i la configuració**" - la mentalitat i l'entorn d'una persona. Per aquesta raó, la reducció de danys se centra no només en les substàncies, sinó també en **preparació, suport i integració.**

Enfocament fonamental per a la reducció de danys:

En comptes d'oferir únicament informació farmacològica, el suport efectiu **combina psicoeducació i acompanyament emocional:**

- Preparació de les persone abans del consum (expectatives, durada, entorn)
- Donar-los suport durant experiències difícils
- Ajudar-les a processar i integrar posteriorment

Aquest enfocament redueix el risc dels anomenats "mals viatges" i pot convertir experiències difícils en experiències significatives.

Pràctiques clau per a un ús més segur

Es fa èmfasi en alguns principis essencials:

- **Comprendre la durada i la intensitat** → Evitar experiències llargues i inesperades
- **Escollir un entorn segur i familiar** → Els ambients tranquils redueixen l'ansietat
- **Envoltar-se de persones de confiança** → La seguretat social és fonamental
- **Evitar el seu ús durant** períodes d'inestabilitat emocional.
- **No barrejar amb alcohol ni estimulants.**
- **Utilitzar estratègies d'arrelament** → hidratació, respiració, música, descans
- **Comptar amb la presència d'un acompanyant (sitter) sobri** per oferir tranquil·litat si és necessari

Aquestes pràctiques són senzilles, però molt eficaces per prevenir que la situació d'angoixa s'agreugi.

UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2- MÉS ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS

Psicoeducació i suport emocional per a l'ús de psicodèlics

Exemple: Kosmicare

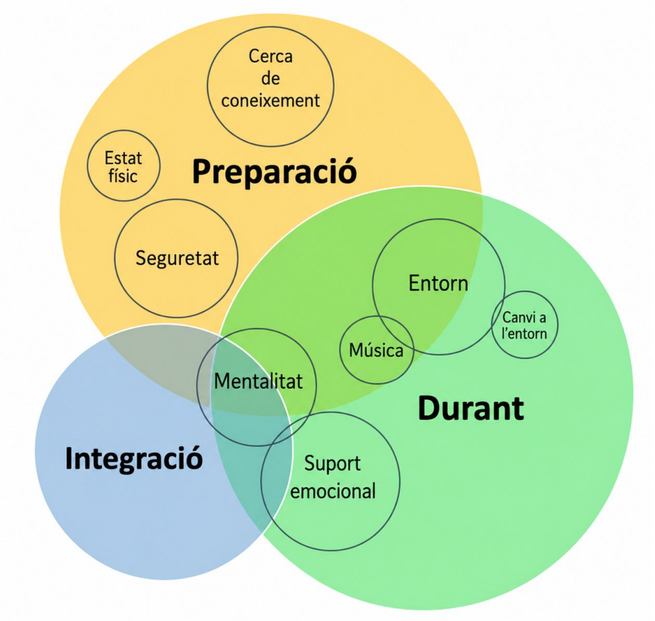
Un exemple pràctic molt conegut d'aquest enfocament és Kosmicare, una iniciativa pionera de reducció de danys procedent de Portugal.

- Fundada el 2002, inicialment al **Festival Boom**
- Proporciona espais de **suport emocional no mèdics als festivals**
- Ofereix suport a les persones durant experiències psicodèliques difícils.
- Utilitza una **escolta empàtica, presència serena i tranquil·litat en lloc de coerció.**

Kosmicare crea "espais segurs" específics on les persones es poden recuperar d'experiències aclaparadores amb voluntaris capacitats. L'enfocament és **contenció, acceptació i connexió humana,** en lloc de control.

Per què és important:

- Les experiències psicodèliques desafiadores **no son rares**, i són manejables
- El suport emocional pot **prevenir l'escalada del pànic o el trauma**
- Una orientació adequada pot transformar el malestar en **autoconeixement i sentit personal**
- Serveis com Kosmicare demostren que les **respostes basades en la cura són eficaces i escalables**



Conclusions clau

- La reducció de danys en l'àmbit dels psicodèlics no se centra només en la substància: gira entorn de les persones, el context i la cura. Combinant coneixement, preparació i un suport compassiu, es poden reduir els riscos de manera significativa al mateix temps que es preserva el potencial per a viure experiències significatives.

UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 1 - TIPUS DE VIES D'ADMINISTRACIÓ DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Resposta a la psicosi induïda per estimulants

El consum d'estimulants pot provocar **símptomes psiquiàtrics aguts** com paranoia, al·lucinacions, agitació o ansietat intensa. En alguns casos, això evoluciona cap a una **psicosi induïda per estimulants,** una condició similar a l'esquizofrènia però directament vinculada al consum de substàncies.

Aquests episodis sovint s'intensifiquen per **privació del son, traumes, entorns insegurs i aïllament social,** especialment entre les persones sense llar o en situació de marginació extrema.

Desafiaments en les respostes tradicionals

Els sistemes convencionals de salut mental sovint tenen dificultats en aquestes situacions:

- Les persones poden sentir por, **desconfiança o desorientació**
- Les intervencions poden escalar ràpidament (p. ex., implicació policial, contenció física)
- Les experiències de coerció poden **augmentar el trauma i la desconfiança**

Des de la perspectiva de la reducció de danys, aquestes respostes corren el risc d'empitjorar la crisi en comptes de resoldre-la.

Enfocament de reducció de danys: desescalada i presència.

Els serveis de reducció de danys d'atenció directa ofereixen un model més sòlid i eficaç, centrat en:

- **Presència tranquil·la i comunicació no amenaçant.**
- **Reducció d'estímuls** (soroll, llum, aglomeració)
- **Proporcionar espais segurs i tranquils**
- **Mantenir la confiança i la connexió**
- **Evitar la coerció innecessària**

L'enfocament no està al control, sinó a l'estabilització **i seguretat emocional.**

UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2- MÉS ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS

Resposta a la psicosi induïda per estimulants

Exemple pràctic: CAS Baluard

AA Barcelona, el **CAS Baluard** ha desenvolupat **respostes pràctiques i de baixa exigència** davant l'augment de casos de psicosi induïda per estimulants:

- Ofereix un **refugi segur durant els episodis aguts.**
- Utilitza un **llenguatge senzill i respectuós** per reduir la paranoia.
- Manté una **presència visual sense ser intrusiu.**
- Prepara la persona emocionalment en cas que necessiti atenció hospitalària.

En lloc de patologitzar el comportament, l'equip prioritza la **contenció, la dignitat i la creació de vincles.**

CAS BALUARD



Continuïtat de l'atenció

El suport no s'acaba després de la crisi:

- Acompanyament a serveis i cures de seguiment.
- Suport psicològic breu després de l'estabilització.
- Accés a habitatge de **baixa exigència o amb suport.**
- Implicació de **treballadors iguals (TREBALL ENTRE IGUALSers) i equips d'atenció al carrer.**

El reconeixement precoç del malestar i una intervenció basada en la confiança poden prevenir l'escalada de la situació.

Principi clau

Fins i tot en moments de patiment psicològic greu, la persona continua sent el centre. La psicosi no esborra l'autonomia, sinó que demana una **atenció adaptada i compassiva basada en la seguretat, la confiança i la dignitat.**

UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2- MÉS ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS

Clubs Socials de Cànnabis (CSC)

Els Clubs Socials de Cànnabis (CSC) són associacions sense ànim de lucre on membres adults cultiven, distribueixen i consumeixen cànnabis de forma col·lectiva dins d'una xarxa tancada i regulada. Amb origen a Espanya, aquest model s'ha expandit per tot Europa com una **alternativa de base comunitària** envers la prohibició i els mercats no regulats (Decorte, 2015).

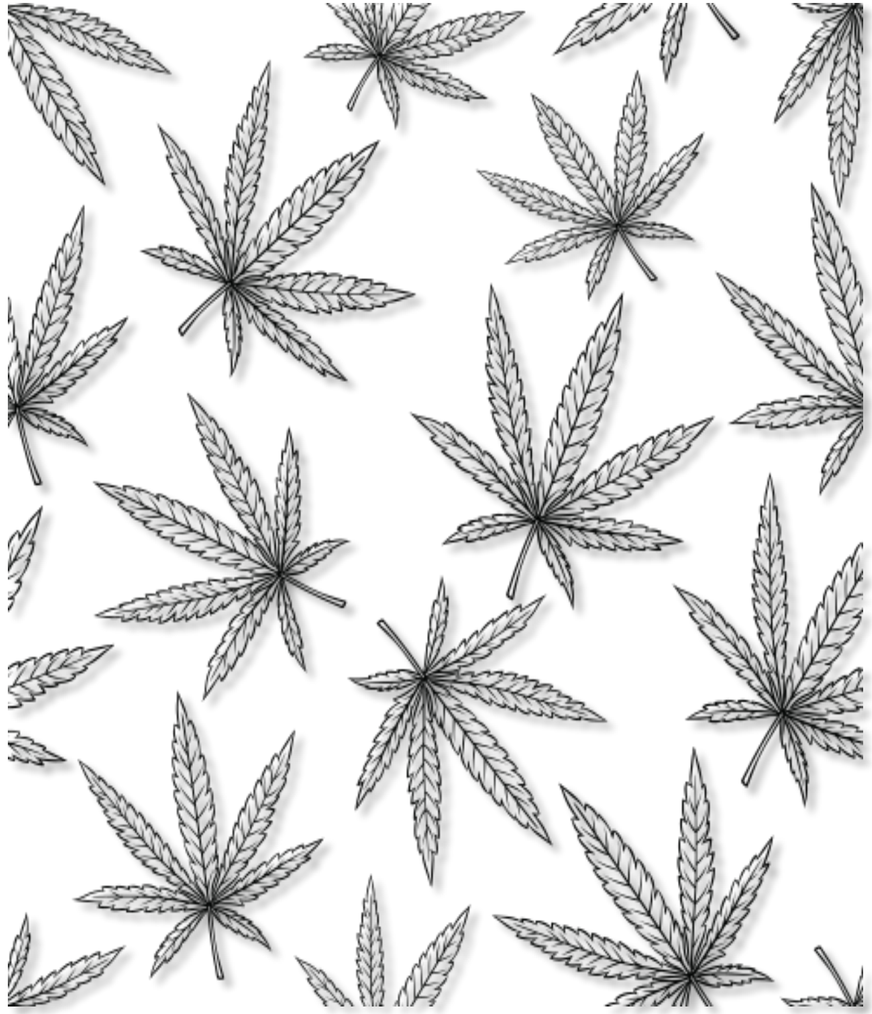
Els CSC tenen com a objectiu **reduir danys** —com ara l'exposició al mercat criminal, la potència desconeguda i els productes contaminats—, alhora que **promouen la salut pública, la transparència i un consum més segur.**

Principis fonamentals:

Els CSC operen sota unes directrius ètiques clares:

- **Accés exclusiu per a socis** (circuit tancat).
- **Sense ànim de lucre i producció limitada** (només per a ús personal).
- **Transparència i rendició de comptes.**
- **La salut pública per sobre del benefici econòmic.**

A més, molts clubs ofereixen educació sobre el consum responsable, incloent alternatives a la combustió (fumar) i suport en cas de consum problemàtic.



UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 2- MÉS ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS

Clubs Socials de Cànnabis (CSC)

Exemple de política: Projecte pilot a Amsterdam

Un enfocament regulador relacionat és l'experiment holandès de la **"cadena tancada de coffee shops",** que actualment es troba en fase pilot a Amsterdam i altres ciutats. Aquest model aborda una contradicció històrica: la venda de cànnabis estava tolerada, però el proveïment continuava sent il·legal.

Característiques clau del projecte pilot (2023–2024):

- **Cultiu legal i controlat sota la supervisió del govern.**
- **Cadena de subministrament traçable** (des de la llavor fins a la venda).
- **Cànnabis analitzat en laboratoris** (nivells de THC/CBD, sense pesticides nocius).
- **Distribució exclusiva a Coffee Shop autoritzats.**
- **Educació de l'usuari sobre els riscos i el consum responsable.**

Aquest pilot (WODC, 2023; Govern dels Països Baixos, 2023) avalua els impactes en la salut pública, l'experiència de l'usuari i el crim organitzat.

Impacte en la reducció de danys

Des d'una perspectiva de reducció de danys, els CSC i els models similars:

- Redueixen la **dependència del mercat no regulat.**
- Garanteixen el **control de qualitat i uns productes més segurs.**
- Permeten disposar **d'informació clara sobre la dosificació (nivells de THC/CBD).**
- Creen espais per a **l'educació i la prevenció.**
- Promouen **decisions de consum informades i de menor risc.**

Idea clau

Els CSC demostren que una **regulació sense comercialització és possible**. En prioritzar **la salut, la seguretat i la responsabilitat comunitària**, fan que les polítiques sobre el cànnabis passin de **l'ambigüitat a sistemes transparents i basats en l'evidència.**

UNITAT 2:

SECCIÓ 3

PERSPECTIVA DEL TREBALL ENTRE IGUALS

UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 3-PERSPECTIVA DEL TREBALL ENTRE IGUALS

Treball entre iguals en la reducció de danys: una estratègia multinivell

La feina entre iguals en la reducció de danys és **no és un complement.**
És una **estratègia central i multinivell** que millora:

- L'eficàcia
- L'abast
- L'equitat

Els professionals **entre iguals** operen en diversos àmbits:

- Nivell individual
- Nivell comunitari
- Nivell organitzatiu (serveis)
- Nivell politic

La seva funció **no és només solidària** - és **transformadora**, especialment en estratègies específiques per a substàncies (vegeu la Secció 2).



UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 3-PERSPECTIVA DEL TREBALL ENTRE IGUALS

Nivell individual: Confiança i pràctiques més segures

Les persones iguals solen ser el **primer punt de contacte**, creant:

- **Confiança**
- **Espais lliures de prejudicis**
- **Reconeixement mutu**

Això és fonamental per introduir estratègies de reducció de danys:

Naloxona per emportar a casa

- Les persones iguals distribueixen naloxona.
- Expliquen **l'ús a través d'experiències reals de sobredosi**
- Permeten que el procés sigui clar i accessible.
- Reforcen la idea que les *persones que consumeixen drogues poden salvar vides, inclosa la seva pròpia.*

Suport psicodèlic

- Les persones iguals proporcionen **acompanyament emocional**
- Exemple: Kosmicare model
- Ofereixen una **presència serena durant experiències intenses.**
- Donen suport a les persones en estats alterats de consciència

Educació sobre l'ús més segur

Les persones iguals comparteixen consells pràctics basats en l'experiència sobre:

- Gestió de la dosi
- Hidratació
- Ritme
- Son

Especialment rellevant per a:

- Consum d'estimulants
- Contextos de chemsex

Basat en:

- Coneixement de primera mà dels efectes
- Moment de risc
- Estratègies d'afrontament

UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 3-PERSPECTIVA DEL TREBALL ENTRE IGUALS

Nivell comunitari: mediació cultural i detecció primerenca de riscos

Les persones treballadores iguals actuen com a traductores culturals i com a referents relacionals.

Detecten nous patrons de consum (per exemple, lots adulterats o noves substàncies com els nitazens) i ajuden a integrar estratègies a les rutines comunitàries:

- **Drug checking: interpreten els resultats de les anàlisis en un llenguatge accessible,** expliquen la presència d'adulterants **i faciliten decisions informades sobre el consum.** També ajuden a identificar situacions en què les persones senten vergonya o por de participar-hi.
- **Kits per a consum fumat i esnifat:** expliquen l'ús més segur **de pipes, paper d'alumini o cànules/palletes per a inhalació nasal, validen les adaptacions que fan les persones usuàries i promouen la higiene sense moralitzar.** La seva orientació redueix la transició al **consum injectat i preveu infeccions.**
- **Educació sobre policonsum:** Comparteixen coneixements sobre **combinacions de substàncies,** com evitar **efectes emmascarats (per exemple, alcohol + cocaïna = cocaetilè)** i com planificar **temps de recuperació** després d'episodis intensius de consum.
- **MAPs i atenció comunitària relacionada amb l'alcohol: normalitzen l'ús gestionat, redueixen l'estigma cap als que no volen deixar de beure i fomenten rutines diàries que milloren l'estabilitat.**



UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 3-PERSPECTIVA DEL TREBALL ENTRE IGUALS

Nivell organitzatiu: Disseny del servei, accessibilitat i continuïtat

Dins dels serveis, **les persones iguals recolzen intervencions de baixa exigència i centrades en la persona.** La seva participació garanteix que els programes siguin realistes, culturalment segurs i respectuosos:

- **Sales de Consum Supervisat (SCS):** Reben i orienten les noves persones usuàries, expliquen les normes de l'espai i ajuden a prevenir conflictes. La seva presència redueix l'ansietat i en facilita derivacions més fluides cap a recursos d'habitatge, salut mental o desintoxicació.
- **Sales d'inhalació i dispositius destinats al consum fumat de crac o metamfetamina:** expliquen aspectes com la ventilació, la higiene de filtres i els riscos de sobredosi. També proporcionen suport i contenció després de consums d'alta intensitat.
- **Dosificació encapsulada i estratègies per via oral:** assessoren sobre com mesurar i espaiar les dosis, especialment en el cas de MDMA, GHB o bolets psilòcibis. Expliquen els efectes d'inici retardat i com evitar errors de redosificació.
- **Higiene en el consum per via nasal:** ensenyen tècniques per reduir el dany nasal (per exemple, triturar bé la substància o alternar les fosses nasals) i fomenten l'ús d'esprais salins o cànules/palletes d'ús personal.

En tots aquests entorns, els treballadors de suport entre iguals augmenten la **continuïtat de l'atenció**, fent seguiment dels usuaris en diferents contextos i ajudant-los a retornar als serveis després d'interrupcions o crisis.



UNITAT 2 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS PEL CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

SECCIÓ 3-PERSPECTIVA DEL TREBALL ENTRE IGUALS

Nivell de polítiques i sistemes: Incidència, avaluació i redistribució del poder

Les persones iguals són essencials per **garantir que la reducció de danys** rendeixi comptes davant de les comunitats a les quals serveix. **La seva participació en accions a nivell sistèmic inclou:**

- **Disseny de projectes pilot de polítiques públiques:** l'aportació de les persones iguals contribueix al desenvolupament de programes de distribució de kits per a consum inhalat més segur, experiments de cànnabis legal i estratègies de repartiment de tires reactives per detectar fentanil a tot Europa.
- **Monitorització i alertes:** les persones iguals contribueixen als sistemes d'alerta primerenca informant sobre noves substàncies o canvis perillosos al mercat (per exemple, xilazina o noves benzodiazepines).
- **Formació i desenvolupament de capacitats:** les persones iguals formen professionals i altres persones usuàries, ajudant els serveis a superar l'estigma, adaptar el llenguatge i incorporar la reducció de danys a la pràctica.
- **Incidència política:** xarxes com EuroNPUD o LANPUD promouen la despenalització, el dret a l'habitatge i les proteccions legals, garantint que la reducció de danys inclogui justícia social, i no només salut.

UNITAT 3:

ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 1 - INTRODUCCIÓ A LES SITUACIONS DE SENSELLARISME

Als països occidentals, la manca d'habitatge està augmentant ((FEANTSA, 2023), com a resultat de **crisis estructurals interrelacionades.**

En aquest context, el consum de substàncies psicoactives sovint no és una elecció moral, sinó una **estratègia de supervivència funcional:**

- Mantenir-se despert per evitar la violència.
- Calmar el dolor, el fred o el trauma.
- Afrontar l'estrès i l'aïllament.
- Crear una rutina en un entorn impredictible.

Implicacions per a la reducció de danys:

- La reducció de danys ha d'anar més enllà dels models purament biomèdics o de canvis de comportament.
- Les intervencions han de respondre a les condicions materials de vida: la inestabilitat, la gana, el trauma i la intempèrie o exposició als elements.
- La criminalització i l'exclusió reforcen un cercle viciós de sensellarisme i risc.

La reducció de danys en contextos de persones sense llar no és una qüestió secundària: és central per avançar cap a l'equitat en salut i dignitat humana.

UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

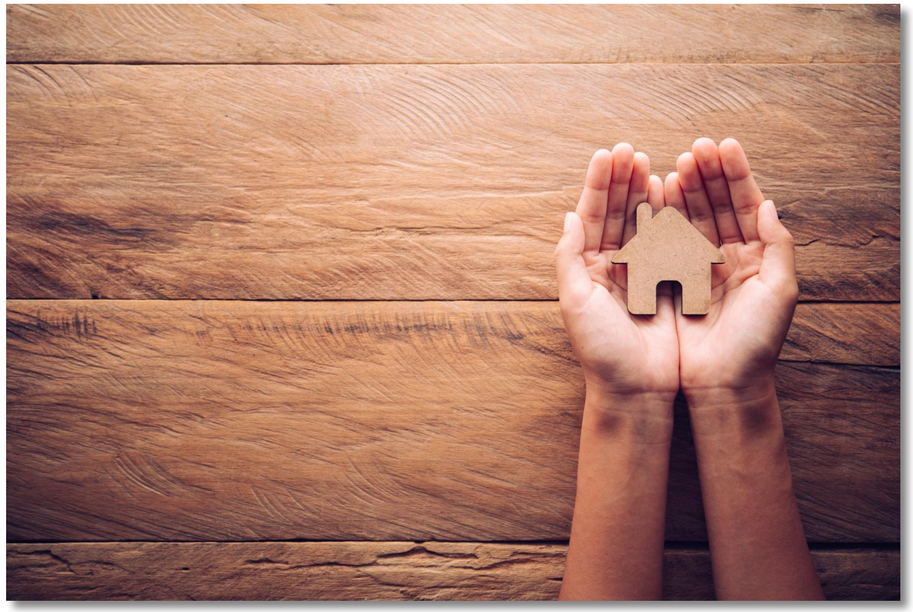
SECCIÓ 1 - INTRODUCCIÓ A LES SITUACIONS DE SENSELLARISME

Característiques clau de la reducció de danys en contextos de sensellarisme

La reducció de danys en el sensellarisme requereix **estratègies a mida** que abordin la **violència estructural, la inestabilitat i la constant exposició a la intempèrie** que pateixen les persones que viuen sense un refugi segur o estable.

A diferència dels entorns clínics tradicionals, on les intervencions es fan en entorns controlats, la reducció de danys en aquest context ha de ser **mòbil, flexible, relacional i orientada a la supervivència.**

Així mateix, cal que sigui **adaptable i centrada en la persona,** trobant cadascú en el punt exacte on es trobi dins del seu propi procés de sensellarisme, salut mental i/o consum de substàncies.



UNITAT 3:

SECCIÓ 2

REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

Equips d'atenció al carrer (1)

Per a les persones en situació de sensellarisme, **l'atenció al carrer és sovint l'únic punt d'accés a l'assistència.**

Què fa l'atenció al carrer:

- Distribueix **material de reducció de danys** (material estèril, naloxona, kits de consum més segur).
- Proporciona **suport emocional i resposta davant de sobredosis.**
- Ofereix **defensa informal dels drets (advocacy) i educació comunitària.**

L'atenció al carrer es construeix a partir de la **presència, la repetició i la confiança.**

Perquè és important:

- **Redueix l'estigma** mitjançant un compromís constant i empàtic.
- Protegeix la **salut pública i la dignitat.**
- Medeix en les **tensions comunitàries (efecte "no a prop de casa meva").**
- Desescala les interaccions amb les **forces de l'ordre** i promou **respostes no punitives**.

Missatge clau:
La reducció de danys a través de dispositius mòbils no es limita a la prestació de serveis, sinó que abasta la salut pública a primera línia, la reducció de l'estigma i la pràctica dels drets humans.

UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

Equips d'atenció al carrer (2)

- Exemple: A Cork, *Cork Simon* forma **agents de seguretat comunitària** (Community Safety Wardens) per promoure una interacció constructiva amb les persones sense llar i abordar les problemàtiques relacionades amb les drogues.
- Fa de pont entre les iniciatives de seguretat i els **principis de la reducció de danys.**

Arribar a les persones més excloses

L'atenció al carrer connecta amb els **grups exclosos estructuralment**, incloent-hi:

- Dones i persones trans.
- Persones migrants en situació irregular.
- Persones amb necessitats greus de salut mental o amb antecedents de violència institucional.

Equips:

- Detecten senyals precoços de crisi.
- Responen davant de ferides i sobredosis.
- Proporcionen derivacions i acompanyament a altres serveis.
- Una pràctica basada en el carrer
- Es construeix sobre habilitats relacionals i la creació diària de vincles de confiança.
- Requereix una autoavaluació constant del risc i capacitat d'adaptació.
- Actua en entorns amb presència policial i altament inestables.
- Es basa en enfocaments informats pel trauma i amb competència cultural.

Missatge clau:
Una atenció al carrer eficaç és adaptable, relacional i inclusiva: combina la resposta a crisis a primera línia amb la construcció de relacions de confiança a llarg termini en espais públics complexos.

UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

Inclusió en els albergs - models d'habitatge de baixa exigència

L'accés a un **habitatge estable** és fonamental per a la reducció de danys; així i tot, molts sistemes encara funcionen mitjançant **models punitius o basats en l'abstinència.**

> Això crea una paradoxa estructural: s'exclou l'accés a l'habitatge a les persones perquè consumeixen drogues — i continuen consumint perquè no tenen un habitatge. <

Factors estructurals com ara la l**iberalització del mercat de l'habitatge, la gentrificació i les restriccions migratòries** limiten encara més aquest accés, especialment per a les **persones en situació irregular**, que sovint es veuen abocades a albergs nocturns temporals sense cap mena de continuïtat.



UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

Inclusió en els albergs i models d'habitatge de baixa exigència

L'accés a l'habitatge és clau per reduir els danys relacionats amb el consum de drogues. Diversos models prometedors demostren que l'habitatge **no ha de ser condicional a l'abstinència.**

Exemples de bones pràctiques

- **CRI Galena (ABD, Barcelona):** suport a l'habitatge, consum supervisat, programes d'administració de la pròpia substància, i atenció informada pel trauma —dissenyat amb la participació de la comunitat i centrat en la seguretat i la continuïtat.
- **É UMA CASA – Lisboa Housing First (CRESCER):** habitatge immediat i permanent amb suport les 24 hores del dia, els 7 dies de la setmana, sense requisits de sobrietat ni de documentació, i on l'allotjament està totalment separat del tractament.

Aquests programes **integren la reducció de danys** directament a la llar (material estèril, naloxona, proves a domicili i suport per a un consum més segur) per tal de promoure l'**estabilitat, la seguretat i una recuperació autodeterminada.**

UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

Cobertura de servei 24/7

Per a les persones que viuen al carrer, la supervivència no entén d'horaris d'oficina. La limitació en els horaris dels serveis crea **escletxes estructurals** que augmenten el risc.

Per què és vital l'accés 24/7

- Les crisis i les sobredosis solen passar a la nit.
- Moltes persones eviten els serveis diürns a causa de **l'estigma o l'ansietat.**
- La franja nocturna és crítica per a **dones, persones trans i persones que surten de la presó.**

Proporcionar un accés continu a través de **l'atenció al carrer mòbil, els albergs nocturns i els centres** de baixa exigència redueix els danys evitables i alinea els serveis amb els ritmes reals de la vida al carrer.

La reducció de danys s'ha d'adaptar a les realitats de les persones, i no esperar que les persones s'adaptin als horaris institucionals.



UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

Cobertura de servei 24/7

La reducció de danys contínua requereix un accés **ininterromput a materials de consum** més segur i a **espais segurs a qualsevol hora.**

- La disponibilitat 24/7 de material estèril i naloxona redueix les infeccions, les sobredosis i les estratègies d'afrontament d'alt risc.
- Els espais de consum supervisat a totes hores proporcionen resposta d'emergència, suport emocional i prevenció del trauma.

Per a les dones i les persones LGBTIQ+, l'accés nocturn és especialment vital, ja que crea protecció en contextos marcats per la violència i l'exclusió.

Una reducció de danys fiable i les vint-i-quatre hores del dia és tant una intervenció de salut pública com una xarxa de seguretat per a aquells que estan més exposats als danys.

La reducció de danys les vint-i-quatre hores del dia **enforteix la continuïtat entre l'atenció al carrer i els serveis formals**, permetent el seguiment després de les crisis i alineant l'atenció amb els ritmes de la vida real de les persones.

- Proporciona seguretat, calidesa, descans i un accés continu a la naloxona i al suport.
- Preveu els danys causats per les "hores de tancament" dels serveis, especialment per a les persones que dormen al ras.

La manca de serveis 24/7 sovint reflecteix **sistemes orientats a l'eficiència**, en lloc de respostes basades en l'equitat.

La reducció de danys contínua no és un luxe: és essencial per a una atenció equitativa que salva vides.



UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

Programes de consum d'alcohol controlat (MAPs)

Els Programes de consum d'alcohol controlat (MAP, per les sigles en anglès) són intervencions de reducció de danys per a persones amb dependència greu de l'alcohol, especialment aquelles que es troben en situació de sensellarisme o d'exclusió crònica. A diferència dels models basats en l'abstinència, els MAP proporcionen **dosis mesurades de begudes alcohòliques a intervals regulars en un entorn supervisat, estructurat i de suport,** sovint integrat dins de recursos residencials o d'habitatge.

Quan s'incorporen a l'habitatge, els MAP proporcionen quelcom més que el control dels símptomes: ofereixen **estabilitat, dignitat i reconexió.** Tenen com a objectiu:

- Prevenir la **síndrome d'abstinència de l'alcohol, que pot posar en perill la vida**
- Reduir el **consum d'alcohols no destinats a la ingesta humana (no begudes)**
- Limitar els canvis de **consum compulsiu (binge drinking) i l'ús públic d'alt risc**
- Augmentar la vinculació amb els **sistemes d'atenció social i sanitària**
- Promoure una **estructura diària i la construcció de relacions de confiança**

Els MAP basats en l'habitatge reconeixen que el consum d'alcohol pot tenir un **paper funcional de supervivència** (afrontar el trauma, la soledat, la regulació emocional). En eliminar el **caos i la criminalització**, creen un entorn de contenció per a una **reducció de danys gradual i sense coaccions.**

UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

Programes de consum d'alcohol controlat (MAPs)

Base d'evidència

- **Pilot Nacional MAP d'Irlanda (2021–2022) (McCann et al., 2024):** va millorar la salut, va reduir l'ús dels serveis d'emergència, i va millorar el son, la nutrició i l'adherència a la medicació; així mateix, va enfortir la vinculació informada pel trauma.
- **Projecte pilot MAP de Barcelona (ABD i Sistema de Salut Pública) (Filomena-Velandia et al., 2024):** va reduir l'ús de l'atenció sanitària d'urgència, va millorar el benestar emocional, va registrar una forta satisfacció dels usuaris i va demostrar cost-efectivitat.

Des d'una perspectiva dels drets a l'habitatge, **els MAP desafien els models d'albergs moralitzadors i reafirmen que l'habitatge i la reducció de danys es reforcen mútuament.**



UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

Unitats mòbils en zones disperses i no urbanes

En molts territoris periurbans, industrials o semirurals, el consum de substàncies no té lloc en els centres urbans visibles. Per contra, es desenvolupa en **fàbriques abandonades, zones forestals, perifèries de carreteres o assentaments informals,** sovint lluny de les infraestructures i completament desconnectat dels serveis socials i de salut. En aquestes zones no hi ha centres fixos de reducció de danys; només hi ha distància, invisibilitat i risc.

En aquest context, les **unitats mòbils de reducció de danys** no són un accessori del sistema; són el sistema. Les furgonetes, els vehicles d'atenció al carrer o els punts temporals (pop-up) poden ser l'única presència de salut pública en quilòmetres. Proporcionen material estèril, prevenció de sobredosis, distribució de naloxona, primers auxilis i suport emocional, sovint a persones que estan totalment fora de les estadístiques institucionals i que no tenen cap altre contacte amb les estructures d'atenció.

El seu rol no és només operatiu, sinó **territorial i relacional.** Els equips mòbils:

- Arriben a persones que eviten els centres urbans a causa de la presència policial o de l'estigma
- Adapten les rutes després de desallotjaments o de desplaçaments policials
- Responen a patrons de consum estacionals o canviants
- Construeixen una presència a llarg termini en entorns inestables



UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

Unitats mòbils en zones disperses i no urbanes

En zones agrícoles, perifèries industrials o àrees amb una alta rotació migratòria, el consum de substàncies pot aparèixer de manera sobtada i sense avís. Els models de lloc fix no poden respondre amb prou rapidesa. Les unitats mòbils ofereixen **flexibilitat, continuïtat i coneixement local,** fet que permet que la reducció de danys es mogui amb les persones a qui busca donar suport.

Aquests entorns també presenten reptes complexos. Moltes de les persones trobades poden no tenir telèfon, ni identificació, ni cobertura sanitària, així com una profunda desconfiança cap a les institucions. El deteriorament físic i psicològic pot ser avançat, i les dinàmiques de grup poden implicar violència, dependència o silenci. En aquestes condicions, la vinculació requereix t**emps, paciència i una presència repetida.** El vehicle es converteix en quelcom més que un transport: esdevé un punt de contacte reconeixible i més segur.

En territoris sense instal·lacions fixes, la unitat mòbil pot ser l'única oportunitat per:

- Revertir una sobredosi
- Identificar ferides o infeccions no tractades
- Proporcionar informació sanitària precisa
- Pregunta a algú com està, sense jutjar

Per a les dones, les persones trans i les comunitats racialitzades en zones aïllades, també pot ser l'únic espai on se les tracta amb dignitat i se les escolta sense sospites.

La reducció de danys mòbil en zones disperses no consisteix només a lliurar materials. Consisteix a fer que **l'atenció sigui geogràficament possible** en llocs on l'abandonament s'ha normalitzat.

UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

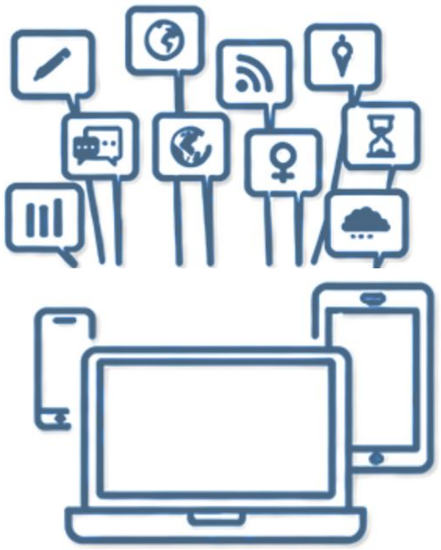
SECCIÓ 2 - REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

Reducció de danys i drets digitals

En contextos de sensellarisme i consum de drogues, **l'accés digital** sovint es passa per alt; així i tot, és essencial per a la **reducció de danys, la seguretat i la inclusió social.** Per a les persones que viuen al carrer o en un habitatge inestable, la capacitat de carregar un telèfon, connectar-se al Wi-Fi o utilitzar un dispositiu pot significar mantenir el contacte amb la família, arribar als serveis de suport o, simplement, mantenir-se segures.

Els serveis de baixa exigència reconeixen cada vegada més que **oferir càrrega de telèfons** i accés a internet no és un luxe, sinó un suport bàsic. Sense connexió digital, les persones corren el **risc de convertir-se en institucionalment invisibles** —perdent cites mèdiques, actualitzacions d'habitatge, tràmits legals o prestacions socials.

Al mateix temps, la digitalització de la burocràcia crea noves barreres. Els sistemes esperen que les persones es descarreguin documents, gestionin correus electrònics o confirmin cites a través d'aplicacions, mentre ignoren que potser no tenen un telèfon que funcioni, crèdit de dades o un lloc segur per carregar-lo. **Una targeta SIM perduda, una pantalla trencada o una contrasenya oblidada** poden bloquejar de cop l'accés a l'habitatge, a l'atenció sanitària o als drets legals. D'aquesta manera, els sistemes digitals poden reproduir, de forma involuntària, l'estigma i l'exclusió.



UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

Reducció de danys i drets digitals

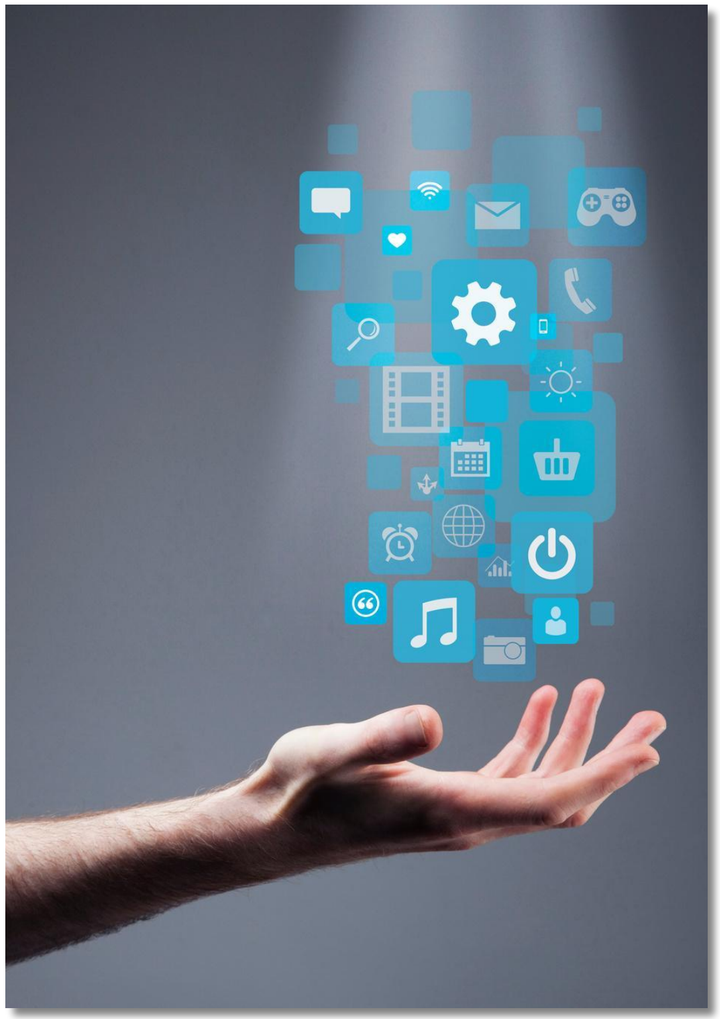
L'accés digital també és una eina directa per a la reducció de danys. Permet a les persones:

- Rebre alertes sobre substàncies contaminades
- Trobar serveis propers i informació sobre un ús més segur.
- Mantenir-se connectat amb treballadors socials o xarxes d'iguals.
- Regular l'estrès a través de la música, els vídeos o els jocs

Per a les persones joves, dones i usuàries LGBTIQ+, la connexió digital pot ser un enllaç vital amb xarxes de suport més segures quan l'entorn immediat és insegur.

Malgrat això, molts programes encara no veuen la connectivitat com una part de l'atenció. Accions senzilles —**punts de càrrega segurs, Wi-Fi gratuït, ajuda amb els formularis en línia o les contrasenyes**— poden millorar enormement la continuïtat de l'atenció, l'autonomia i la dignitat.

En resum, l'accés digital no és un servei extra. És una **part de la reducció de danys moderna,** que ajuda les persones a mantenir-se connectades, informades i segures, alhora que dona suport al seu dret a participar plenament en la societat.



UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

Higiene, privadesa i cura del cos

En el treball de reducció de danys amb persones que consumeixen drogues i viuen al carrer**, la higiene i la privadesa** sovint es tracten com a necessitats secundàries. En realitat, són essencials per a la **salut física, el benestar emocional i la dignitat**. Sense accés a dutxes, lavabos, bugaderia, productes menstruals o llocs segurs per descansar, les persones no poden tenir cura del seu cos, ni tan sols reconèixer els senyals precoços de malaltia.

A moltes ciutats europees, l'infraestructura pública per a la higiene s'ha reduït: els lavabos són escassos o de pagament, i les dutxes o la bugaderia sovint requereixen navegar per sistemes benèfics que poden imposar judicis morals o condicions d'abstinència. Per a les persones en situació de sensellarisme, rutines senzilles com rentar-se les dents, rentar la roba o gestionar l'olor corporal es converteixen en lluites diàries. Amb el temps, això afecta no només la percepció social sinó també **l'autoimatge i la salut mental,** reforçant la vergonya i l'aïllament.



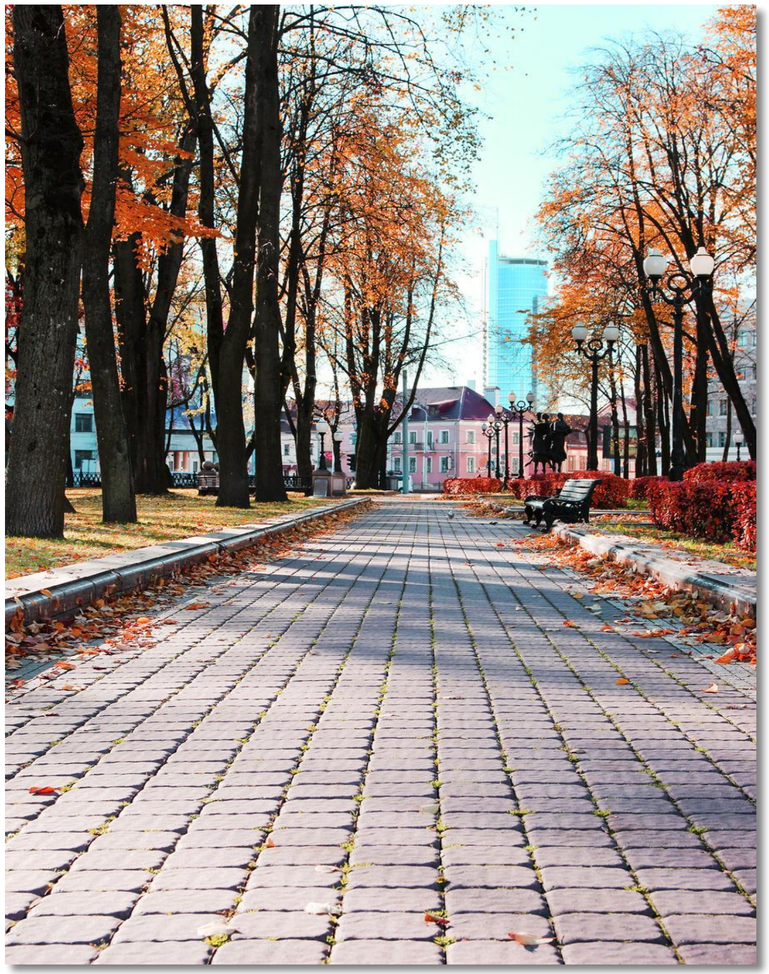
UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

Higiene, privadesa i cura del cos (2)

Per a les dones, les persones trans i les persones usuàries amb diversitat de gènere, aquests reptes sovint s'intensifiquen. *La salut menstrual* durant el sensellarisme és una qüestió de la qual es parla poc, però que té un gran impacte. El consum de substàncies pot alterar els cicles menstruals i, sense espais privats per canviar els productes o rentar-se de manera segura, el risc d'infecció augmenta i les persones es poden desconnectar encara més del seu propi cos.

Aquesta situació alimenta estereotips nocius sobre el fet que les persones que consumeixen drogues són "brutes" o "irresponsables", quan en realitat la barrera és estructural. El problema no és una manca de motivació: és **l'absència de condicions segures per a l'autocura.**



UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

Higiene, privadesa i cura del cos (3)

Des d'una perspectiva de reducció de danys, els serveis d´higiene no són extres; **son intervencions bàsiques.** L'accés a dutxes, roba neta, lavabos i atenció menstrual dona suport a:

- La prevenció d'infeccions i la cura de la pell
- El seguiment de la salut sexual i reproductiva
- La resiliència psicològica i l'autoestima
- La reconexió amb el propi cos i la identitat

Els serveis de baixa exigència poden integrar suports senzills però potents: banys segurs i sensibles al gènere, miralls, il·luminació, aigua calenta, accés a bugaderia i espais privats. Aquestes instal·lacions s'han d'oferir **sense judicis ni requisits de sobrietat,** reconeixent la dignitat com un dret bàsic.

Irònicament, moltes ciutats eviten promoure instal·lacions d'higiene pública per por que siguin utilitzades per persones en situació de sensellarisme, fet que reforça el mateix estigma de "brutícia pública" utilitzat per justificar l'exclusió. Això mostra com l'accés a la higiene **no és només un problema de salut, sinó també social i polític.**

Tenir cura del cos no és un luxe. És una forma de supervivència, de prevenció del trauma i de reconexió amb els sistemes de salut i amb un mateix.

UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

Estigma superposat (1)

Les persones que consumeixen substàncies i viuen al carrer pateixen algunes de les formes d'estigma més intenses de les societats contemporànies. **El consum de substàncies i el sensellarisme** són jutjats severament per separat; quan s'intersequen, l'estigma es multiplica. Les persones es tornen altament visibles com a "problemes", però invisibles com a individus que mereixen atenció i protecció.

Aquest doble estigma es manifesta en la vida quotidiana. Els serveis poden denegar l'accés, els professionals poden rebaixar les expectatives, la vigilància policial pot augmentar i les comunitats poden expulsar les persones de l'espai públic. El resultat és un **cercle de patologització i càstig**, on es culpa els individus de la seva situació i se'ls considera més enllà de qualsevol ajuda.

Per a les dones en situació de sensellarisme que consumeixen substàncies, l'estigma és encara més fort. Les expectatives de gènere sobre la cura, la neteja i el control emocional col·lideixen amb el **consum públic de substàncies, fet que deriva en judici moral, sexualització i desatenció**. Moltes s'enfronten a riscos més elevats de violència masclista, explotació i pèrdua de la custòdia, mentre que la seva vulnerabilitat rarament es tradueix en protecció.

Quan l'estigma intersecciona amb el racisme, esdevé encara més estructural. Les persones racialitzades que consumeixen substàncies i es troben en situació de sensellarisme tenen més probabilitats de ser aturades per la policia, d'ésser excloses dels albergs o de ser estereotipades com a perilloses. Una dona racialitzada en aquesta situació pot **carregar múltiples capes d'estigma** alhora, cosa que afecta el seu accés a la seguretat, a l'atenció i als drets bàsics.

Aquests estigmes superposats tenen conseqüències profundes:

- Reducció de l'accés a l'atenció sanitària i a l'habitatge
- Por a les institucions i menor confiança en els serveis
- Aïllament de les xarxes socials
- Disminució de l'autoestima i de l'esperança de canvi

UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

Estigma superposat (2)

Des d'una perspectiva de reducció de danys, respondre a l'estigma superposat significa quelcom més que proporcionar materials o alberg. Requereix serveis que siguin:

- **Anti-estigmatitzadors i informats pel trauma**
- **Culturalment competents i sensibles al gènere**
- **Construïts sobre la confiança, l'escolta i el respecte**

El que pot semblar una falta de compromís o desinterès és, sovint, una estratègia d'autoprotecció. La confiança no es pot exigir: s'ha de construir mitjançant relacions constants i respectuoses que reconeguin la dignitat i la complexitat de cada persona.



UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

Consum de substàncies i temperatures extremes en el context del canvi climàtic (1)

La crisi climàtica ja està afectant les persones avui dia, i les **persones que consumeixen substàncies i viuen al carrer es troben entre les més exposades.** La calor extrema, les nits gèlides, les inundacions i les tempestes colpegen amb més duresa allà on no hi ha refugi, ni aigua, ni un lloc segur per descansar. Així i tot, aquest col·lectiu rarament s'inclou en la planificació de l'adaptació al canvi climàtic, fet que converteix la intersecció entre el **sensellarisme, el consum de substàncies i el canvi climàtic** en una emergència de salut pública creixent.

Les substàncies poden alterar la manera com el cos regula la temperatura. Els **estimulants** poden augmentar la calor corporal, mentre que els **opioides o l'alcohol** poden esmorteir la percepció del fred o de la calor. Combinat amb la deshidratació, l'esgotament, la manca d'ombra o una roba inadequada, el risc de patir un **cop de calor o hipotèrmia** augmenta dràsticament. A tot Europa, les morts durant les onades de calor o de fred entre les persones sense llar que consumeixen substàncies són cada vegada més predictibles —i evitables—.

El canvi climàtic intensifica aquests riscos. Les onades de calor més llargues, les baixades subitànies de temperatura i les pluges extremes afecten de manera desproporcionada els qui viuen a la intempèrie. Els campaments improvisats a prop de rius o sota els ponts es poden inundar, i els plans d'emergència sovint no arriben a la gent a causa de la distància, la presència policial, l'estigma o les normes dels albergs basades en l'abstinència.



UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

Consum de substàncies i temperatures extremes en el context del canvi climàtic (2)

Obstacles comuns durant fenòmens meteorològics extrems

- Centres de climatització o d'acollida davant del fred lluny d'on es troben les persones
- Por a perdre les pertinences en deixar el lloc on es dorm
- Albergs que requereixen abstinència o documentació d'identitat
- Manca d'informació sobre on hi ha ajuda disponible

Des d'una perspectiva de reducció de danys, les respostes han de ser **pràctiques, de baixa exigència i anticipatòries.**

En onades de calor

- Accés gratuït i visible a aigua potable
- Estructures d'ombra o espais segurs amb aire condicionat
- Distribució a través de l'atenció al carrer de crema solar, gorres i electròlits
- Llocs segurs per descansar sense desplaçament

En clima fred

- Sacs de dormir calents i màrfegues aïllants
- Informació clara sobre **espais climatitzats 24/7**
- Albergs de baixa exigència tolerants amb el consum de substàncies
- Equips d'atenció al carrer formats per distingir una sobredosi d'una hipotèrmia i equipats amb naloxona

Més àmpliament, la **planificació climàtica** ha d'incloure les persones que consumeixen substàncies i viuen al carrer. Els equips d'atenció al carrer necessiten recursos i formació per al clima extrem, i les ciutats han de reconèixer que la vulnerabilitat climàtica està determinada no només per la geografia, sinó per la **pobresa, l'exclusió i les decisions polítiques.**

Quan les ciutats amaguen les fonts d'aigua, tanquen els lavabos públics o obren centres de climatització només en horari d'oficina, no estan simplement poc preparades: estan decidint quines vides es protegeixen. La reducció de danys en un món en escalfament significa garantir que la supervivència, la dignitat i la seguretat estiguin a l'abast de tothom.

HOME4HEALTH MOOC

MÒDUL 5:
TREBALL ENTRE IGUALS

DESCRIPCIÓ GENERAL DEL MÒDUL

Unitat 1: Treball entre iguals: rols i perfil

Secció 1: Introducció al curs i presentació dels participants.

Secció 2: Què és el treball entre iguals?

Secció 3: El paper de l'experiència viscuda.

Unitat 2: Principis d'integració entre iguals

Secció 1: Principis bàsics de la integració institucional entre iguals

UNITAT 1:

TREBALL ENTRE IGUALS:
ROLS I PERFILS

UNITAT 1 - RESULTATS DE L'APRENENTATGE I OBJECTIUS

Coordinated by: ABD
In partnership with: CPES CER, HVO QUERIDO, Cork Simon
Co-funded by the European Union
2023-1-ES01-KA220-VET-000165764

a) Objectius i resultats de l'aprenentatge

- Definanar la feina entre iguals i la seva rellevància en el disseny i la prestació de serveis.
- Explicar els coneixements, les habilitats i l'impacte que els iguals aporten els equips i els usuaris del servei.
- Aplicar estratègies per integrar eficaçment els iguals en entorns professionals.
- Analitzar els desafiaments i les oportunitats per mantenir els rols de iguals dins de les estructures de servei.

b) Competències abordades

- Competència cultural: Comprendre els factors estructurals, sociopolítics i culturals relacionats amb la manca d'habitatge en diferents contextos, així com els enfocaments per a l'activisme cívic i la participació d'iguals en campanyes d'incidència.
- Habilitats analítiques: Analitzar els factors conductuals, socials i polítics que afecten les persones sense llar i identificar els elements clau que afavoreixen l'èxit com a treballadors de suport entre iguals.
- Pensament crític: Avaluar l'eficàcia de la integració entre iguals dins dels equips i valorar l'adequació del suport proporcionat per facilitar-ne el desenvolupament professional.
- Habilitats comunicatives: Comunicar eficaçment les experiències de les persones sense llar i amb problemes de salut complexos, com el consum de substàncies i els traumes, per promoure'n l'apoderament i la defensa dels drets.

UNITAT 1:

SECCIÓ 1

INTRODUCCIÓ AL CURS

UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 1 - INTRODUCCIÓ AL CURS

ACTIVITAT 5.1 - SOPA DE TRETS

30 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.



Objectiu

Ajudar les persones participants a generar confiança i enfortir els vincles mitjançant l'escolta activa i l'intercanvi d'experiències. Aquesta activitat els permet conèixer-se millor a nivell personal i professional, i desenvolupar empatia en parlar en nom d'una altra persona.

Materials

- Llista impresa o mostrada de trets* /característiques / aficions / experiències (per exemple, parla diversos idiomes, medita, toca un instrument, ha viscut a l'estranger, és puntual, etc.) **Per aquest material consulta el kit d'eines**
- Temporitzador o rellotge

Resultats esperats

Els participants entaularan relacions i vincles dins del grup.

- Major conscienciació sobre la diversitat d'habilitats, experiències i perspectives presents a la sala.
- Un ambient positiu i obert que fomenta la col·laboració i el respecte mutu.

UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 1 - INTRODUCCIÓ AL CURS

ACTIVITAT 5.1 - SOPA DE TRETS

30 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Preparació

S'utilitza una lista impresa de 10 a 15 trets (apèndix 1), característiques, passatemps i/o experiències que es podrien aplicar a les persones participants, i s'assegurarà que cada participant rebi una còpia impresa o tingui accés a la llista exposada a la sala.

Activitat

L'objectiu és trobar una persona diferent en el grup per a cada tret de la llista.

Las persones participants tenen entre 5 i 10 minuts per socialitzar. Per a cada tret han de:

- Trobar algú que encaixi.
- Preguntar-li sobre la seva experiència o antecedents relacionats amb aquest tret.
- Intercanviar informació breu abans de passar a trobar-se amb una altra persona.

Tancament

- Reuniu de nou tot el grup.
- Convideu 3 o 4 participants a compartir dades interessants o sorprenents que hagin descobert sobre altres persones.
- Destaqueu com la diversitat del grup pot enriquir la col·laboració i la resolució de problemes durant la formació.



UNITAT 1:

SECCIÓ 2

QUÈ ÉS EL TREBALL ENTRE IGUALS?

UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 2 - QUÈ ÉS EL TREBALL ENTRE IGUALS?

Comprendre el treball entre iguals en el suport a les persones sense llar.

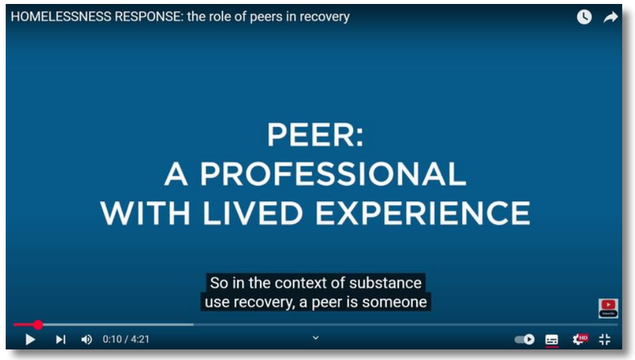
El treball entre iguals és una professió emergent basada en l'experiència viscuda:persones que s'han enfrontat desafiaments per no tenir llar o per problemes de salut mental, o consum de substàncies utilitzant les seves experiències personals per donar suport a altres persones en situacions similars. Un/a igual no es defineix per qualificacions formals, sinó per pertinença i per l'autenticitat de les seves experiències i la capacitat de connectar-se a través d'entesa compartida.

El treball entre iguals es basa en el respecte mutu, l'empoderament, i la creença que recuperació inestabilitats on possibles. La recerca i la pràctica demostren que l'experiència viscuda reforça la confiança, la participació i l'esperança, i pot afavorir el canvi tant a nivell individual com sistèmic.

A la pràctica, els iguals poden:

- Utilitzar els seus **propis camí de recuperació a inspirar i suport altres**
- Construir **confiança** a través de la **comprensió compartida i el reconeixement mutu**
- Oferir **orientació, mentoratge i suport pràctic**
- Actuar com a **professionals d'intervenció al carrer, educadores o agents d'advocacia**
- Contribuir a **millores en serveis i sistemes de suport**

En l'àmbit específic del suport a les persones en situació de sensellarisme, el treball entre iguals ajuda a transformar l'experiència viscuda en una font de coneixement i fortalesa, donant suport a altres persones perquè puguin reconstruir l'equilibri, la confiança i l'estabilitat en les seves vides.



link to video

UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 2 - QUÈ ÉS EL TREBALL ENTRE IGUALS?

Exemples d'Europa

En països com Espanya, Portugal, i Països Baixos, el coneixement experiencial és cada vegada més reconegut com a bàsic dins serveis de suport, incloent-hi camps com violència de gènere i el consum de substàncies.

Les persones treballadores iguals amb experiència viscuda participen en activitats de formació, divulgació i diàleg públic per compartir les seves històries i defensar els seus drets i realitats.

Funcions i contribucions clau dels i les iguals:

- Empoderar les **persones i proporcionar experiència laboral significativa**
- Oferir **oportunitats per a més ocupació**
- Servir com un pont entre **política i pràctica**
- Assegurar que les **persones beneficiàries** estiguin incloses en converses que els afecten

A més, el treball entre iguals permet als individus col·lectivitzar i replantejar períodes de patiment, transformant-los en eines de suport, canvi social i afirmació d'identitat. Per aquells que han viscut experiències semblants.



UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 2 - QUÈ ÉS EL TREBALL ENTRE IGUALS?

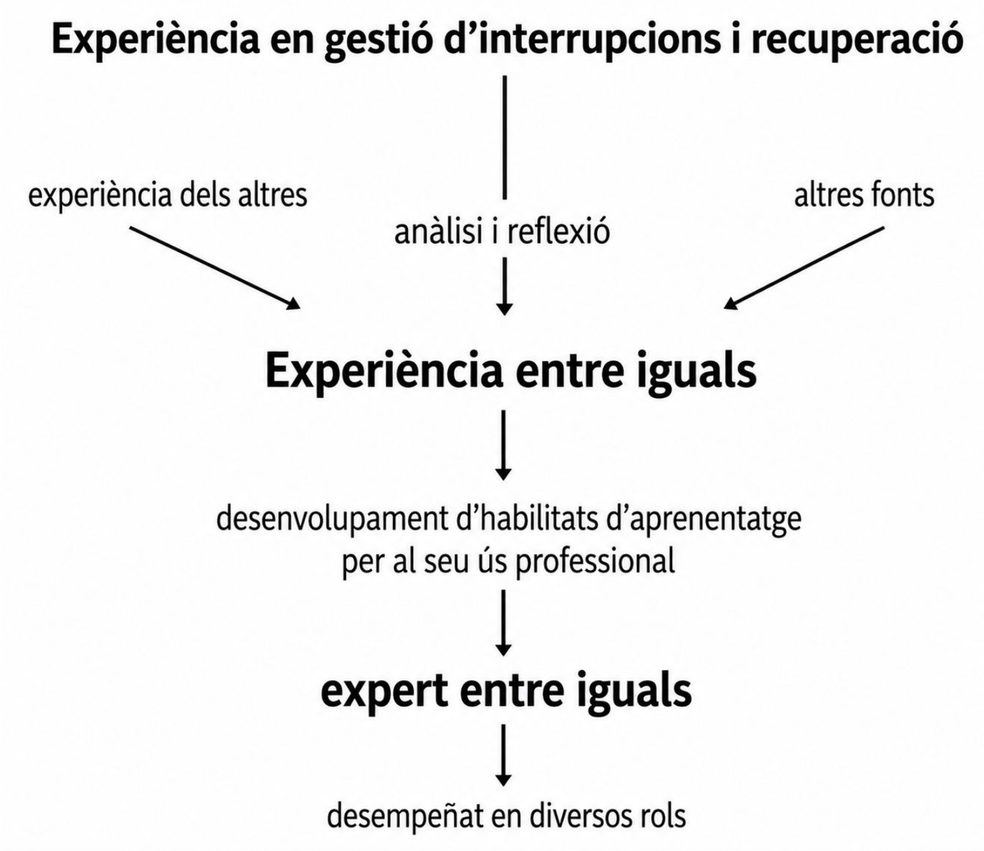
El paper del coneixement experiencial en el treball entre iguals

Al centre del treball entre iguals es troba el coneixement experiencial—els coneixements adquirits a través **d'experiències personals de superar desafiaments**. Constitueixen coneixement inavaluable que poden ajudar en la recuperació i el suport dels altres.

Contribucions clau dels treballadors iguals:

- Usar **coneixement experiencial** a ajudar a les **persones beneficiàries i suport a la recuperació**
- Millorar la **comprensió d'altres professionals i cuidadors**
- **Compartir experiències viscudes** en persones beneficiàries, famílies i comunitats per fomentar **comprensió més profunda**

Aquest **intercanvi promou una major igualtat** entre els proveïdors de serveis i les persones usuàries, permetent que el coneixement professional i el coneixement experiencial es complementin mútuament i reforcin el **sistema de suport en el seu conjunt.**



Copyright Akwa GGZ - 7 de juny de 2022 Font: Hilko Timmer, 2009

UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 2 - QUÈ ÉS EL TREBALL ENTRE IGUALS?

Reconeixement del treball entre iguals a nivell europeu

La **incorporació dels i les iguals** està guanyant cada cop més reconeixement a Europa i es **reflecteix cada vegada més en política europea i a la pràctica.**

La Unió Europea reconeix el suport entre iguals com un **enfocament empoderador** i eficaç, particularment salut mental, estratègies d'inclusió social, recolzaments a les persones que s'enfronten marginació i persones en situació de sensellarisme.

El suport al treball entre iguals a nivell europeu inclou:

- **Reconeixement de polítiques:** Destacat als marcs europeus sobre salut mental i benestar com una pràctica significativa i empoderadora.
- **Programes de finançament:** Iniciatives com el Fons Social Europeu de suport projectes basats en iguals per a la reintegració de grups vulnerables.
- **Formació i desenvolupament:** Els projectes finançats proporcionen programes de formació per enfortir rols i habilitats dels i les iguals
- **Impacte a la comunitat:** Les persones treballadores iguals participen en activitats de divulgació, defensa de drets i serveis de suport comunitari.
- **Directrius i normes:** Els recursos europeus defineixen valors fonamentals, competències, i marcs pràctics per assegurar treball entre iguals d'alta qualitat a tots els països

En conjunt, aquests avenços mostren un reconeixement creixent de l'experiència viscuda com una font de coneixement valuosa que enforteix els sistemes de suport i promou la inclusió social a tota Europa.

Accediu a les directrius aquí:
https://www.grone.de/fileadmin/Projekte/Erasmus_/2022/The_IO1_product._European_standards_.I.Mazur__002_.pdf



UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 2 - QUÈ ÉS EL TREBALL ENTRE IGUALS?

Reconeixement legal i professional del treball entre iguals a Europa

El treball entre iguals s'implementa de manera diferent a cada país. Alguns països disposen de sistemes ben consolidats, mentre que d'altres tot just estan començant. El *Housing First Hub* ha creat un *webinar* molt interessant sobre el treball entre iguals en el marc del *Housing First*. Podeu veure aquest webinar per obtenir més informació:

WEBINAR - Treball entre iguals al Housing first

A continuació es presenta una visió general de la situació a **Portugal, Espanya, Irlanda i els Països Baixos**, amb una breu explicació i un enllaç per a més informació.



- **A Portugal**, el treball entre iguals encara està en **desenvolupament**. Es duu a terme principalment en **projectes més petits** i en organitzacions centrades en els serveis de **salut mental i addiccions.** Les persones treballadores iguals solen ser **voluntàries** o rebre una petita **compensació econòmica.** Encara no existeix un reconeixement oficial del treball entre iguals com a **professió**.
  🔗 Més informació: **European Standards for Peer Work – Portugal** (Mazur, 2022)

- A **Espanya** hi ha una creixent **atenció** pel al treball entre iguals, especialment a l'**atenció de salut mental**. En algunes regions, com **Catalunya** i el **País Basc,** les professionals iguals ja estan involucrats en **serveis d'atenció pública**. No obstant això, al **nivell nacional**, encara no és una **professió reconeguda.**
  🔗 Més informació: **ActivaMent – Suport entre iguals a Catalunya; Salut Mental Europa – Suport entre iguals a Espanya.**

UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 2 - QUÈ ÉS EL TREBALL ENTRE IGUALS?

Reconeixement jurídic i professional del treball entre iguals a Europa (2)

- **Irlanda** és un país capdavanter en l'àmbit del treball entre iguals. El **govern** ha desenvolupat **descripcions** clares de llocs de treball per a a les **persones treballadores iguals** en l'àmbit de la **salut mental.** Les persones treballadores iguals són **remunerades** i formen part dels **equips d'atenció**. També hi ha programes de formació oficials, incloent-hi els que ofereixen els ***Recovery Colleges.***

  🔗 Més informació: **Health Service Executive (HSE)– Peer Support Workers; Mental Health Ireland – Recovery Education** HSE Peer Support workers - Ireland.

- Als **Països Baixos**, el treball entre iguals sovint es coneix com a "**expertesa per experiència**". Està cada vegada més **reconegut**, especialment en l'àmbit de la **salut mental**, els **serveis d'addiccions** i el **sector social.** Existeixen **programes oficials de formació** a nivell de **formació professional** (MBO) i **d'educació superior professional** (HBO), com els que ofereixen **Howie the Harp o la Hogeschool van Arnhem and Nijmegen** (HAN). Cada vegada més **organitzacions** ofereixen llocs de treball **remunerats** per a persones **treballadores iguals.** Tanmateix, la professió encara **no està protegida legalment.**

  🔗 Més informació: **Movisie - Experiència pràctica a l'àmbit social; Howie the Harp - Programa de formació; HAN - Treball social amb expertesa per experiència**

UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 2 - QUÈ ÉS EL TREBALL ENTRE IGUALS?

Què fa únic el treball entre iguals?

Les persones treballadores entre iguals **aporten una perspectiva diferent i valuosa a equips d'atenció.** A diferència dels proveïdors de **serveis tradicionals,** es basen en les seves pròpies **experiències viscudes** d'adversitat, com ara persones **situacions de sensellarisme**, **condicions de salut mental, o consum de substàncies**—per donar suport a altres persones en els seus processos de recuperació. Aquesta posició única els permet construir **confiança**, encoratjar **esperança** i oferir suport de maneres que complementin l'**atenció professional**.

Potenciar la recuperació a través de l'experiència viscuda

Les persones treballadores entre iguals donen suport a els usuaris no només mitjançant **orientació pràctica**, sinó també oferint un sentiment de **connexió i comprensió** que prové de l'**experiència compartida**. La seva presència pot ajudar les persones a sentir-se **vistes i validades**, cosa especialment important per a aquelles que s'han sentit **excloses o incomprenses** pels serveis tradicionals.



Crear entorns empoderadors

Compartint les seves experiències **d'estigma, supervivència i creixement personal**, les persones iguals contribueixen a crear entorns més inclusius i orientats a la recuperació. Sovint actuen també com a **agents de canvi sistèmic,** treballant al costat de professionals per **millorar els serveis** i promoure la **dignitat** i la **inclusió**.

UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 2 - QUÈ ÉS EL TREBALL ENTRE IGUALS?

Què fa únic el treball entre iguals? (2)

Reduir l'estigma a tot el sistema

El treball entre iguals té un paper clau en la lluita contra **l'estigma** —no només envers les **persones ateses**, sinó també dins dels **serveis** i la comunitat en general. Quan les persones iguals s'integren en els **equips d'atenció**, contribueixen a qüestionar **estereotips** i a humanitzar l'experiència del **sensellarisme** i la **recuperació**. Això beneficia totes les parts implicades:

- Les persones usuàries se senten més **acceptades** i amb més **esperança**.
- Els serveis esdevenen més **sensibles** i **centrats en la persona.**
- Els professionals adquireixen una comprensió més profunda de les **realitats viscudes**, fet que millora la qualitat i l'**empatia de l'atenció.**

Un enfocament col·laboratiu

Per a les **persones professionals**, treballar conjuntament amb **persones iguals** és una oportunitat per enriquir la pràctica, reforçar el treball en **equip** i co-crear **sistemes de suport més holístics.** Reconèixer i valorar les contribucions de les persones treballadores entre iguals és essencial per construir serveis **inclusius i orientats a la recuperació.**

UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 2 - QUÈ ÉS EL TREBALL ENTRE IGUALS?

El valor central: “Espai lliure” en el treball entre iguals

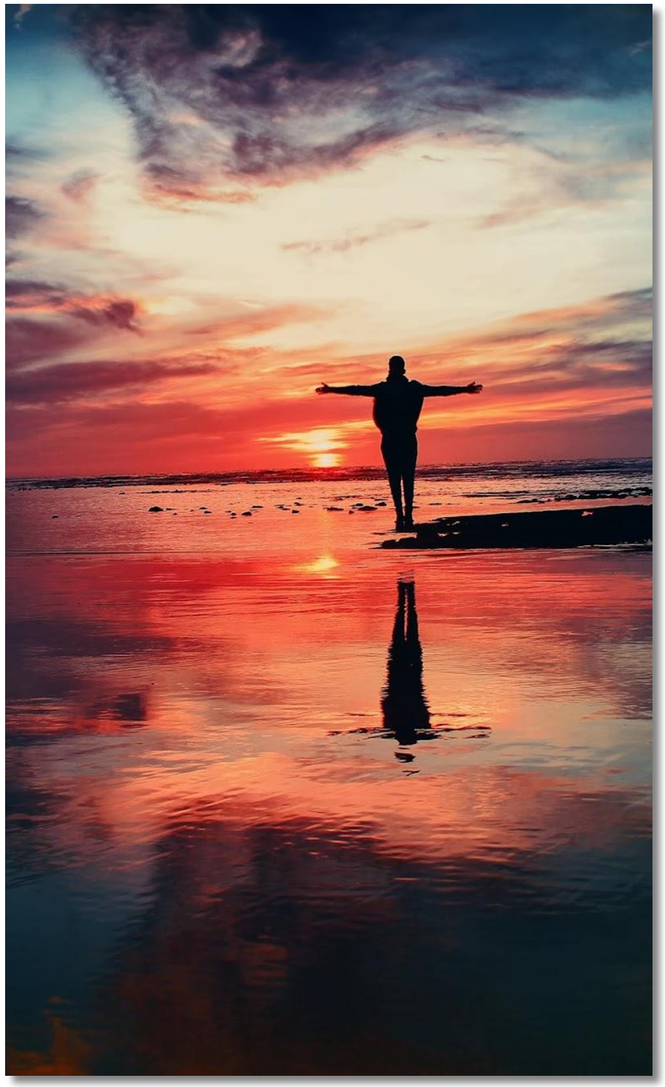
El concepte d’“**espai lliure**” és central en la pràctica del **treball entre iguals.**

L’espai lliure fa referència al **marge mental, emocional i físic** que les persones necessiten per reconnectar amb la seva **força interior,** prendre **decisions**, trobar **sentit** i descobrir **noves possibilitats** per a la seva vida. Aquest “espai de respiració” és essencial per al **creixement personal i la recuperació,** i la funció de les **persones iguals** és ajudar a crear-lo i mantenir-lo.

L'espai lliure permet a les persones:

- Reconnectar amb la seva **força interior**
- Prendre les seves **pròpies decisions**
- Trobar **sentit** en les seves experiències
- Descobrir **noves possibilitats** per a les seves vides

Les persones treballadores iguals ajuden les persones usuàries a recuperar el seu propi “**espai lliure**” — un lloc on poden **sanar, reflexionar i reconstruir** les seves vides a la seva manera única. Aquest espai permet a les persones **recuperar el control del seu propi** procés i explorar noves oportunitats de **recuperació i creixement.**



UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 2 - QUÈ ÉS EL TREBALL ENTRE IGUALS?

El valor afegit del treball entre iguals en el sensellarisme

Les persones iguals tenen un **avantatge específic** en el suport a persones en **situació de sensellarisme.** Entenen com integrar el **coneixement experiencial** en els processos d'atenció, les **pràctiques organitzatives i les polítiques més àmplies.** Han après on el **sistema d'atenció** crea **barreres** de manera no intencionada o pot reproduir **traumes**, i on pot generar espais de **cura** i **reconstrucció**.

La seva capacitat d'utilitzar **l'experiència viscuda** per identificar i qüestionar **problemes sistèmics** els converteix en una força clau per millorar els **serveis de sensellarisme**. Les persones iguals contribueixen a crear **entorns de suport** a tres nivells:

- **Nivell individual:** suport en els processos de recuperació de cada persona.
- **Nivell organitzatiu:** assessorament a les entitats per fer els serveis més orientats a la recuperació.
- **Nivell social:** incidència en polítiques i canvis estructurals que fomentin la inclusió i la recuperació.



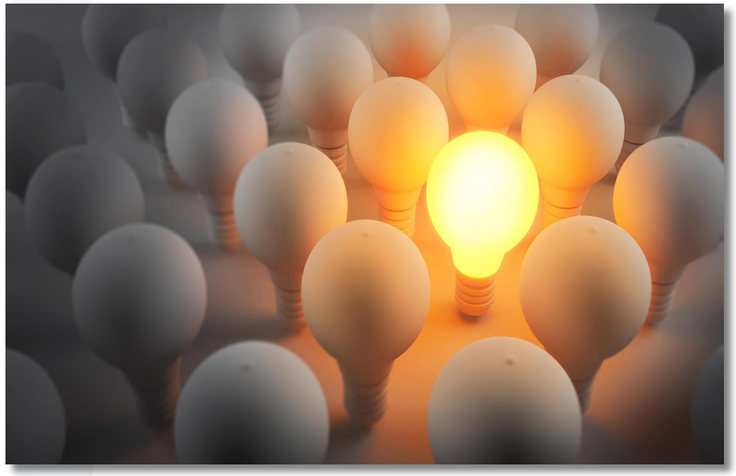
UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 2 - QUÈ ÉS EL TREBALL ENTRE IGUALS?

Conclusió

El treball entre iguals és un **enfocament essencial** per donar suport a les persones en **situació de sensellarisme**. A través de les seves **experiències viscudes**, les persones treballadores iguals poden **proporcionar un suport únic que fomenta la recuperació, empodera les persones i ajuda a crear un entorn més inclusiu** i de suport per a tots els involucrats.

En aquesta formació, esperem que hagueu adquirit una comprensió més profunda del valor del coneixement experiencial i com es pot utilitzar per ajudar els necessitats. El viatge de recuperació no es tracta només d'experiència professional però sobre crear espai per a històries personals per informar i guiar el procés de curació.



Conclusions clau

- L'experiència viscuda enforteix el suport professional
- La recuperació se sosté a través d'empoderament i inclusió
- Els coneixements basats en l'experiència complementen l'experiència professional
- Crear espai per a històries personals millora el procés de curació

UNITAT 1:

SECCIÓ 3

EL PAPER DE L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL SUPORT A LES PERSONES SENSE LLAR

UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 3 - EL PAPER DE L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL SUPORT A LES PERSONES SENSE LLAR

El valor de l'expertesa basada en l'experiència viscuda en el suport de les persones sense llar

En els **serveis per a persones sense llar,** és important reconèixer que **l'expertesa** no prové únicament de **l'educació formal o de la formació clínica**. Les persones amb **experiència viscuda del sensellarisme** aporten un coneixement valuós, modelat pels seus **recorreguts personals a través de l'adversitat**. Les seves aportacions enforteixen **l'empatia**, la **rellevància** i l'**impacte global del suport**, contribuint a una atenció més **centrada en la persona** i a millors resultats tant per als usuaris com per als **equips professionals.**

Comprendre l'expertesa basada en l'experiència viscuda

L'expertesa basada en l'experiència viscuda fa referència al coneixement personal adquirit a través de l'exposició directa a situacions com el sensellarisme, els problemes de **salut mental,** el **consum de substàncies** o altres esdeveniments vitals disruptius. Aquest coneixement ofereix una **perspectiva única** que complementa **l'expertesa professional i acadèmica.**



Les persones amb experiència viscuda sovint contribueixen:

- Oferint **coneixements pràctics** sobre com navegar el sensellarisme i els processos de recuperació
- Comprenent els **reptes emocionals i psicològics** des de l'experiència persona
- Construint **confiança i connexió** a través de l'experiència compartida
- Identificant **barreres ocultes** que no sempre són visibles per als professionals
- Donant suport a altres persones amb **empatia, esperança i credibilitat**

Aquesta forma d'expertesa va més enllà de la teoria. Reflecteix una comprensió profunda de la **crisi i la recuperació**, fent que el suport sigui més **significatiu, sensible i efectiu.**

UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 3 - EL PAPER DE L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL SUPORT A LES PERSONES SENSE LLAR

Coneixement de les estratègies de supervivència

Una part important i sovint oblidada de l'**experiència viscuda** és el **coneixement pràctic de supervivència** que aporten les persones treballadores iguals. A través de les seves pròpies experiències, entenen com funcionen els **sistemes i les realitats quotidianes a la pràctica** — no només sobre el paper. Aquestes perspectives fan que el suport sigui més **realista, accessible i adaptat** a les necessitats reals de les persones.

Les persones treballadores iguals sovint contribueixen:

- Compartint **coneixements pràctics** sobre llocs més segurs per quedar-se o descansar
- Sabent com accedir a **suports informals, de baixa exigència i no estigmatitzadors**
- Entenent com **funcionen els serveis en situacions reals**
- Ajudant a reduir la bretxa entre les **polítiques, els serveis i la realitat viscuda**
- Oferint estratègies basades en la **supervivència quotidiana i la resiliència**



UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 3 - EL PAPER DE L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL SUPORT A LES PERSONES SENSE LLAR

Integració del coneixement viscut i el coneixement teòric

Si bé el treball entre iguals té les seves arrels en l'experiència **personal**, compta cada cop més amb el suport de **capacitació** i **desenvolupament professional**. Molts professionals treballadors iguals desenvolupen habilitats en àrees com: **atenció informada sobre el trauma, pràctica orientada a la recuperació, i comunicació.**

Aquesta combinació de **coneixement viscut** i **après** enforteix el seu paper dins dels equips multidisciplinaris i dona suport a:

- Una **col·laboració** més efectiva entre iguals i professionals
- El **respecte mutu** per diferents formes d'expertesa
- Un **suport basat tant en l'evidència** com en una **comprensió profundament humana**
- Serveis que connecten millor amb les **necessitats reals** de les persones en situació de sensellarisme

Entendre aquesta **base dual** ajuda les persones professionals a treballar més estretament amb les persones treballadores iguals i a crear **sistemes de suport més sensibles, adaptats i centrats en la persona.**

UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 3 - EL PAPER DE L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL SUPORT A LES PERSONES SENSE LLAR

Les competències clau en el treball entre iguals (1)

Els i les professionals iguals aporten punts forts inestimables als **equips d'atenció** que van més enllà de les **habilitats tècniques** i inclouen **qualitats personals, coneixements de supervivència** i perspectives arrelades en els seus **processos de recuperació.**

Per als professionals, comprendre i valorar aquestes competències és essencial per construir **sistemes de suport més sensibles, inclusius i eficaços.**

Empatia i comprensió

Un dels aspectes més importants del treball entre iguals és la capacitat de connectar profundament amb les altres persones. Els treballadors entre iguals tenen una capacitat única per comprendre pel que estan passant les persones usuàries perquè ells i elles mateixes han enfrontat desafiaments similars.

Les seves experiències amb **estigma, trauma, i exclusió** els permeten oferir un suport que se senti **autèntic i fiable**. Aquest connexió **empàtica** inclou:

- Una sensació de **pertinença**
- Una sensació de **seguretat**
- Més fort **implicació en la recuperació**

Aquestes condicions són fonamentals per a una recuperació **significativa i sostenible.**



UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 3 - EL PAPER DE L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL SUPORT A LES PERSONES SENSE LLAR

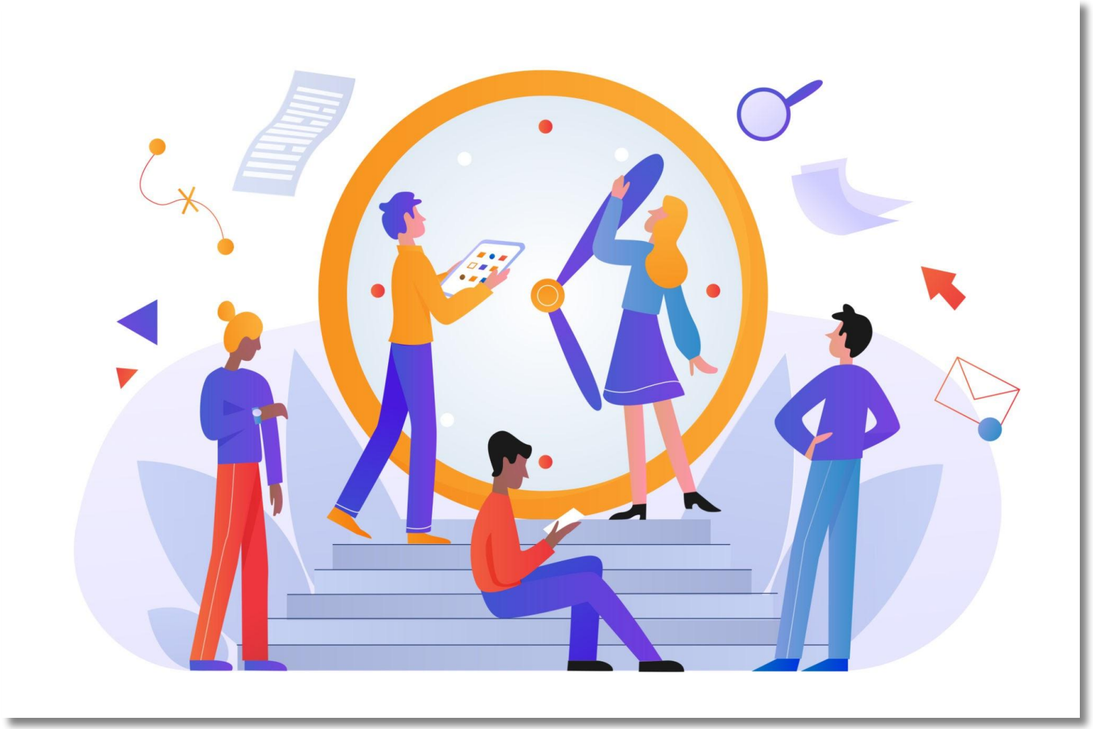
Les competències clau en el treball entre iguals (2)

Estratègies de supervivència i coneixements del món real

Els professionals iguals tenen **habilitats de supervivència** directament aplicables a **situacions de la vida real**— habilitats que els professionals normalment només poden adquirir a través de la formació. Això inclou saber on és relativament segur dormir, com accedir a **suport comunitari informal sense estigma** i com funcionen els serveis a la pràctica.

Aquestes **perspectives del món real** són fonamentals per:

- Ajudar a les persones usuàries a navegar reptes diaris
- Fer que el suport sigui més pràctic i accessible
- Informar el disseny de serveis que reflecteixi les necessitats del món real



UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 3 - EL PAPER DE L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL SUPORT A LES PERSONES SENSE LLAR

Les competències clau en el treball entre iguals (3)

Derrocant barreres

Perquè han experimentat barreres com l'aïllament social, manca d'accés als recursos, i discriminació sistèmica, els iguals que treballen als equips estan en una bona posició per ajudar altres persones a superar aquestes barreres.
Contribueixen a través de:

- **Suport emocional.**
- **Orientació pràctica.**
- **Defensa de drets.**

En fer-ho, redueixen els obstacles que impedeixen a les persones accés a l'atenció i reconstruint-ne les vides.

Incidència política i canvi sistèmic

Els treballadors iguals contribueixen no només a nivell individual sinó també a nivell sistèmic. La seva experiència viscuda els dona una veu poderosa a la configuració polítiques, serveis i pràctiques.
En identificar buits i oferir recomanacions fonamentades, ajuden a crear sistemes que són més:

- **Inclusius**
- **Equitatius**
- **Respectuosos**

Això enforteix els sistemes de suport per a les persones a les quals serveixen.

UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 3 - EL PAPER DE L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL SUPORT A LES PERSONES SENSE LLAR

ACTIVITAT 5.2 - SIMULACIÓ DE COMPETÈNCIES DE TREBALLADORS ENTRE IGUALS

45 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Objectiu

Ajudar els i les professionals de la salut a comprendre i practicar les competències clau d'un/a professional de suport entre iguals, incloent-hi l'empatia, la introspecció, la superació de barreres i la defensa dels drets mitjançant un exercici interactiu de dramatització.

Materials

- Pissarres de rodafoli o pissarres blanques
- Marcadors
- Targetes d'escenaris impreses* (que detallen diferents situacions relacionades amb la manca d'habitatge, l'estigma, la recuperació, etc.),

Per aquest material, consulta el kit d'eines

Resultats esperats

En finalitzar l'activitat, els i les professionals de la salut comprendran millor les competències bàsiques que fan que els treballadors de suport entre iguals siguin eficaços en les funcions. També valoraran més profundament els desafiaments que enfronten les persones sense llar i com l'empatia, la comprensió personal i la defensa dels seus drets poden millorar els sistemes de suport i els resultats.



UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 3 - EL PAPER DE L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL SUPORT A LES PERSONES SENSE LLAR

ACTIVITAT 5.2 - SIMULACIÓ DE COMPETÈNCIES DE TREBALLADORS ENTRE IGUALS

45 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Preparació

- Utilitzeu un conjunt de targetes descenaris que reflecteixin situacions de la vida real a les quals podria enfrontar-se un treballador de suport entre iguals - **Per a aquest material, consulteu el kit d'eines**
- Cada escenari ha de ressaltar una o més de les competències clau (empatia, autoconeixement, enderrocament de barreres, defensa d'interessos).

Activitat

Part 1: Introducció (5 minuts)

Breu introducció sobre les competències clau d'un treballador igual:

- Empatia i comprensió
- Coneixement i creixement personal
- Derrocant barreres
- Incidència política i canvi sistèmic

En aquesta activitat, les persones participants simularan interaccions del món real que posaran a prova aquestes competències.



UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 3 - EL PAPER DE L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL SUPORT A LES PERSONES SENSE LLAR

ACTIVITAT 5.2 - SIMULACIÓ DE COMPETÈNCIES DE TREBALLADORS ENTRE IGUALS

45 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Activitat

Part 2: Role-play en grups petits (15 minuts)

- Formació de grups: Dividiu els participants en grups petits de 3 a 4 persones.
- Assignació d'escenaris: Cada grup rep una targeta amb un escenari (per exemple, “Unusuari es mostra poc inclinat a accedir als serveis a causa d'experiències negatives prèvies amb proveïdors d'atenció mèdica").planteja un repte perquè aborden una de les competències esmentades anteriorment.
- Role-play: Al grup, una persona exercirà el paper de "treballador entre iguals", una altra serà la “persona usuària”, i altres podran assumir rols de suport (per exemple, proveïdor d'atenció mèdica, familiar, etc.).
    - El "treballador de suport entre iguals" ha d'utilitzar l'empatia, la introspecció i les habilitats d'incidència per ajudar la persona usuària superar els seus obstacles.
    - El grup ha de trobar la manera de superar la resistència o els obstacles de la persona usuària promoure un camí cap a la recuperació.

Es concediran **5 minuts** per grup per representar el seu escenari.



UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 3 - EL PAPER DE L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL SUPORT A LES PERSONES SENSE LLAR

ACTIVITAT 5.2 - SIMULACIÓ DE COMPETÈNCIES DE TREBALLADORS ENTRE IGUALS

45 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Activitat

Part 3: Sessió grupal i debat (10 minuts)

- Després que cada grup hagi completat la seva representació de rol, reuniu de nou totes les persones participants per fer una posada en comú
- Com va demostrar la persona treballadora igual empatia i comprensió?
- Quines experiències o aprenentatges personals va compartir la persona treballadora igual i quin impacte van tenir en la persona usuària?
- Quines barreres es van identificar i com es van abordar?
- Com va defensar la persona treballadora igual els interessos de la persona usuària o va intentar influir en el sistema?
- Com va protegir la persona treballadora igual el seu propi procés de recuperació i benestar durant la interacció? Quin paper té l'autocura en la sostenibilitat del treball entre iguals?

Tancament

Concloeu l'activitat amb una discussió en grup sobre com les competències d'una persona treballadora igual es poden aplicar en la seva pròpia pràctica professional. Destaqueu el valor de l'experiència viscuda i com aquestes habilitats poden contribuir a crear un entorn més inclusiu i de suport per a les persones que es troben en situació de sensellarisme.



UNITAT 1:

SECCIÓ 4

BONES PRÀCTIQUES PER INTEGRAR L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL TREBALL ENTRE IGUALS

UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 4 - BONES PRÀCTIQUES PER INTEGRAR L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL TREBALL ENTRE IGUALS

Integrar l'experiència viscuda en el suport a les persones sense llar.

Integrar amb èxit **l'experiència viscuda en el suport** a les persones en situació de **sensellarisme** requereix una planificació acurada i el seguiment de bones pràctiques.

Els següents principis són essencials per garantir que les **persones treballadores iguals** rebin suport a les seves funcions i que les seves contribucions siguin plenament valorades i aprofitades al màxim.

Reconéixer la flexibilitat dels rols de treball entre iguals

Quan es treballa amb persones treballadores iguals, és important tenir en compte que cadascuna es pot trobar en una etapa diferent del seu **procés de recuperació.**

Per aquest motiu, els **rols i les responsabilitats** han de mantenir-se flexibles.

Oferir una varietat de funcions amb diferents nivells de responsabilitat permet a les persones treballadores iguals:

- Contribuir d'una manera coherent amb les seves **fortaleses i capacitats.**
- Adaptar el seu rol al seu procés de **desenvolupament personal.**
- Mantenir el seu **benestar.**
- Reforçar **l'eficàcia** global de la seva contribució.

La flexibilitat beneficia tant la persona treballadora igual com el conjunt de l'equip.

UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 4 - BONES PRÀCTIQUES PER INTEGRAR L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL TREBALL ENTRE IGUALS

Beneficis del treball entre iguals a tots els nivells d'una organització

Les persones treballadores iguals aporten valor no només en la **prestació directa de serveis,** sinó també a tota **l'estructura organitzativa** — des dels **professionals de primera línia fins a la direcció i la governança.**

També és molt valuós implicar les persones treballadores iguals com a facilitadores de formació i incloure-les en les sessions formatives.

La seva implicació és rellevant a tots els nivells:

- Enforteix la qualitat dels **serveis**
- Promou una cultura de la **inclusió**
- Millora la capacitat de **resposta organitzacional**
- Potencia sistemes més orientats a la recuperació.

Integrar el treball entre iguals a múltiples nivells ajuda a construir organitzacions més sòlides i més centrades en la persona.



UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 4 - BONES PRÀCTIQUES PER INTEGRAR L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL TREBALL ENTRE IGUALS

Major compromís i confiança

Les persones treballadores iguals ajuden a construir relacions més sòlides i autèntiques amb les persones usuàries dels serveis. Les seves experiències compartides afavoreixen la confiança, augmenten la participació i redueixen les taxes d'abandonament — especialment entre les persones que poden sentir-se desconnectades dels serveis tradicionals.

Millors serveis

Gràcies a la seva experiència viscuda, les persones treballadores iguals aporten coneixements pràctics al disseny, la implementació i l'avaluació dels programes. Les seves aportacions ajuden a garantir que els serveis siguin rellevants, accessibles i sensibles a les necessitats reals de les persones en situació de sensellarisme.

Empoderament i lideratge inclusiu

Incloure les persones treballadores iguals en rols de lideratge i en els processos de presa de decisions — com ara consells assessors, equips de desenvolupament de programes o fins i tot el consell directiu — crea una cultura en què totes les veus són valorades. Això condueix a models de servei més inclusius, equitatius i efectius.



UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 4 - BONES PRÀCTIQUES PER INTEGRAR L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL TREBALL ENTRE IGUALS

Canvi sistèmic

Les persones treballadores iguals són **agents de canvi** molt potents. La seva **experiència viscuda** els permet identificar **barreres sistèmiques** i proposar **solucions realistes i fonamentades.** Quan se'ls dona capacitat d'incidència i d'actuació a **tots els nivells de l'organització**, poden ajudar a transformar els sistemes perquè siguin més **centrats en la persona, sensibles al trauma i socialment justos.**

Supervisió i formació de suport

Mentre **l'experiència viscuda** és invaluable, és essencial que les persones treballadores iguals rebin la **capacitació** adequada per prosperar a les seves funcions. Aquesta s'ha d'adaptar a les demandes específiques de treball entre iguals, equipant les persones amb les habilitats necessaris per interactuar eficaçment amb las persones beneficiàries, navegar sistemes complexos i mantenir límits professionals.

Les persones treballadores iguals també requereixen **supervisió regular i suport emocional.** Treballar en aquest entorn pot ser emocionalment exigent, i el suport estructurat ajuda els treballadors iguals a mantenir el seu propi benestar i recuperació.

UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 4 - BONES PRÀCTIQUES PER INTEGRAR L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL TREBALL ENTRE IGUALS

A tota Europa, diversos països han desenvolupat programes de formació per donar suport als treballadors iguals:

- **Irlanda** ofereix educació formal a través de programes com el **certificate in Peer Support Practice** a la **Atlantic Technological University**, que prepara les persones per treballar professionalment en salut mental i serveis per a persones sense llar.

- **Espanya** ha implementat formació de suport entre iguals mitjançant iniciatives com el Projecte **PEER2PEER**, que va adaptar **metodologies escoceses** al context espanyol.

- **Portugal** encara està desenvolupant la seva infraestructura de suport entre iguals, però ha participat en **projectes europeus** com el **PEER2PEER**, ajudant a construir formació bàsica i consciència.

- Els **Països Baixos** tenen un panorama formatiu ben establert, amb programes com Howie the Harp i cursos de **nivell HBO** a la **Universitat de Ciències Aplicades d'Arnhem i Nimega (HAN),** que ofereixen **itineraris estructurats** per accedir a llocs de treball remunerats com a persones treballadores iguals.

  En invertir en formació d'alta qualitat i supervisió, les organitzacions no només donen suport al desenvolupament professional de les persones treballadores iguals, però també enfortir el general qualitat i impacte dels seus serveis.



UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 4 - BONES PRÀCTIQUES PER INTEGRAR L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL TREBALL ENTRE IGUALS

Participació en el disseny del programa

Les persones treballadores iguals haurien de participar no només en la **prestació de serveis** sinó també en el **disseny de programes i polítiques** per garantir que els programes estiguin més ben alineats amb els objectius i necessitats reals de les persones en situació de **sensellarisme**.

Les persones treballadores iguals oferir valuoses aportacions sobre què funciona i què no, ajudant a donar forma als serveis

Crear un entorn inclusiu i respectuós

Perquè aquestes persones prosperin, és essencial que l'entorn laboral sigui inclusiu, respectuós, i psicològicament segur. Les organitzacions han d'anar més enllà de simplement contractar persones treballadores iguals; necessiten fomentar activament una cultura on l'experiència viscuda és genuïnament valorada i integrada a la pràctica diària.

Això inclou oferir:

- Una **remuneració equitativa** que reflecteixi el valor de la seva contribució
- **Contractes laborals formals** que proporcionin seguretat i claredat laboral
- **Accés a oportunitats de desenvolupament professional** i progressió de carrera
- **Espais segurs** per compartir experiències, expressar preocupacions i **reflexionar sobre els reptes sense por d'estigma o judici**

UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 4 - BONES PRÀCTIQUES PER INTEGRAR L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL TREBALL ENTRE IGUALS

En diversos països, les **persones treballadores iguals** estan formalment contractades amb **contractes laborals estàndard.** No obstant això, gestionar aquestes obligacions contractuals de manera **inclusiva** i **respectuosa** requereix **flexibilitat**.

Els equips professionals han d'entendre que determinades condicions laborals — com ara:

- **Horaris fixos**
- **Indicadors de rendiment rígids**
- **Polítiques de permisos estàndard**

Aquests, poden necessitar ser adaptades per tenir en compte les necessitats específiques i els processos de recuperació de les persones treballadores iguals. Aquesta flexibilitat no és un compromís amb la professionalitat, sinó un reconeixement del valor de l'experiència viscuda i de la importància de **sostenir-la** dins la força de treball.

Exemple de bones pràctiques

Iniciatives com el ***Crack Users Project*** (Home4Health Best Practices Report, 2024) posen en relleu:

- La creació de **condicions laborals** que respectin la **dignitat, l'autonomia i l'expertesa de les persones treballadores iguals**
- Com les pràctiques inclusives poden conduir a una prestació de serveis més **efectiva** i més **empàtica**



UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 4 - BONES PRÀCTIQUES PER INTEGRAR L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL TREBALL ENTRE IGUALS

Conclusió

Les persones treballadores iguals aporten una **experiència viscuda essencial** que millora:

- La **confiança** i el vincle amb les persones ateses
- La **rellevància** dels serveis per a persones en situació de sensellarisme
- La **col·laboració** i la inclusió dins dels equips

Per maximitzar la seva contribució, les organitzacions haurien de garantir:

- **Rols flexibles**
- Condicions laborals **justes**
- **Entorns laborals que brinden suport**
- Inclusió a tots **els nivells**— de la prestació de serveis al lideratge

Invertir en el **desenvolupament** de les persones treballadores iguals és clau per:

- **Millorar** els resultats per les persones ateses
- Impulsar un **canvi significatiu** en els sistemes de suport al sensellarisme

UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 4 - BONES PRÀCTIQUES PER INTEGRAR L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL TREBALL ENTRE IGUALS

ACTIVITAT 5.3 - EN LES PRÒPIES PARAULES. VEUS D'IGUALS.

30 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.



Objectiu

Fomentar l'empatia i una comprensió més profunda de la feina entre iguals a través de testimonis de primera mà de treballadors iguals.

Materials necessaris

- Testimonis d'àudio preseleccionats (2 clips, de 2 a 4 minuts cadascun)
- Auriculars o altaveus
- Full de reflexió o preguntes orientadores impreses (veure "preparació" a la diapositiva següent).

Resultats esperats

- Augment de la consciència sobre el paper i l'impacte de l'experiència viscuda en el treball entre iguals
- Reflexió personal sobre com les perspectives de les persones treballadores iguals contribueixen a la pràctica professional
- Major empatia envers les persones amb experiència viscuda en processos de recuperació

UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 4 - BONES PRÀCTIQUES PER INTEGRAR L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL TREBALL ENTRE IGUALS

ACTIVITAT 5.3 - EN LES PRÒPIES PARAULES. VEUS D'IGUALS.

30 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Preparació

- Seleccioneu 2 testimonis d'àudio breus o missatges de veu de persones treballadores iguals de la vostra organització o d'organitzacions sòcies.
- Assegureu-vos que l'àudio sigui clar i accessible per a totes les persones participants (mitjançant auriculars per a escolta individual o altaveus per a escolta en grup).
- Prepareu les preguntes de reflexió:
  - Què és el que més t'ha cridat l'atenció del que has sentit?
  - Com l'experiència viscuda de la persona que parla reforça el seu rol professional?
  - Quins sentiments o idees t'han generat aquests testimonis?



UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 4 - BONES PRÀCTIQUES PER INTEGRAR L'EXPERIÈNCIA VISCUDA EN EL TREBALL ENTRE IGUALS

ACTIVITAT 5.3 - EN LES PRÒPIES PARAULES. VEUS D'IGUALS.

30 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.



Activitat

- Reproduïu els testimonis en àudio per als participants (individualment o en grup).

  Àudio 1 Àudio 2

- Convideu les persones participants a reflexionar individualment durant uns minuts, ja sigui per escrit o mentalment, utilitzant les preguntes orientadores.

Tancament

- Opcionalment, es poden reunir dividir les persones participants en grups petits o tota la classe per a un breu debat.
- Animeu les persones participants a compartir reflexions o conclusions clau, mantenint un ambient respectuós i obert.
- Resumiu les idees comunes, destacant el valor d'integrar l'experiència viscuda a la feina entre iguals.

UNITAT 2:

PRINCIPIS D'INTEGRACIÓ DEL TREBALL ENTRE IGUALS

UNITAT 2:

SECCIÓ 1

PRINCIPIS BÀSICS D'INTEGRACIÓ INSTITUCIONAL DEL TREBALL ENTRE IGUALS

UNITAT 2- PRINCIPIS D'INTEGRACIÓ DEL TREBALL ENTRE IGUALS

SECCIÓ 1- PRINCIPIS BÀSICS D'INTEGRACIÓ INSTITUCIONAL DEL TREBALL ENTRE IGUALS

Reptes per a les persones treballadores iguals en entorns compartits

Les persones treballadores iguals —és a dir, aquelles amb **experiència viscuda de sensellarisme**— afronten **reptes específics** quan **viuen i treballen dins del mateix entorn**, fet que pot generar qüestions de límits que requereixen una gestió acurada. Les **bones pràctiques** d'integració es basen en la **presa de decisions a múltiples nivells: entitats finançadores, direcció, coordinació i treball en equip.**

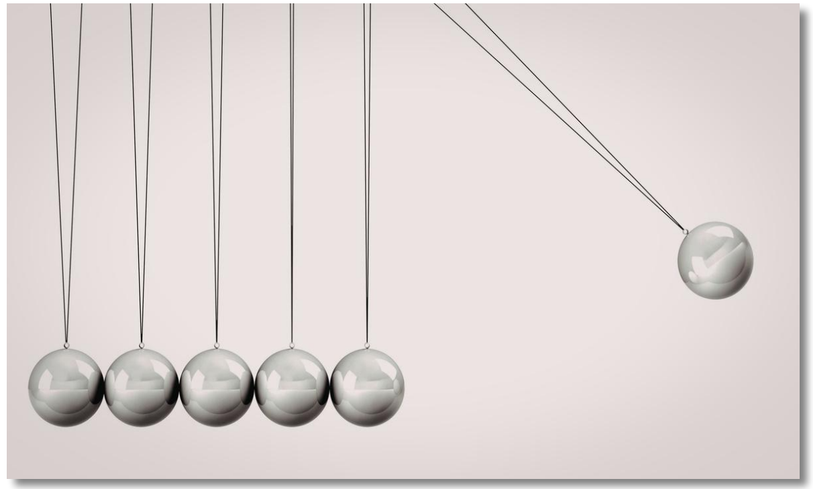
Situacions professionals crítiques i tensions

- Les persones treballadores iguals, també anomenades **"expertes per experiència"**, sovint es troben amb **situacions sense respostes clares.**
- Aquestes situacions impliquen **interessos en conflicte i múltiples perspectives**, generant tensions.
- Una resposta efectiva requereix **competència professional** i una **presa de decisions acurada.**

Temes clau en la integració del treball entre iguals

These themes often arise in supervision and peer-to-peer reflection:

- Proximitat vs. distància
- Sentit vs. absència de sentit i tolerància al dolor
- Fortalesa vs. vulnerabilitat
- Orgull vs. vergonya
- Nous valors culturals vs. valors existents



UNITAT 2- PRINCIPIS D'INTEGRACIÓ DEL TREBALL ENTRE IGUALS

SECCIÓ 1- PRINCIPIS BÀSICS D'INTEGRACIÓ INSTITUCIONAL DEL TREBALL ENTRE IGUALS

1. Proximitat versus distància

Equilibrar la proximitat i la distància professional és una tensió habitual en el treball entre iguals. Una de les principals fortaleses de les persones treballadores iguals és la seva capacitat per generar confiança a través de l'experiència compartida i la presència emocional. Al mateix temps, mantenir límits clars i saludables és essencial.

L'equilibri entre proximitat i distància és dinàmic i pot variar segons la situació. Les persones treballadores iguals han de:

- Estar emocionalment presents alhora que mantenen límits professionals
- Defensar els propis límits i respectar els de les persones ateses
- Reconèixer i validar les emocions sense deixar-se desbordar
- Fer un pas enrere quan les dinàmiques emocionals esdevenen massa intenses
- Gestionar situacions de límit, especialment amb antics companys o coneguts

La gestió de les emocions —tant pròpies com de les persones ateses— és una competència professional clau. Les persones treballadores iguals poden mostrar una major obertura emocional a causa de les experiències compartides, fet que pot enfortir la connexió però també augmentar la vulnerabilitat.

Treballar estretament amb persones en situació de crisi pot comportar el risc de patir trauma vicari o la reactivació de les pròpies experiències passades. No s'ha de donar per fet que les persones treballadores iguals saben automàticament com reconèixer o gestionar aquests processos.

Les bones pràctiques inclouen:

- Atenció explícita a la seguretat emocional en la formació
- Reflexió estructurada i supervisió
- Discussió oberta sobre desencadenants i impacte emocional
- Ús de marcs i eines de suport

Abordar aquests riscos de manera proactiva redueix la càrrega emocional i fomenta un treball entre iguals sostenible i saludable.
Eines com *Transforming the Pain* (Saakvitne & Pearlman, 1996) poden oferir marcs útils per a aquest propòsit.



UNITAT 2- PRINCIPIS D'INTEGRACIÓ DEL TREBALL ENTRE IGUALS

SECCIÓ 1- PRINCIPIS BÀSICS D'INTEGRACIÓ INSTITUCIONAL DEL TREBALL ENTRE IGUALS

Els límits professionals clars són essencials per definir rols i garantir un suport segur i efectiu. En contextos comunitaris propers, aquests límits poden ser difícils de mantenir, fet que fa que la comunicació clara sigui crucial per evitar confusions o encavalcaments de rols (H4H Best Practices Report, 2024).

Les persones professionals haurien de:

- Mantenir límits personals i professionals clars
- Crear prou distància emocional per prevenir la sobrecàrrega

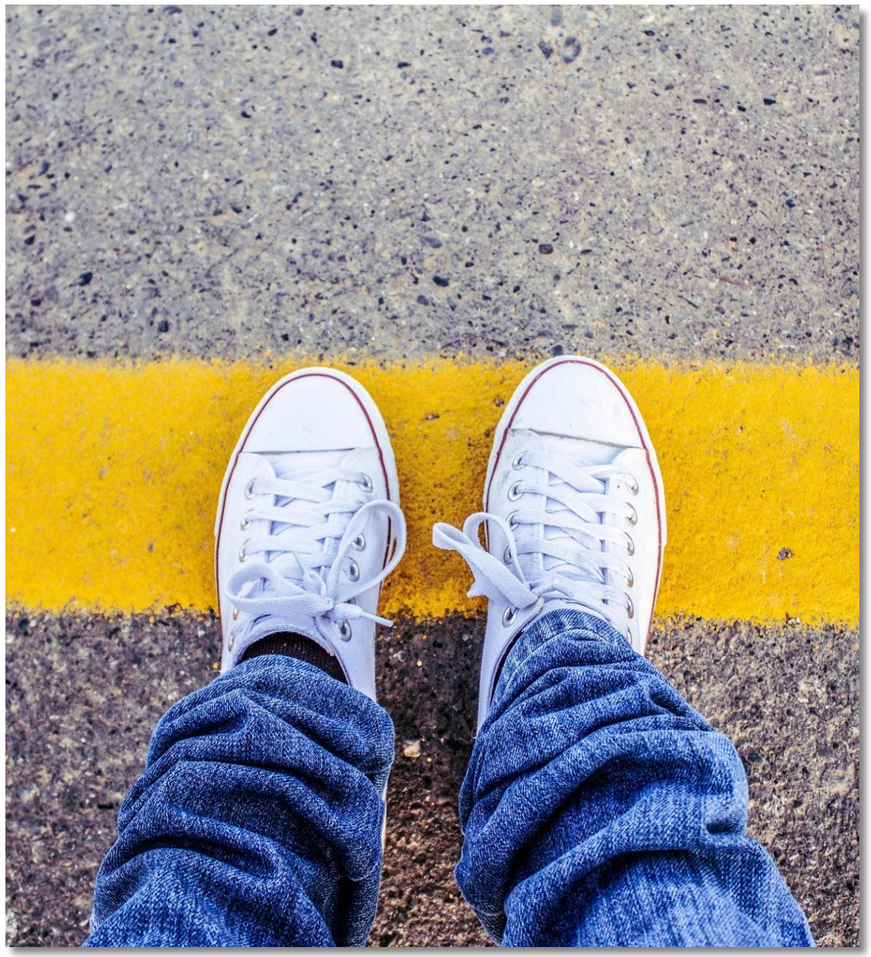
Ser conscients dels riscos de retraumatització, especialment quan es treballa dins de la mateixa comunitat (Mason, 2006)

- Reconèixer i gestionar signes d'estrès o activació emocional

Gestió de les dinàmiques emocionals i l'estigma

Els rols de suport poden generar emocions intenses. La consciència de la contratransferència — quan els sentiments personals influeixen en la relació professional — ajuda a mantenir una aliança terapèutica saludable (Tatarsky & Kellog, 2010).

Com que les persones que utilitzen substàncies sovint pateixen estigmatització, les persones professionals han d'evitar activament el judici. Un enfocament de reducció de danys promou la dignitat, redueix l'estigma i afavoreix una atenció constructiva basada en la confiança.



UNITAT 2- PRINCIPIS D'INTEGRACIÓ DEL TREBALL ENTRE IGUALS

SECCIÓ 1- PRINCIPIS BÀSICS D'INTEGRACIÓ INSTITUCIONAL DEL TREBALL ENTRE IGUALS

Bones pràctiques relacionades amb els límits a la relació de suport poden incloure:

El manteniment de **límits saludables** es fonamental per als treballadors iguals i l'equip de suport en general. Les bones pràctiques poden incloure:

- **Psicoteràpia personal o supervisió contínua** per millorar autoconeixement i reconèixer contratransferència (reaccions emocionals inconscients)
- Desenvolupament d'**habilitats de comunicació** com assertivitat, empatia, i claredat
- Accés a **espais i activitats diferenciades** per a la realització personal, per exemple, assessorament, grups de pràctica reflexiva, ioga, mindfulness (Exemples: Center of Recovery at HVO-Querido, Cork Simon)
- **Límits flexible**s amb discussió en tots dos nivells de iguals i agències sobre expectatives, límits i polítiques, particularment en el context de reducció de danys (Mason, 2006)

Principi clau:
*Balanç **flexible** amb claredat en relació amb les directrius*
Promoure un entorn de treball saludable i eficaç tant per iguals com per persones beneficiàries



UNITAT 2- PRINCIPIS D'INTEGRACIÓ DEL TREBALL ENTRE IGUALS

SECCIÓ 1- PRINCIPIS BÀSICS D'INTEGRACIÓ INSTITUCIONAL DEL TREBALL ENTRE IGUALS

2. Sentit vs. absència de sentit i tolerància al dolor

En el treball entre iguals, oferir **esperança** és fonamental — de vegades mitjançant **l'acció** i, d'altres, simplement essent present. Tanmateix, desafiaments crònics com el **sensellarisme**, els problemes de **salut mental** o els efectes secundaris de la **medicació** poden afeblir els sentiments **d'esperança** i de **sentit**.

Aspectes clau:

- Animar les persones ateses a trobar el seu **propi sentit** i a interpretar les seves experiències al **seu ritme.**
- Tenir cura que les bones intencions no acabin traspassant els **límits de la persona atesa.**
- Els moments de crisi poden desencadenar sentiments de **desesperança** o **frustració** tant en la persona atesa com en la persona treballadora igual.
- El treball entre iguals implica acompanyar la recuperació com un **procés d'aprenentatge**, no com una "solució" o una "reparació".
- Els contratemps són **oportunitats de creixement**, ja que permeten passar d'un **model centrat en la patologia** a un enfocament basat en **l'aprenentatge** i **l'apoderament**.



UNITAT 2- PRINCIPIS D'INTEGRACIÓ DEL TREBALL ENTRE IGUALS

SECCIÓ 1- PRINCIPIS BÀSICS D'INTEGRACIÓ INSTITUCIONAL DEL TREBALL ENTRE IGUALS

3. Fortalesa vs. vulnerabilitat

Les persones treballadores iguals aporten una fortalesa única gràcies a la seva experiència viscuda, però aquesta fortalesa va acompanyada de vulnerabilitat. Aquesta vulnerabilitat els permet connectar profundament amb les persones ateses, però també comporta riscos si els límits no són clars o si altres persones se n'aprofiten.

Aspectes clau:

- La vulnerabilitat pot afavorir la confiança i l'empatia amb les persones ateses.
- Mantenir límits professionals és essencial.
- Les persones treballadores iguals han d'entendre i gestionar com comparteixen les seves experiències personals.
- Trobar l'equilibri entre fortalesa i vulnerabilitat és fonamental per a un treball entre iguals sostenible.

4. Orgull vs. vergonya

Les persones treballadores iguals poden experimentar una combinació d'orgull i vergonya relacionada amb el seu rol i les seves experiències passades. Tot i que utilitzar la pròpia història per ajudar altres persones pot ser una experiència empoderadora, també pot generar sentiments d'estigma o incomoditat.

Aspectes clau:

- Compartir experiències viscudes pot despertar tant sentiments d'orgull com de vulnerabilitat.
- Els sentiments de vergonya són habituals i naturals.
- Aprendre a gestionar aquesta ambivalència ajuda a mantenir la confiança i l'eficàcia en el rol de persona treballadora igual.
- La reflexió contínua i el suport són elements importants per gestionar aquestes tensions emocionals.

UNITAT 2- PRINCIPIS D'INTEGRACIÓ DEL TREBALL ENTRE IGUALS

SECCIÓ 1- PRINCIPIS BÀSICS D'INTEGRACIÓ INSTITUCIONAL DEL TREBALL ENTRE IGUALS

5. Nous valors culturals vs. valors culturals existents

Les persones treballadores iguals sovint aporten nous valors als sistemes de salut i suport social, com ara l'autonomia de les persones usuàries i la presa de decisions compartida. Tot i que aquestes aportacions poden millorar la qualitat de l'atenció, també poden generar tensions amb les pràctiques i cultures organitzatives ja establertes.

Aspectes clau:

- Les persones treballadores iguals actuen com a agents de canvi, promovent valors basats en l'experiència viscuda.
- L'empatia i la comprensió de les diferents perspectives ajuden a gestionar les tensions culturals.
- Els límits clars són essencials, especialment davant de formes subtils de desqualificació.
- Desenvolupar una veu pròpia, sòlida i independent afavoreix una incidència i una defensa dels drets més efectives.
- Exercir com a agent de canvi pot generar, en ocasions, sentiments d'aïllament.

La integració efectiva de les persones treballadores iguals requereix equilibrar aquestes tensions i donar suport al seu desenvolupament

Aspectes clau:

- Reconèixer el valor de l'experiència viscuda dins dels equips.
- Oferir orientació i suport per mantenir límits professionals adequats.
- Fomentar una col·laboració significativa entre professionals i persones treballadores iguals.
- Aplicar bones pràctiques que afavoreixin tant l'apoderament de les persones treballadores iguals com el de les persones usuàries dels serveis.

UNITAT 2- PRINCIPIS D'INTEGRACIÓ DEL TREBALL ENTRE IGUALS

SECCIÓ 1- PRINCIPIS BÀSICS D'INTEGRACIÓ INSTITUCIONAL DEL TREBALL ENTRE IGUALS

Exemple de bona pràctica: Treball entre iguals a HVO-Querido, Amsterdam (Països Baixos) - Annex per a empleats amb experiència viscuda

A **HVO-Querido**, una de les bones pràctiques destacades per a la integració de les **persones treballadores iguals** és l'**Annex per a empleats amb experiència viscuda**. Aquest marc formal ajuda les persones amb experiència viscuda a desenvolupar i aplicar els seus coneixements de manera significativa en els processos de suport i recuperació de les persones ateses.

Elements clau:

- Ofereix una **via formal** per reconèixer les competències derivades de l'experiència viscuda.
- Se centra en el **desenvolupament i l'avaluació d'habilitats,** més enllà de les experiències personals.
- Parteix d'un **diàleg** entre la persona treballadora, la supervisió i l'equip sobre l'ús professional de l'experiència viscuda.
- Està adreçat tant a **noves incorporacions com a professionals** que volen reforçar el seu rol com a treballadors/es iguals.

Aquest enfocament garanteix que les persones treballadores iguals puguin contribuir de manera eficaç als serveis, alhora que desenvolupen la seva trajectòria professional i veuen reconegut el valor de la seva experiència dins de l'organització.



UNITAT 2- PRINCIPIS D'INTEGRACIÓ DEL TREBALL ENTRE IGUALS

SECCIÓ 1- PRINCIPIS BÀSICS D'INTEGRACIÓ INSTITUCIONAL DEL TREBALL ENTRE IGUALS

Fases estructurades de desenvolupament

L'Annex estableix un itinerari clar perquè les persones treballadores iguals desenvolupin competències i integrin l'experiència viscuda en la pràctica professional.

Passos clau:

- **Fase 1:** curs d'orientació "*Treballar amb la pròpia experiència*" (Recovery Bureau) per valorar la preparació i desenvolupar competències bàsiques.
- **Fase 2:** formació complementària mitjançant **cursos acreditats**
  - **Howie the Harp** (qualificació MBO nivell 2)
  - **MOED** (qualificació MBO nivell 4).
- El **model** garanteix que les persones treballadores iguals estiguin preparades per aplicar l'experiència viscuda de manera professional i orientada a la recuperació.

Aquest marc facilita una integració **competent, segura i efectiva del coneixement** basat en l'experiència viscuda dins l'atenció a els usuaris.

The **Addendum** provides structured steps for TREBALL ENTRE IGUALSers to build their skills and integrate lived experience into professional practice:



UNITAT 2- PRINCIPIS D'INTEGRACIÓ DEL TREBALL ENTRE IGUALS

SECCIÓ 1- PRINCIPIS BÀSICS D'INTEGRACIÓ INSTITUCIONAL DEL TREBALL ENTRE IGUALS

1. Suport entre iguals i integració dins dels equips

En aquest model, les persones treballadores iguals **s'integren activament dins dels equips** en lloc de treballar de manera aïllada. Contribueixen a desenvolupar **pràctiques orientades a la recuperació** i garanteixen que el coneixement derivat de l'experiència viscuda s'incorpori als processos de l'equip.

Aspectes clau:

- Els equips estableixen **acords per integrar i aprofitar el coneixement de l'experiència viscuda.**
- Les persones treballadores iguals tenen un rol actiu, compartint experiències per generar **confiança i comprensió.**
- El **rol de persona treballadora igual està clarament definit** per a tots els membres de l'equip, per facilitar una col·laboració efectiva.

2. Supervisió i desenvolupament continu

Les persones treballadores iguals reben suport mitjançant **processos continus de desenvolupament professional,** incloent-hi espais **d'intervisió** i **jornades anuals de formació.** Això els permet millorar les seves competències, reforçar l'enfocament orientat a la recuperació i mantenir-se implicats en el seu rol.

Aspectes clau:

- Fomenta **l'aprenentatge continu** i el desenvolupament de competències.
- Dona suport a una contribució efectiva als **resultats de l'equip i de les persones ateses.**

UNITAT 2- PRINCIPIS D'INTEGRACIÓ DEL TREBALL ENTRE IGUALS

SECCIÓ 1- PRINCIPIS BÀSICS D'INTEGRACIÓ INSTITUCIONAL DEL TREBALL ENTRE IGUALS

3. Avaluació basada en resultats

Les competències de les persones treballadores iguals s'avaluen a partir de **resultats específics**, garantint que les seves contribucions siguin significatives i professionals.

Aspectes clau:

- L'avaluació se centra en àmbits com el **suport a la recuperació**, la **creació d'oportunitats de recuperació grupal i la promoció de la inclusió i la igualtat de drets.**
- Les persones responsables de l'equip **avaluen el rendiment**, amb el suport de l'Oficina de Recuperació quan és necessari.
- Es garanteix que les persones treballadores iguals **contribueixin de manera efectiva mantenint els límits professionals.**

Aquest enfocament reforça la **integració estructurada, la claredat de rols i la responsabilitat dins de l'equip.**

4. Suport organitzatiu i flexibilitat

L'Annex proporciona **flexibilitat** perquè les persones treballadores iguals puguin compaginar la seva experiència viscuda amb les responsabilitats professionals. El reconeixement i el desenvolupament de competències **s'adapten a cada persona**, permetent un creixement ajustat a les seves necessitats.

Aspectes clau:

- Dona suport a un **itinerari de desenvolupament personalitzat.**
- Fomenta un **entorn de treball inclusiu** que valora l'experiència viscuda.
- Promou una **cultura d'aprenentatge continu** i desenvolupament professional.

UNITAT 2- PRINCIPIS D'INTEGRACIÓ DEL TREBALL ENTRE IGUALS

SECCIÓ 1- PRINCIPIS BÀSICS D'INTEGRACIÓ INSTITUCIONAL DEL TREBALL ENTRE IGUALS

Resultats i impacte

L'enfocament de HVO-Querido ha aconseguit una forta integració professional de les persones treballadores iguals, garantint que puguin utilitzar la seva experiència viscuda de manera eficaç i segura.

Aspectes clau:

- El marc permet que **les persones treballadores iguals** contribueixin de manera significativa sense quedar desbordades per les demandes emocionals.
- Combina l'experiència **viscuda amb la formació professional** per donar suport a les persones ateses, mantenint el benestar i la integritat.
- Crea un entorn on les persones treballadores iguals són **valorades, acompanyades i apoderades.**
- Fomenta un lloc de **treball inclusiu, empàtic i orientat** a la recuperació, amb beneficis tant per a les persones treballadores iguals com per a les persones ateses.

Aquest enfocament demostra com el suport i el reconeixement estructurats poden maximitzar **l'impacte i la sostenibilitat** del treball entre iguals.



UNITAT 2- PRINCIPIS D'INTEGRACIÓ DEL TREBALL ENTRE IGUALS

SECCIÓ 1- PRINCIPIS BÀSICS D'INTEGRACIÓ INSTITUCIONAL DEL TREBALL ENTRE IGUALS

Exemple de bona pràctica: Treball entre iguals a Crescer, Lisboa (Portugal) – Reunions entre iguals

Les reunions promouen **compartir experiències**, **suport mutu i empoderament** entre iguals que **enfronten desafiaments** similars, en un entorn segur. Tal com descriu una persona treballadora igual: "*És un espai molt particular i íntim.*"

Objectius de les reunions entre iguals:

- **Suport mutu:** crear un espai on les persones participants es puguin donar suport, compartir experiències i oferir consells pràctics.
- **Apoderament:** ajudar les persones participants a prendre el control de les seves vides i a prendre decisions informades sobre la salut, el benestar i la conducta laboral.
- **Reducció de danys:** promoure pràctiques de reducció de danys en el consum de substàncies i en la gestió del temps d'oci, incloent-hi nits i caps de setmana.
- **Inclusió social:** enfortir les relacions entre iguals i la inclusió comunitària, ajudant les persones participants a accedir a serveis i recursos per millorar la seva qualitat de vida.

UNITAT 1 – TREBALL ENTRE IGUALS: ROLS I PERFILS

SECCIÓ 2 - QUÈ ÉS EL TREBALL ENTRE IGUALS?

Què es fa a les reunions entre iguals?

- **Es comparteixen experiències:** Els i les participants comparteixen les seves experiències i desafiaments,intercanviant suport i consells pràctics.
- **S'analitzen temes rellevants:** Els i les participants exploren temes relacionats amb salut i benestar, encoratjant la reflexió crítica i el diàleg.
- **Es planifiquen accions:** Els i les participants proposen comportaments per millorar qualitat de vida, el benestar, i procediments al lloc de treball.
- **Suport emocional:** Els i les participants es proporcionen suport emocional, constitueixen llaços d'amistat i estenen la seva xarxa de suport més enllà de la feina a través d'activitats com ara programes de cap de setmana o sopars.



UNITAT 2- PRINCIPIS D'INTEGRACIÓ DEL TREBALL ENTRE IGUALS

SECCIÓ 1- PRINCIPIS BÀSICS D'INTEGRACIÓ INSTITUCIONAL DEL TREBALL ENTRE IGUALS

Resultats i impacte:

- **Integració de professionals iguals:** aquestes reunions poden ser una bona pràctica per a la integració de professionals iguals, que poden oferir suport i orientació als participants, ja que tenen reptes diferents dels d'altres professionals.
- **Coneixement més profund de l'organització:** aquestes reunions poden ampliar el coneixement de la filosofia de treball de l'organització, així com dels diversos projectes existents, procediments, drets i deures dins la institució.
- **Reducció de prejudicis i estigma:** aquestes reunions poden ajudar a reduir l'estigma i els prejudicis que de vegades existeixen entre professionals iguals i no iguals o entre diferents punts de vista. Tenint en compte que la intolerància i la ignorància estan íntimament relacionades, la intolerància sovint sorgeix del desconeixement, la manca de comprensió de les diferències i dels altres.

En resum, les reunions entre iguals es consideren una bona pràctica dins de l'organització, ja que promouen el **suport mutu.**

UNITAT 2 – PRINCIPIS D'INTEGRACIÓ DEL TREBALL ENTRE IGUALS

SECCIÓ 1- PRINCIPIS BÀSICS D'INTEGRACIÓ INSTITUCIONAL DEL TREBALL ENTRE IGUALS

ACTIVITAT 5.4: EXPLORANT LES PRINCIPALS TENSIONS EN EL TREBALL ENTRE IGUALS

50 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.



Objectiu

Explorar les tensions professionals habituals en el treball entre iguals, reflexionar sobre diferents maneres d'afrontar-les i augmentar la consciència sobre els límits, les necessitats de suport i la pràctica informada pel trauma en la integració del treball entre iguals.

Materials necessaris

- Targetes impreses de tensions (una tensió per targeta) — **per a aquest material, consultar el toolkit**
- Fulls grans o paper de pissarra
- Retoladors
- Preguntes guia (impreses o projectades)

Resultats esperats

- Major comprensió de les tensions clau en la integració del treball entre iguals
- Reconeixement que els dilemes sovint no tenen una única "resposta correcta"
- Major consciència de la importància de la supervisió, els límits i el suport organitzatiu
- Llenguatge compartit per abordar situacions professionals complexes en el treball entre iguals

UNITAT 2 – PRINCIPIS D'INTEGRACIÓ DEL TREBALL ENTRE IGUALS

SECCIÓ 1- PRINCIPIS BÀSICS D'INTEGRACIÓ INSTITUCIONAL DEL TREBALL ENTRE IGUALS

ACTIVITAT 5.4: EXPLORANT LES PRINCIPALS TENSIONS EN EL TREBALL ENTRE IGUALS

50 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Activitat

Pas 1 Treball en grups petits

Cada grup analitza la tensió que se li ha assignat utilitzant les següents preguntes clau que serveixen de guia:

- Què implica aquesta tensió a la feina entre iguals?
- Com es podria manifestar aquesta tensió a la pràctica diària?
- Per què aquesta situació suposa un repte per a les persones treballadores iguals?
- Quins riscos comporta (per al company o companya igual, persones usuàries o equip?
- Quin tipus de suport, acords o estructures ajuden a gestionar aquesta tensió?

Com utilitzar la targeta de tensió

Llegiu junts:

- Quina és la tensió?
- Per què això és un desafiament?

Resultats per a cada grup

Anoteu les idees clau en el paper del rodafoli:

- El nucli de la tensió
- 1-2 exemples concrets o reconeixibles
- Quina ajuda o què es necessita per gestionar l'estrès de manera segura?



UNITAT 2 – PRINCIPIS D'INTEGRACIÓ DEL TREBALL ENTRE IGUALS

SECCIÓ 1- PRINCIPIS BÀSICS D'INTEGRACIÓ INSTITUCIONAL DEL TREBALL ENTRE IGUALS

ACTIVITAT 5.4: EXPLORANT LES PRINCIPALS TENSIONS EN EL TREBALL ENTRE IGUALS

50 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Activitat

Pas 2: Compartir idees

Cada grup fa una breu presentació de 2 a 3 minuts:

- La tensió assignada
- Els principals desafiaments que van identificar
- Formes clau de suport o bones pràctiques

Resum

Reflexió col·lectiva

- Quines tensions resulten més familiars o rellevants?
- Què ens diuen aquestes tensions sobre la complexitat del treball entre iguals?
- Què necessiten les persones treballadores iguals per mantenir-se segures, rebre suport i exercir les seves funcions de manera sostenible?
- Quin paper tenen les organitzacions i els equips en el suport?
- Quins exemples o bones pràctiques ajuden a abordar aquestes tensions?



HOME4HEALTH MOOC

MÒDUL 6:
PERSPECTIVA POLÍTICA EUROPEA SOBRE LA FALTA D'HABITATGE I LA DEFENSA DE DRETS

DESCRIPCIÓ GENERAL DEL MÒDUL

Unitat 1: Comprendre la falta d'habitatge

Secció 1: Introducció al curs i presentació dels participants

Secció 2: Definició de les tipologies de persones sense llar

Secció 3: Causes de la manca d'habitatge

Secció 4: Enfocaments per abordar la manca d'habitatge

Unitat 2: Polítiques públiques i defensa de drets

Secció 1: Polítiques públiques

Secció 2: Definició de política pública

Secció 3: Promoció del canvi sistèmic a l'àmbit de la manca d'habitatge

Secció 4: Llenguatge utilitzat i comunicació sobre la manca d'habitatge

UNITAT 1:

COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

UNITAT 1 - RESULTATS DE L'APRENENTATGE I OBJECTIUS

Coordinated by: ABD
In partnership with: CPES CER, HVO QUERIDO, Cork Simon
Co-funded by the European Union
2023-1-ES01-KA220-VET-000165764

a) Objectius i resultats de l'aprenentatge

- Definir la manca d'habitatge i les seves diverses formes en diferents cultures i països, i explicar el concepte d'incidència i defensa de drets (*advocacy*) a la pràctica professional.
- Identificar les principals causes i factors que contribueixen al sensellarisme a nivell mundial, incloent-hi influències econòmiques, socials, de gènere i polítiques.
- Analitzar les polítiques i els enfocaments globals per abordar la falta d'habitatge, i destacar els factors que influeixen en exemples exitosos i no exitosos.
- Aplicar el llenguatge i la terminologia de millors pràctiques en abordar el problema de les persones sense llar per comprendre'n l'impacte en les persones i les comunitats.

b) Competències abordades

- Competència cultural: Comprendre i respectar les diverses experiències de les poblacions sense llar a diferents països i cultures, inclosos els factors estructurals, sociopolítics i culturals, per dissenyar campanyes d'incidència eficaces.
- Competència de gènere: Comprendre i respectar les diverses experiències de les poblacions sense llar segons el gènere.
- Habilitats analítiques: Analitzar dades, tendències i factors conductuals, socials i polítics relacionats amb la manca d'habitatge per identificar patrons, desigualtats i oportunitats de incidència, i per desenvolupar estratègies estructurades.
- Pensament crític: Avaluar l'eficàcia de les respostes a la manca d'habitatge a nivell mundial i considerar solucions específiques per a cada context.
- Habilitats de comunicació:Comunicar eficaçment informació rellevant sobre la manca d'habitatge a públics diversos per promoure l'apoderament i la defensa dels drets.

UNITAT 1:

SECCIÓ 1

INTRODUCCIÓ AL CURS I PRESENTACIÓ DE LES PERSONES PARTICIPANTS

UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 1 - INTRODUCCIÓ AL CURS I PRESENTACIÓ DE LES PERSONES PARTICIPANTS

ACTIVITAT 6.1 - “POSA'T AL LLOC D'UNA ALTRA PERSONA”

10 -15 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Objectiu

Fomentar l'empatia i la conscienciació sobre la manca d'habitatge mitjançant l'exploració de les percepcions personals i les associacions amb conceptes relacionats.

Preparació

Prepara una llista de paraules relacionades amb la manca de llar per dir en veu alta durant l'activitat. Paraules suggerides: Llar; Seguretat; Menjar; Carrer; Refugi; Comunitat; Suport; Supervivència; Aïllament; Esperança



UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 1 - INTRODUCCIÓ AL CURS I PRESENTACIÓ DE LES PERSONES PARTICIPANTS

ACTIVITAT 6.1 - "POSA'T AL LLOC D'UNA ALTRA PERSONA"

10 -15 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.



Activitat

- Demaneu als participants que s'asseguin còmodament i expliqueu-los que direu una paraula en veu alta i que ells han de respondre amb la primera que els vingui al cap.
- Passeu la paraula pel grup (o, si és en línia, feu que els participants escriguin les seves respostes al xat) per a cada paraula.
- Mantingueu les respostes breus i espontànies; no hi ha respostes correctes ni incorrectes.

Breus reflexions

Després d'haver completat la llista de paraules, convida els participants a reflexionar breument:

- Quines paraules van generar les reaccions més intenses?
- Algú va identificar patrons o respostes sorprenents?
- Com poden influir aquestes associacions en la manera com pensem sobre el sensellarisme?

Tancament

- Opcionalment, obriu una breu discussió on els participants comparteixin reflexions o idees.
- Subratlleu els temes comuns i fomenteu un diàleg respectuós.
- Concloeu emfatitzant la importància de la consciència, l'empatia i el qüestionament de les suposicions a l'hora d'abordar el sensellarisme.

UNITAT 1:

SECCIÓ 2

DEFINICIÓ I TIPUS DE PERSONES SENSE LLAR

UNITAT 1 - COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - DEFINICIÓ I TIPUS DE PERSONES SENSE LLAR

A. Definicions bàsiques

La manca d'habitatge és un fenomen social multifacètic que va més enllà de la simple manca d'una realitat física. Implica l'absència d'un habitatge estable, segur i adequat, i sovint s'associa amb vulnerabilitat econòmica, exclusió social i accés limitat a serveis essencials. Tot i que no hi ha una definició única i consensuada a nivell mundial, diverses institucions oficials han proporcionat definicions que ajuden a aclarir qui es considera persona sense llar en matèria de polítiques, investigació i prestació de serveis.

Amb fins estadístiques, les Nacions Unides [1] identifiquen les persones en situació de sensellarisme com aquelles que no comptaven amb un refugi que es pogués considerar un habitatge, carregaven amb les seves escasses pertinences i dormien en carrers, portals o altres llocs no destinats a l'habitació. Això posa en relleu la més visible forma de manca d'habitatge tal com s'experimenta en molts contextos a nivell mundial.

[1] Unitated Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat). (2010). Habitatge adequat per a ciutats sostenibles: una guia de polítiques sobre finançament de l'habitatge urbà (Fitxa informativa núm. 21). Programa de les Nacions Unides per als Assentaments Humans. Recuperat de:
https://unhabitat.org/sites/default/files/documents/2019-05/fact_sheet_21_adequate_housing_final_2010.pdf

UNITAT 1 - COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - DEFINICIÓ I TIPUS DE PERSONES SENSE LLAR

A molts estats membres de l'OCDE, les definicions abasten les persones que dormen al carrer, s'allotgen en albergs d'emergència o temporals, viuen en institucions sense vivenda permanent o resideixen en vivendes no convencionals. Aquestes variacions reflecteixen diferències en les prioritats polítiques, els sistemes de recopilació de dades i els marcs jurídics en els diferents contextos.

" A tota l'OCDE, la manca d'habitatge continua sent un problema persistent, amb més de dos milions de persones que s'estima que la pateixen cada any. Si bé el mesurament de la manca d'habitatge continua millorant, els desafiaments metodològics compliquen la recopilació de dades i la comparació entre països. A més, encara que governs de diferents nivells han implementat estratègies per abordar la manca d'habitatge i han introduït mesures preventives i suport específic per a les persones sense llar, encara queda molt per fer per dissenyar, implementar, avaluar i ampliar polítiques eficaces per combatre la manca d'habitatge. (Kit d'eines de l'OCDE per combatre la manca d'habitatge)".

UNITAT 1 - COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - DEFINICIÓ I TIPUS DE PERSONES SENSE LLAR

B. Marc conceptual de l'ETHOS

Per permetre la comparabilitat a tot Europa, FEANTSA va proposar el sistema ETHOScom un marc conceptual que va més enllà de definicions restrictives (com "persones que dormen al carrer") i abasta tot l´espectre de l´exclusió habitacional.

ETHOS defineix la manca d'habitatge en relació amb l'absència d'una llar, entesa com la manca d'almenys una de les següents tres àmbits:

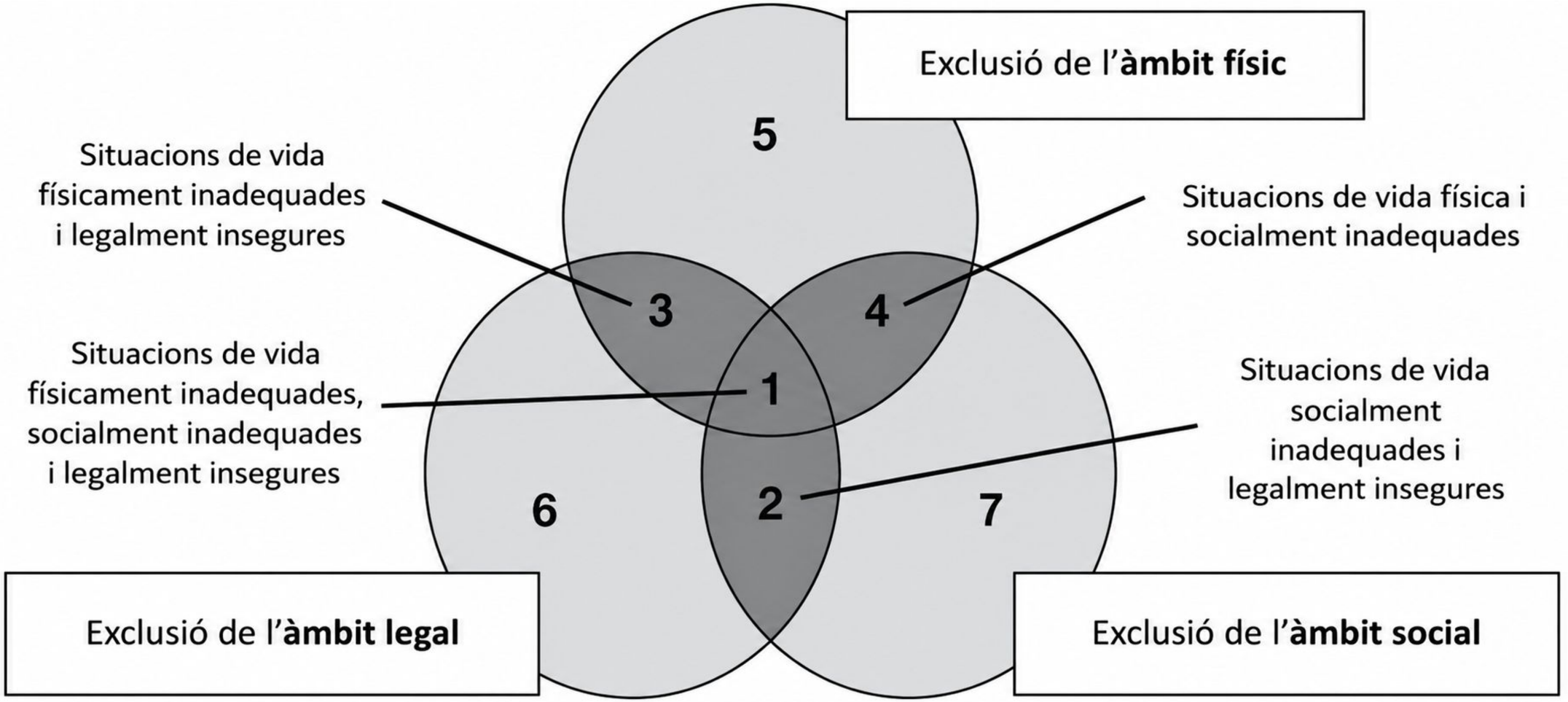
1. **L'àmbit físic:** tenir un habitatge (o espai) adequat on viure.
2. **L'àmbit social:** poder mantenir la privadesa i gaudir de les relacions socials.
3. **El domini jurídic:** tenir un títol legal (per exemple, arrendament, propietat) que garanteixi la seguretat de l'ocupació.

A partir d'aquests dominis (fig. 1) ETHOS identifica quatre categories principals de situacions de vida que constitueixen la manca d'habitatge o l'exclusió habitacional (FEANTSA, 2005):

- Persones sense sostre: Persones que viuen al carrer (per exemple, als carrers o en espais públics).
- Persones sense llar: Persones que es troben en allotjaments d'emergència, albergs, refugis, institucions o altres arranjaments temporals sense un lloc de residència habitual.
- Habitatge precària: Persones que viuen sota l'amenaça de desallotjament, violència domèstica o que no tenen títol legal de propietat.
- Habitatge inadequat: Persones que viuen en habitatges precaris, en condicions d'amuntegament extrem o en habitatges no convencionals (com ara caravanes o estructures temporals).

UNITAT 1 - COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - DEFINICIÓ I TIPUS DE PERSONES SENSE LLAR



UNITAT 1 - COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - DEFINICIÓ I TIPUS DE PERSONES SENSE LLAR

B. Marc conceptual de l'ETHOS

ETHOS no pretén ser una definició legal única→ És una eina per a l'harmonització de polítiques, la investigació i la prestació de serveis.

Adopta un enfocament ampli i inclusiu i ajuda els responsables polítics a reconèixer que la manca d'habitatge no significa només viure als carrers, sinó també de viure en habitatges insegurs o inadequats que impedeixen a les persones gaudir de les funcions bàsiques d'una "llar."

Aquesta perspectiva s'alinea amb el dret a un habitatge adequat, reconegut en instruments internacionals de drets humans, com l'art.25 de la Declaració Universal de Drets Humans i el Comitè de les Nacions Unides de Drets Econòmics, Socials i Culturals (CESCR, General Comment No. 4, 1991).

Les definicions de sensellarisme varien considerablement entre països europeus- reflecteixen diferents marcs jurídics, sistemes de benestar i prioritats polítiques. Aquesta diversitat dificulta la comparació entre països i és una de les raons principals per les quals FEANTSA va desenvolupar la tipologia ETHOS, que ofereix un marc conceptual comú.

[1] Amore, K., Baker, M., & Howden-Chapman, P. (2011, January). The ETHOS Definició and Classification of Homelessness: An Analysis. Retrieved from ResearchGate. Retrieved from:
https://www.researchgate.net/figure/Model-for-defining-a-population-as-homeless-housing-excluded-or-adequately-housed_fig2_265799835

UNITAT 1 - COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - DEFINICIÓ I TIPUS DE PERSONES SENSE LLAR

C. ETHOS Light

Reconeixent que no tots els Estats membres poden recopilar dades sobre tota la tipologia ETHOS, FEANTSA i l'Observatori Europeu sobre la manca d'habitatge van proposar posteriorment una versió simplificada→ ETHOS Light, que utilitza el Sistema Estadístic Europeu i molts governs per monitoritzar la manca d'habitatge (Busch-Geertsema, 2010).

ETHOS Light se centra en un conjunt més reduït de categories operatives, en particular persones sense llar, allotjament d'emergència, albergs, institucions i arranjaments temporals.







UNITAT 1 - COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - DEFINICIÓ I TIPUS DE PERSONES SENSE LLAR

D. Definicions als països europeus

A Espanya no existeix una definició legal nacional única de sensellarisme. L'Institut Nacional d'Estadística (INE) fa enquestes a *persones sense llar*, principalment aquelles que utilitzen albergs o serveis socials.

L'Estratègia Nacional per a les Persones sense Llar del 2015 va adoptar una definició similar a la d'ETHOS Light, que abasta les persones que viuen al carrer, albergs d'emergència, albergs de llarga durada o institucions sense alternatives d'habitatge. Tot i això, l'exclusió de l'habitatge en general, com l'habitatge precària o inadequat, no sol incloure's en les estadístiques oficials.

A Irlanda la Llei d'Habitatge de 1988 defineix la manca d'habitatge com a tal. Una persona es considera sense llar si no disposa d'un habitatge que pugui ocupar raonablement, viu en una institució per manca d'habitatge o no es pot costejar un habitatge amb els recursos propis. La definició també inclou la "manca d'habitatge ocult", que inclou les persones que viuen temporalment o de manera precària amb amics o familiars, les persones que dormen al carrer i les que es troben a institucions.



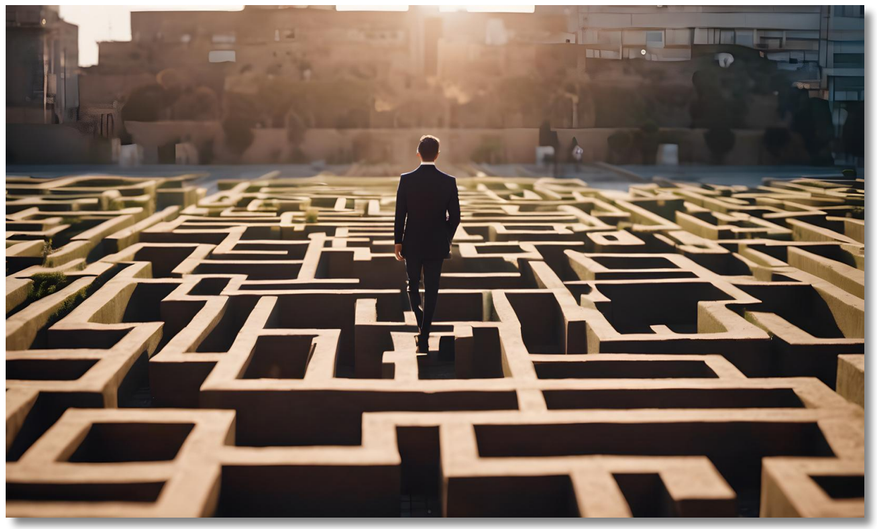
UNITAT 1 - COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - DEFINICIÓ I TIPUS DE PERSONES SENSE LLAR

D. Definicions als països europeus

Portugal s'alinea amb la tipologia ETHOS i ha desenvolupat un marc nacional mitjançant estratègies successives. La més recent, ENIPSSA(2025-2030) aprovat el 2024, canvia l'enfocament de les respostes d'emergència a la prevenció i atenció integral i holística. Inclou sistemes d'alerta primerenca, models de Housing first, habitatge temporal i compartit, assistència al carrer, suport a l'ocupació i serveis de salut mental.

ENIPSSA es dirigeix a grups vulnerables com les persones grans, les persones amb discapacitat, les migrants, les comunitats romaneses, les persones LGBTI i les persones amb problemes de consum de substàncies o de salut mental. Tot i això, la definició operativa de persones sense llar a Portugal vigent segueix limitada: Cobreix únicament persones sense sostre (al carrer) o sense llar (en refugis temporals). S'exclouen les persones en situació d'extrema vulnerabilitat habitacional, com víctimes de violència domèstica, persones a la presó o institucions sense plans d'habitatge, o famílies que viuen en habitatges precaris. Això limita la planificació preventiva i la intervenció primerenca.



UNITAT 1 - COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - DEFINICIÓ I TIPUS DE PERSONES SENSE LLAR

D. Definicions als països europeus

L'Oficina Central d'Estadística (CBS) dels Països Baixos històricament definia la manca d'habitatge de manera restrictiva: adults de 18 a 65 anys sense residència permanent, incloent-hi persones que dormen al carrer, usuaris d'albergs nocturns, persones en allotjaments no convencionals o que s'allotgin temporalment amb amics o familiars. Això excluia a menors d'edat, adults grans, persones que surten d'institucions i aquelles que enfronten un desallotjament o no tenen registre civil.

El 2023, un cens nacional basat en ETHOS per l'Universitat d'Utrecht i Kansfonds, va ampliar la definició per incloure l'habitatge ocult i la inseguretat habitacional aguda. Els primers resultats mostren que la manca de vivenda està més estesa del que suggerien les estadístiques de la CBS. Les polítiques estan passant de definicions basades en la visibilitat a una comprensió més àmplia i alineada amb ETHOS.

Irlanda compta amb una definició legal relativament àmplia, encara que el mesurament operatiu és més restrictiu. Espanya i Portugal es basen en definicions estratègiques similars a ETHOS Light, centrant-se en les persones sense llar visibles. Els Països Baixos històricament van utilitzar una definició restrictiva basada en la visibilitat, però ara estan adoptant un enfocament més ampli basat en ETHOS. Cap aplica plenament el marc ETHOS a la seva legislació, però ETHOS serveix de base per a les polítiques i proporciona una referència per a la comparabilitat europea.

UNITAT 2 – PRINCIPIS D'INTEGRACIÓ DEL TREBALL ENTRE IGUALS

SECCIÓ 1- PRINCIPIS BÀSICS D'INTEGRACIÓ INSTITUCIONAL DEL TREBALL ENTRE IGUALS

ACTIVITAT 6.2 - FÒRUM DE VÍDEO AMB EXEMPLES DE DIFERENTS TIPUS DE SENSELLARISME (1)

30 - 40 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Objectiu

Obtenir informació directa sobre els diferents tipus i causes de la manca d'habitatge a través de relats de primera mà i exemples de la vida real.

Preparació

Vídeos a visionar:

- Quins factors impulsen l'augment de la manca d'habitatge i què pot fer la UE?
- Mercat laboral dels Països Baixos: Milers de treballadors migrants acaben sense llar.
- Context irlandès: Perfil i magnitud de la manca d'habitatge a Irlanda



UNITAT 2 – PRINCIPIS D'INTEGRACIÓ DEL TREBALL ENTRE IGUALS

SECCIÓ 1- PRINCIPIS BÀSICS D'INTEGRACIÓ INSTITUCIONAL DEL TREBALL ENTRE IGUALS

ACTIVITAT 6.2 - FÒRUM DE VÍDEO AMB EXEMPLES DE DIFERENTS TIPUS DE SENSELLARISME (1)

30 - 40 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Activitat

Mira els vídeos i fes-te les preguntes de reflexió següents:

- Quins aspectes de la manca d'habitatge et van cridar més l'atenció als vídeos?
- Alguna de les històries o exemples va posar en dubte les teves idees preconcebudes sobre la manca d'habitatge?
- Quins tipus de persones sense llar (sense sostre, sense vivenda, vivenda precària, vivenda inadequada) van ser els més visibles o destacats en els vídeos?
- Quins factors socials, econòmics o polítics que contribueixen a la manca de vivenda has observat?
- Com es comparen les experiències de les persones a diferents països europeus?
- Quines formes de suport o intervencions es destaquen i quins van semblar més efectives?
- Com van reflectir els vídeos l'impacte humà de la manca d'habitatge més enllà del fet de tenir un lloc on viure?
- Hi ha aspectes que consideris que no es van abordar completament als vídeos?
- Com podria aquesta informació influir en la seva perspectiva o enfocament en parlar o abordar el problema de les persones sense llar?



Tancament

- Destacar els temes comuns i fomentar el diàleg respectuós.
- Concloure emfatitzant les raons subjacents del sensellarisme i oferint missatges d'esperança basats en les metodologies que s'estan utilitzant a tota Europa per afrontar aquesta realitat.

UNITAT 1:

SECCIÓ 3

CAUSES DE LA FALTA D'HABITATGE I PRINCIPALS ESTADÍSTIQUES

UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - CAUSES DE LA FALTA D'HABITATGE I PRINCIPALS ESTADÍSTIQUES

La manca d'habitatge no és el resultat d'una sola causa; més aviat, prové d'una interacció complexa de forces estructurals fallades, sistèmiques i crisis individuals o relacionals.

Principals estadístiques sobre la manca d'habitatge

La manca d'habitatge és un problema social creixent a Europa, que afecta almenys 850.000 persones cada nit, encara que és probable que la xifra real sigui més gran a causa de les formes ocultes de manca d'habitatge.

La manca d'habitatge a la Unió Europea s'ha duplicat amb escreix des del 2009, a causa en gran part de l'augment dels costos de l'habitatge, l'escassetat d'habitatges assequibles, les pressions migratòries i la crisi del cost de la vida.

Els països del sud d'Europa s'han enfrontat a una creixent pressió al mercat de l'habitatge a causa dels alts costos de la mateixa, els mercats impulsats pel turisme i l'escassetat d'habitatges socials, cosa que ha contribuït a l'augment de la manca d'habitatge.

França i Itàlia registren algunes de les xifres més elevades de persones sense llar, concentrades especialment a les grans ciutats, on l'assequibilitat de l'habitatge ha empitjorat significativament.

Espanya i Portugal també s'enfronten a un creixent problema de sensellarisme, vinculat a la inestabilitat habitacional ia l'augment dels preus de l'habitatge urbà, si bé les estimacions varien segons els mètodes de mesura.



UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - CAUSES DE LA FALTA D'HABITATGE I PRINCIPALS ESTADÍSTIQUES

D'acord amb Homeless Hub, aquests tres àmbits, en conjunt, configuren les vies d'entrada i sortida de la situació de sensellarisme.

Factors estructurals

Augmenten el risc de quedar-se sense llar. Entre els factors clau s'hi inclouen la pobresa, l'escassetat de vivendes i la discriminació.

La pobresa dificulta l'accés a necessitats bàsiques com ara habitatge, alimentació i atenció mèdica. Les persones que viuen a la pobresa solen estar a una malaltia, un accident o un sou de quedar-se sense llar.

La manca d'habitatges segurs, assequibles i estables agreuja el problema. Les famílies que destinen més de la meitat dels seus ingressos al lloguer es troben en situació de "necessitat bàsica d'habitatge", cosa que augmenta el risc de perdre-la.

La discriminació per motius desexe/gènere, ètnia, ingressos, discapacitat o orientació sexual també limita l'accés a l'habitatge, l'ocupació i els serveis, cosa que afecta de manera desproporcionada els grups marginats.



UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - CAUSES DE LA FALTA D'HABITATGE I PRINCIPALS ESTADÍSTIQUES

Accés a recursos financers - Els ingressos limitats, les feines mal remunerades o precàries i les deficiències en l'assistència social dificulten que les famílies mantinguin un habitatge i satisfacin les seves necessitats bàsiques.

Suport familiar i social - Les xarxes sòlides de familiars, amics i comunitat ajuden a protegir contra la manca de vivenda. L'aïllament social augmenta la vulnerabilitat, especialment per a les mares solteres que no compten amb cura infantil ni suport emocional.

Sistemes de protecció social - L'habitatge assequible, les prestacions socials, la cura infantil i l'atenció mèdica són fonamentals. Les deficiències en aquests sistemes -com les llistes d'espera per a habitatge, la manca de suport econòmic o la fragmentació dels serveis- augmenten el risc de quedar-se sense llar i redueixen la capacitat de recuperació.



***FEANTSA** destaca la particular vulnerabilitat de les mares en solitarii les llars monoparentals: més alt risc de perdre l'habitatge a causa de factors econòmics, socials i polítics.*

UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - CAUSES DE LA FALTA D'HABITATGE I PRINCIPALS ESTADÍSTIQUES

Errors del sistema

Fins i tot, els riscos controlables poden provocar la manca d'habitatge quan les institucions no responen adequadament. Homeless Hub destaca que les deficiències en els sistemes de benestar infantil, atenció mèdica, salut mental i penitenciaris són factors que hi contribueixen de manera important.

Per exemple, les persones joves que surten del sistema d'acollida solen no tenir suport per a la transició a la vida autònoma, cosa que incrementa la seva vulnerabilitat. De la mateixa manera, les persones donades d'alta d'hospitals, centres psiquiàtrics o presons sense plans d'allotjament coordinats sovint acaben en situació de sense llar.

Les mancances sistèmiques també afecten les persones immigrants, refugiades i migrants internes. L'accés limitat al suport lingüístic, jurídic o laboral augmenta el risc de perdre un habitatge estable.



UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

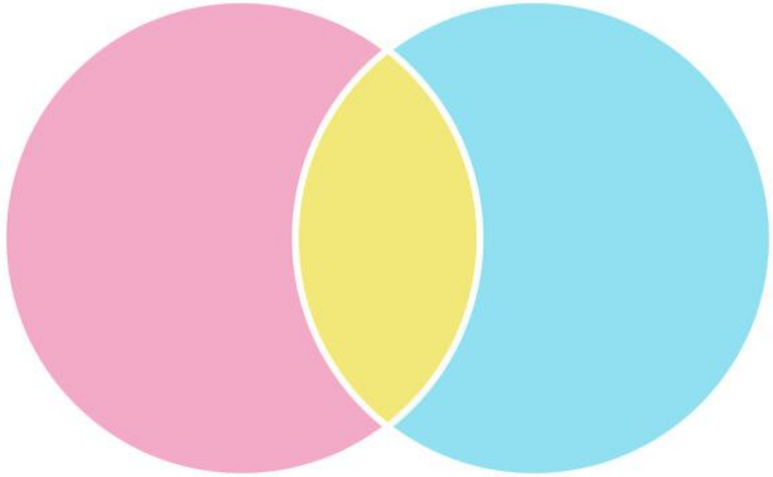
SECCIÓ 3 - CAUSES DE LA FALTA D'HABITATGE I PRINCIPALS ESTADÍSTIQUES

Opressions superposades: gènere, orientació sexual i manca de vivenda

La manca d'habitatge sol coincidir amb altres formes d'exclusió social, com la desigualtat de gènere, la situació migratòria, els problemes de salut i la discriminació per orientació sexual o identitat de gènere, cosa que intensifica la inseguretat habitacional.

La manca d'habitatge entre les dones està augmentant i sovint roman amagada a causa de factors com la violència de gènere, la dependència econòmica i les responsabilitats de cura.

Aquests patrons mostren que la manca d'habitatge reflecteix desigualtats socials més àmplies, cosa que subratlla la necessitat de polítiques d'habitatge i suport que tinguin en compte el gènere i la inclusió de les persones LGBTI.



UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - CAUSES DE LA FALTA D'HABITATGE I PRINCIPALS ESTADÍSTIQUES

Circumstàncies personals i problemes relacionals

Les circumstàncies individuals i la dinàmica de les relacions poden desencadenar la manca d'habitatge, especialment quan hi ha vulnerabilitats. Esdeveniments traumàtics com la pèrdua de l'ocupació, la mort d'éssers estimats, la migració forçada, la ruptura familiar, els problemes de salut mental i la violència familiar o de gènere són factors desencadenants comuns.

La violència intrafamiliar i de gènere són causes especialment urgents de manca d'habitatge per a les dones i els joves, que sovint han d'abandonar les llars ràpidament sense suport ni alternatives segures.

Els problemes de salut mental i els trastorns per consum de substàncies també augmenten la vulnerabilitat. Entre les persones sense llar a països d'alts ingressos, al voltant del 76% pateix un trastorn mental, el 44% un trastorn per consum de substàncies, el 19% pateix depressió major i el 7% presenta trastorns de l'espectre de l'esquizofrènia.



UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - CAUSES DE LA FALTA D'HABITATGE I PRINCIPALS ESTADÍSTIQUES

Causes que s'intersecten: una xarxa complexa

La manca d'habitatge rares vegades és resultat d'un sol factor. Sorgeix a la intersecció de desigualtats estructurals, escàs suport social i xarxes de seguretat inadequades. La pobresa, la discriminació i la inseguretat laboral generen vulnerabilitat, mentre que les deficiències en la protecció social i el suport familiar escàs eliminen les xarxes de seguretat que podrien prevenir la pèrdua de l'habitatge. Les maresen solitari oper exemplees veuen particularment afectades, ja que han d'afrontar aquests desafiaments alhora que tenen cura dels seus fills.

La majoria de les experiències individuals múltiples factors superposats- factors estructurals, sistèmics i personals- que es combinen en cascada. Els factors estructurals estableixen el context, les falles del sistema eliminen les xarxes de seguretat i les crisis personals o relacionals sovint porten les persones a la indigència.



UNITAT 1:

SECCIÓ 4

ENFOCAMENTS PER ABORDAR LA FALTA D'HABITATGE

UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - ENFOCAMENTS PER ABORDAR LA FALTA D'HABITATGE

Les respostes eficaces al sensellarisme milloren el benestar, promouen la cohesió social i redueixen els costos públics en sanitat i serveis d'emergència.

Aquest problema es relaciona amb la desocupació, els problemes de salut mental, el consum de substàncies, la discriminació i les desigualtats sistèmiques, fet que el converteix en un problema complex i multidimensional que requereix solucions coordinades i basades en l'evidència.

Atancaments

Per abordar el problema de les persones sense llar, els responsables polítics, els proveïdors de serveis i les comunitats utilitzen múltiples estratègies:

- **Prevenció** – reduir el risc de pèrdua de l'habitatge.
- **Intervencions en crisi** –responent necessitats urgents.
- **Habitatges temporals i transitoris** – proporcionant estabilitat i suport.
- **Solucions d'habitatge a llarg termini** – com ara Housing First o habitatges de suport permanent, que promouen l'estabilitat sostinguda i la integració social.

Cada enfocament redueix la incidència, la durada i la recurrència de la manca d'habitatge, alhora que adapta el suport a les circumstàncies de les persones i les famílies.



UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - ENFOCAMENTS PER ABORDAR LA FALTA D'HABITATGE

Desafiaments

Entre els reptes principals hi ha la identificació de les persones en risc, la coordinació intersectorial, l'atenció a les necessitats interrelacionades (per exemple, salut mental o consum de substàncies) i la garantia que les solucions d'habitatge siguin assequibles i accessibles. Les respostes integrals requereixen la integració de polítiques, pràctiques i la participació comunitària.

Mesurament del progrés

El *Centre for Homelessness Impact* defineix que la fi de la manca d'habitatge passa per prevenir-la sempre que sigui possible i aconseguir que sigui poc freqüent, breu i no recurrent quan passi. El progrés es mesura a través de vuit indicadors clau, inclosa la prevalença de la indigència perllongada i recurrent.



UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - ENFOCAMENTS PER ABORDAR LA FALTA D'HABITATGE

PREVINGUT	RAR	BREU	NO RECURRENT
P1 Nombre de noves persones que dormen al ras	R1 Nombre de persones que dormen al ras	B1 Nombre de persones que experimenten dormir al ras a llarg termini	NR1 Nombre de persones que tornen a dormir al ras
P2 Nombre de persones que dormen al ras després de rebre l'alta d'institucions	R2 Nombre de persones que dormen al ras que han accedit a un allotjament	B2 Nombre de nits que s'ha vist persones que dormen al ras	NR2 Nombre de persones que dormen al ras que anteriorment havien accedit a un allotjament estable

Extret de https://www.homelessnessimpact.org/ending-homelessness-framework-england

UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - ENFOCAMENTS PER ABORDAR LA FALTA D'HABITATGE

La prevenció com a primer enfocament

Peter Mackie (Universitat de Cardiff) i Suzanne Fitzpatrick (Universitat Heriot-Watt) han desenvolupat un marc per a la prevenció de la manca d'habitatge, destacant com les polítiques públiques poden actuar en diferents etapes de risc (Mackie et al., 2017).





Tipologia de la prevenció de la manca d'habitatge

El marc identifica cinc nivells de prevenció:

Prevenció universal

S'adreça a la població en general per reduir els riscos estructurals i sistèmics mitjançant polítiques com l'habitatge assequible, els subsidis i el suport universal a l'habitatge.

Prevenció dirigida

Se centra en grups vulnerables, com ara joves que abandonen centres d'acollida, persones que surten de presó o víctimes de violència domèstica.

Prevenció de crisis

Intervé durant una crisi d'habitatge per evitar que el desnonament o la ruptura familiar condueixin a la manca d'habitatge.

Prevenció d'emergències

Brinda suport als qui ja dormen al carrer, amb l'objectiu de minimitzar els danys i reduir el temps sense habitatge mitjançant programes de reallotjament ràpid.

Prevenció de la recuperació

Proporciona suport posterior a la situació de sensellarisme, incloent-hi assistència psicosocial, ajuda per al lloguer i integració comunitària per prevenir recaigudes i garantir l'estabilitat a llarg termini.

UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - ENFOCAMENTS PER ABORDAR LA FALTA D'HABITATGE



Fitzpatrick et al., 2021, traducció lliure

UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - ENFOCAMENTS PER ABORDAR LA FALTA D'HABITATGE

Marc de prevenció simplificat

Alguns autors simplifiquen el model de cinc nivells de Mackie a quatre nivells per facilitar-ne l'aplicació en sistemes nacionals com Gal·les o Escòcia: universal, en risc, crisi i crònic.En aquesta versió, “emergència” es fusiona amb crisi, i “recuperació” es fusiona amb crònic.

Prevenció primària

El seu objectiu és prevenir la manca d'habitatge abans que sorgeixi el risc, abordant els factors estructurals i enfortint els sistemes d'habitatge i el benestar social. Les estratègies inclouen:

- Augment de l'habitatge social i públic
- Control de lloguers i protecció dels llogaters
- Polítiques que limiten l'especulació i promouen l'habitatge assequible
- Mesures de reducció de la pobresa, garanties dingressos mínims i suport a les supervivents de la violència de gènere.
- Accés universal als serveis de salut mental, tractament d'addiccions, educació i protecció social.

La prevenció primària sol estar liderada pels governs i redueix el nombre de persones que cauen a la indigència.



UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - ENFOCAMENTS PER ABORDAR LA FALTA D'HABITATGE

Prevenció secundària

Se centra en la intervenció primerenca quan es detecta inestabilitat habitacional. Els mètodes inclouen:

- Identificació primerenca a través de l'atenció mèdica, les escoles, els serveis socials o els serveis per a dones.
- Suport específic per a grups d'alt risc: joves que abandonen el sistema de protecció infantil, persones que surten d'institucions, migrants i refugiats, dones i persones LGBTQ+ que s'enfronten al rebuig o violència familiar.
- Assistència pràctica a curt termini, com a suport per al pagament de lloguers endarrerits, mediació, assessorament legal i ajut financer d'emergència.

Una prevenció secundària eficaç pot aturar els desnonaments, estabilitzar les famílies i reduir la despesa pública.

Prevenció terciària

El seu objectiu és prevenir la reincidència en persones que ja han experimentat la manca de vivenda. Les mesures clau inclouen:

- Habitatges amb suport, com els programes Housing first.
- Serveis de gestió de casos, salut mental i atenció informada sobre el trauma
- Assistència econòmica, vies d'accés a l'ocupació i suport per al lloguer a llarg termini.
- Programes especialitzats per a supervivents de violència domèstica.

La prevenció terciària reconeix que l'habitatge per si mateix és insuficient per a les persones amb necessitats complexes; el suport continu i personalitzat és essencial per a estabilitat a llarg termini.

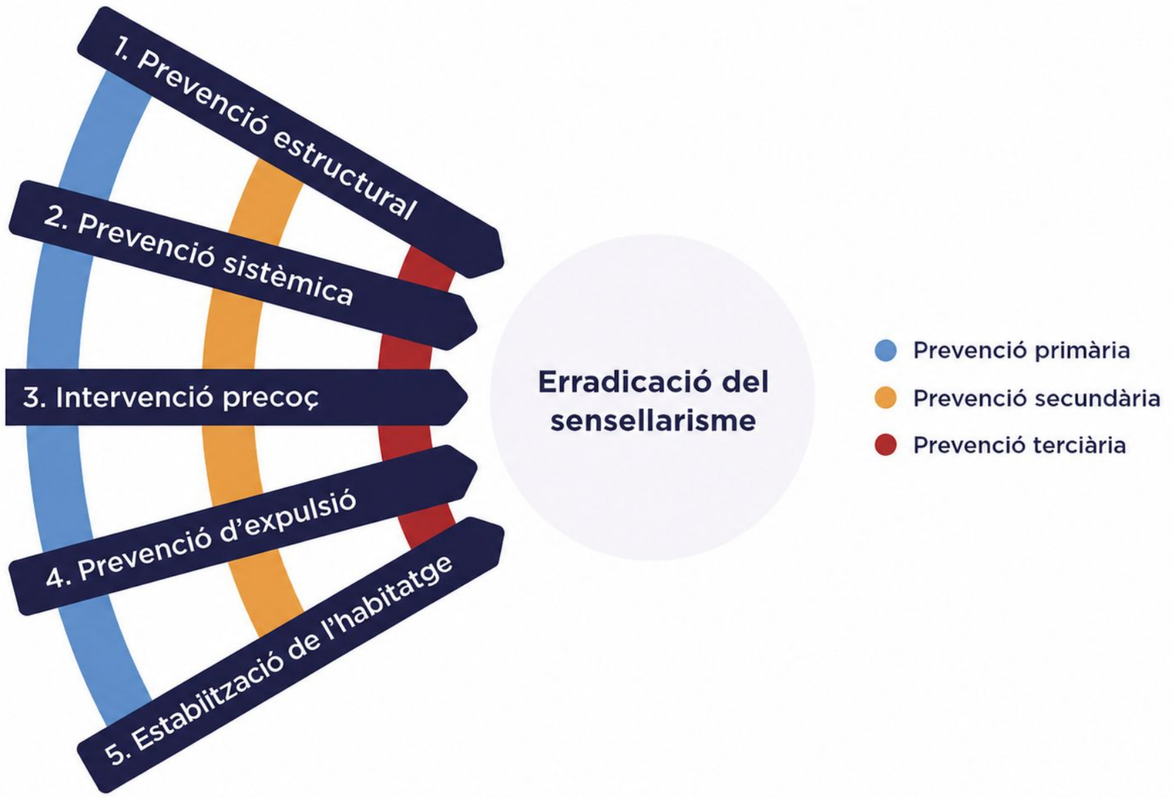
UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - ENFOCAMENTS PER ABORDAR LA FALTA D'HABITATGE

Marcs alternatius

Altres autors, com Dej, Gaetz i Schwan (2020), proposen marcs addicionals que identifiquen múltiples elements interrelacionats necessaris per a una prevenció eficaç de la manca d'habitatge, posant èmfasi en la integració entre polítiques, serveis i supo comunitari.

Extret de: Dej, E., Gaetz, S., & Schwan, K. (2020). Tancant l'aixeta: Una tipologia per a la prevenció del sensellarisme. Revista de Prevenció Primària, 41(5), 397–412. https://doi.org/10.1007/s10935-020-00607-y



UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - ENFOCAMENTS PER ABORDAR LA FALTA D'HABITATGE

Aquests cinc elements abasten les categories tradicionals de prevenció primària, secundària i terciària. Reconeixent que les diferents estratègies poden incorporar aspectes dels tres tipus de prevenció i que calen enfocaments coordinats per abordar la manca d'habitatge en múltiples nivells, aquesta tipologia subratlla que no es tracta d'un fet aïllat, sinó del resultat de complexos factors socials, econòmics i sistèmics; per tant, la prevenció ha de ser igualment integral.

Aquest treball es basa en el model de prevenció de la salut pública (que classifica les intervencions en nivells primari, secundari i terciari segons el risc i el moment de la intervenció) i l'adapta a les polítiques i pràctiques de persones sense llar mitjançant la integració de factors estructurals i de nivell sistèmic, així com estratègies basades en la intervenció.



UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - ENFOCAMENTS PER ABORDAR LA FALTA D'HABITATGE

Resposta davant d'emergències / Intervenció en crisi (1)

Els serveis d'emergència o crisi brinden suport immediat ia curt termini a les persones sense llar, garantint-ne la seguretat, dignitat i la satisfacció de necessitats bàsiques com allotjament, alimentació i higiene→Primera línia de suport mentre es busquen solucions a llarg termini.

A Europa, aquests serveis inclouen: albergs oberts les 24 hores; centres de dia; equips d'assistència al carrer; suport mòbil; allotjament d'emergència proporcionat per les autoritats públiques i la societat civil.

Si bé no són suficients per eradicar la manca d'habitatge per si sols, redueixen els danys immediats i ofereixen vies per accedir a suport i habitatge addicionals.

Els serveis d'emergència com FEANTSA, han de ser accessibles per a tothom, independentment del seu estatus administratiu, i demanen instal·lacions més dignes i obertes les 24 hores, en lloc d'albergs que només obren de nit, per satisfer millor les necessitats integrals de les persones.



UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - ENFOCAMENTS PER ABORDAR LA FALTA D'HABITATGE

Resposta davant d'emergències / Intervenció en crisi (2)

La Declaració de Lisboa (2021) destaca que l'allotjament d'emergència és un dret fonamental: ningú no hauria de dormir a la intempèrie per falta d'un refugi segur i accessible i les persones no haurien de romandre en allotjaments d'emergència o transitoris més temps del necessari, vinculant el suport en situacions de crisi amb estratègies a llarg termini per sortir de la situació de carrer.

Els serveis d'emergència a tot Europa tenen com a objectiu reduir els danys immediats i coordinar l'atenció. A Espanya, la Creu Roja opera unitats mòbils d'emergència que proporcionen aliments, mantes, productes d'higiene i derivacions a refugis. A 2025, 91 unitats en 35 províncies van atendre a més de 22.000 persones, garantint suport ràpid durant períodes de crisi com el clima fred.





UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - ENFOCAMENTS PER ABORDAR LA FALTA D'HABITATGE

Temporary or Transitional Housing (1)

L'allotjament temporal o de transició proporciona allotjament i serveis de suport a curt i mitjà termini a persones que es troben sense llar, però que encara no estan preparades per accedir a un habitatge permanent. Aquesta categoria és més estructurada que els refugis d'emergència i normalment ofereix gestió de casos, suport en habilitats per a la vida quotidiana i vies d'accés a un habitatge estable.

Tot i que les definicions varien segons el context, molts sistemes d'habitatge combinen el que de vegades s'anomena habitatge transitori amb programes de reallotjament ràpid que ajuden les persones a traslladar-se ràpidament a habitatges comunitaris amb suport de durada limitada. Una investigació publicada per l' Urban Institute destaca que els programes conjunts d'habitatge transitori i reallotjament ràpid ajuden a treure les persones de l'aturada sense llar més ràpidament i les connecten amb serveis comunitaris fins i tot després de la seva estada inicial, la qual cosa demostra el paper de les opcions transitòries com a ponts, i no com a destinacions finals, en els sistemes d'atenció a les persones sense llar.



UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - ENFOCAMENTS PER ABORDAR LA FALTA D'HABITATGE

Habitatge temporal o transitori (2)

L'habitatge de transició pot ser especialment important per a les persones que necessiten temps per estabilitzar-se després de viure al carrer, accedir a serveis d'ocupació o iniciar un tractament abans d'accedir a un habitatge de llarga durada. Tot i que els programes de transició no són una solució per si mateixos, tenen una funció vital dins d'un continu que connecta l'acollida d'emergència amb les vies d'accés a l'habitatge permanent.

Per exemple, a Lió, França, s'ha utilitzat habitatge modular temporal com a part del projecte Home Silk Road project, on es van instal·lar unitats d'habitatge prefabricades per allotjar temporalment famílies sense llar en un terreny urbà rehabilitat. Aquestes unitats proporcionen espai habitable privat amb serveis bàsics, i el projecte també integra suport social, cultural i econòmic per facilitar la participació comunitària i la transició cap a un habitatge més estable.

Un exemple notable d'una iniciativa d'allotjament temporal als Països Baixos és Onder de Pannen, un projecte desenvolupat per la Regenbooggroep per fer front al creixent problema de la manca d'habitatge per motius econòmics. El programa emparella persones que de sobte es troben sense llar, sovint a causa de la pèrdua de la feina, la ruptura d'una relació o altres pressions econòmiques, amb residents que tenen una habitació lliure per oferir. Mitjançant una selecció acurada i el suport de la Regenbooggroep, aquestes persones són allotjades en llars particulars durant un màxim de dotze mesos, la qual cosa els proporciona l'estabilitat que necessiten per recuperar el control de les seves vides mentre continuen buscant un habitatge permanent. El projecte funciona en col·laboració amb els ajuntaments locals i les associacions d'habitatge, i ha aconseguit allotjar centenars de persones sense llar per motius econòmics en allotjaments temporals a diverses ciutats neerlandeses.

UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - ENFOCAMENTS PER ABORDAR LA FALTA D'HABITATGE

Housing first / Habitatge de Suport Permanent (1)

Un dels models més eficients per abordar la manca d'habitatge.

Model desenvolupat per Sam Tsemberis (2010), creador del primer programa PathwaysHousingfirsti es basa en la comprensió que un habitatge estable és la base per millorar la salut, la inclusió social i el benestar general.

En eliminar les barreres i els requisits previs que sovint retarden l'accés a l'habitatge, s'ha demostrat que una metodologia Housing first augmenta l'estabilitat habitacional, redueix la dependència dels serveis d'emergència i recolza la recuperació a llarg termini i la reintegració social.

El model prioritza brindar a les persones un habitatge estable i permanent com a primer pas immediat, sense exigir-los que compleixin condicions com la sobrietat, el tractament o l'ocupació. Un cop les persones compten amb un habitatge segur, se'ls ofereixen serveis de suport personalitzats —com atenció de salut mental, tractament per a l'addicció o assistència per a l'ocupació— segons les necessitats i preferències.



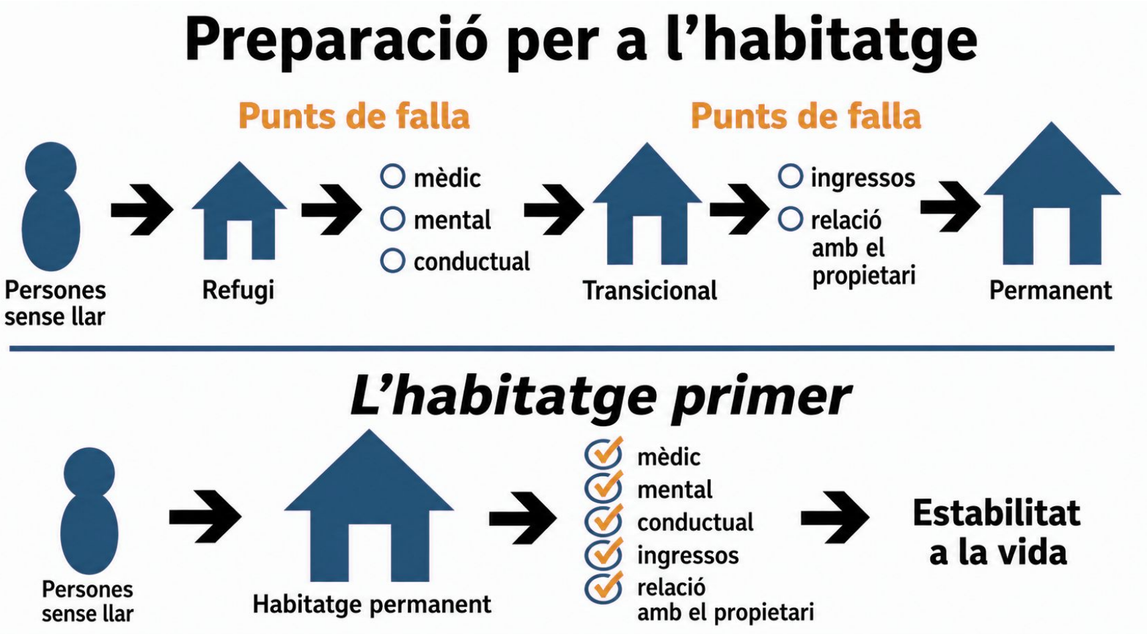
UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - ENFOCAMENTS PER ABORDAR LA FALTA D'HABITATGE

Housing first / Habitatge de Suport Permanent (2)

Les característiques clau del programa Housing first inclouen:

- Habitatges dispersos en apartaments independents i comunitaris.
- Habitatge combinat amb serveis de suport prestats per un equip multidisciplinari, que inclou treballadors parells.
- Compromís a llarg termini: l'equip brinda suport a les persones beneficiàries durant el temps que calgui
- 2 requisits bàsics: Visita domiciliària setmanal del personal del programa i compliment del contracte d'arrendament i acord de pagament del lloguer (normalment el 30% dels ingressos)
- La llibertat d'elecció i l'autodeterminació com a principis fonamentals.



UNITAT 2:

POLÍTIQUES PÚBLIQUES EXITOSES D'INCIDÈNCIA EN LA LLUITA CONTRA LA MANCA D'HABITATGE

UNITAT 2:

SECCIÓ 1

POLÍTICA PÚBLICA

UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 1 - POLÍTICA PÚBLICA

En encoratjar els legisladors a prendre mesures, la incidència pot ser summament eficaç per aconseguir canvis. En innombrables ocasions, els legisladors han declarat inicialment que no podien prendre una mesura específica ni donar suport a un programa concret fins que els defensors van intervenir i van treballar per fer-los canviar d'opinió. Aliança Nacional per acabar amb la manca d'habitatge

Declaració de Lisboa a la Plataforma de Lluita contra la Manca d'Habitatge 2021)

Compromís per acabar amb la manca d'habitatge per al 2030:

Les institucions de la UE, els Estats membres i les parts interessades coincideixen que la manca d'habitatge és inacceptable i es comprometen a treballar per eradicar-lo, d'acord amb el Pilar Europeu de Drets Socials.

Enfocaments de prevenció i centrats a l'habitatge:

Es prioritza la prevenció de la manca d'habitatge i la promoció de solucions d'habitatge estables (especialment el programa "Housing first"), garantint que ningú abandoni les institucions o els serveis d'emergència i acabi en la situació de carrer.

Suport integral basat en els drets:

La manca d'habitatge s'ha d'abordar mitjançant polítiques socials, sanitàries, laborals i d'habitatge coordinades, prestant una atenció especial als grups vulnerables i respectant la dignitat i els drets fonamentals.
EU institutions, Member States and stakeholders agree that homelessness is unacceptable and pledge to work towards eliminating it, in line with the European Pillar of Social Rights.

*En encoratjar els legisladors a prendre mesures, la incidència pot ser summament eficaç per aconseguir canvis. En innombrables ocasions, els legisladors han declarat inicialment que no podien prendre una mesura específica ni donar suport a un programa concret fins que els defensors van intervenir i van treballar per fer-los canviar d'opinió". **Aliança Nacional per acabar amb la manca d'habitatge"***

UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 1 - POLÍTICA PÚBLICA

Drets humans fonamentals i antecedents de les polítiques sobre persones sense llar

Dins de la UE, **les legislacions nacionals sovint incorporen aquests principis centrats** en els drets humans, encara que la implementació varia àmpliament.

Alguns països han codificat la llei la prevenció de la manca d'habitatge, l'accés a l'habitatge i la protecció social, mentre que altres es basen principalment en directrius polítiques sense drets exigibles.

- El reconeixement jurídic és especialment important en general, però també per als grups vulnerables.
- Un marc basat en els drets també emfatitza la rendició de comptes, la participació i la igualtat →**Les polítiques han de ser dissenyades amb persones amb experiència viscuda,** assegurant que les intervencionsreflecteixenles necessitats reals i empoderin les comunitats afectades. → Policies des de la base!

En emmarcar la manca d'habitatge en un context legal i de drets humans, els professionals i els responsables polítics poden brindar suport a les persones actualment, alhora que impulsen un canvi sistèmic i promouen la justícia social.



UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 1 - POLÍTICA PÚBLICA

Drets humans fonamentals i antecedents de les polítiques sobre persones sense llar

La manca d'habitatge no afecta totes les poblacions de la mateixa manera.→ les polítiques públiques han d'estar integrades i utilitzar una **lens interseccional.** El seu objectiu és prevenir deficiències en la prestació de serveis i garantir que les intervencions arribin a persones més vulnerables.

Les polítiques públiques han de considerar les formes en què les **múltiples identitats socials i les desigualtats estructurals s'entrecreuen i augmentan la vulnerabilitat.** (habitatge, salut i serveis socials).

- Les dones migrants i refugiades s'enfronten a barreres lingüístiques, una situació jurídica precària i discriminació que en limiten l'accés tant a l'habitatge com als serveis socials.
- Els adults grans en situació de sensellarisme sovint s'enfronten a desafiaments específics de l'edat, com ara mobilitat limitada, vulnerabilitats de salut i aïllament social → Manca de recursos especialitzats
- Les persones amb discapacitats o malalties cròniques poden requerir suport personalitzat (habitatge accessible, continuïtat de l'atenció mèdica i serveis socials adaptats).
- Les dones que pateixen violència de gèneres'enfronten a capes addicionals de vulnerabilitat, on la inestabilitat de l'habitatge es pot veure afectada pel control financer, la coacció o la necessitat d'escapar d'entorns domèstics insegurs,
- Etc...



Aquest enfocament requereix la recopilació de dades desglossades, la coordinació entre sectors i la participació activa de les comunitats afectades en el disseny de polítiques.

UNITAT 1 – COMPRENDRE LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - ENFOCAMENTS PER ABORDAR LA FALTA D'HABITATGE

Housing first/ Habitatge de Suport Permanent (3)

El programa Housing first tendeix a funcionar millor que els de Preparació per a l'habitatge tradicionals.

Al brindar-lo a les persones en situació de sensellarisme com a primera opció, juntament amb el suport de professionals especialitzats, es redueix l'estrès, així com els riscos per a la salut i la inestabilitat social associats amb la manca d'habitatge perllongat, creant una base sòlida des de la qual poden afrontar altres desafiaments.

Aquesta estabilitat immediata augmenta la permanència a l'habitatge, millora la salut física i mental i disminueix la dependència dels serveis d'emergència i els albergs.

El resultat no només són millors resultats a llarg termini en matèria d'habitatge, sinó també oportunitats per a la reintegració social, el benestar i un ús rendible dels recursos públics.

La investigació demostra consistentment que Housing first és altament eficaç per acabar amb la manca d'habitatge—ajudant aproximadament 8 de cada 10 persones a aconseguir estabilitat d'habitatge a llarg termini— i és més rendible que els refugis d'emergència o els models de tractament primer (Tsemberis, 2010; Polvere et al., 2014).

Els participants també tendeixen a mostrar millores significatives en múltiples àrees de la vida,com la reducció del consum de substàncies, millora de l'adherència al tractament, reconnexió amb els membres de la família i enfortiment de les xarxes de suport social.



UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 1 - POLÍTICA PÚBLICA

Mecanismes d'avaluació i rendició de comptes sobre polítiques i defensa dels drets de les persones sense llar

Les polítiques eficaces requereixen mecanismes d'avaluació sistemàtica i rendició de comptes.

- **Cal vigilar les polítiques** per determinar si estan aconseguint els resultats previstos,
- **Les polítiques han de desenvolupar indicadors clars** com ara la reducció del nombre de persones que dormen al carrer, la transició amb èxit a un habitatge permanent, la millora de l'accés a l'atenció mèdica i als serveis socials, i l'eliminació de les barreres discriminatòries.
- **L'avaluació ha d'incloure dimensions qualitatives.**

Capacitat de resposta de les intervencions a les necessitats específiques de les poblacions marginades.

Experiència d'usuari

Accessibilitat percebuda dels serveis

Combinació d'indicadors quantitatius i qualitatius per obtenir una visió completa de les polítiques que s'estan implementant.

UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 1 - POLÍTICA PÚBLICA

Mecanismes d'avaluació i rendició de comptes sobre polítiques i defensa dels drets de les persones sense llar

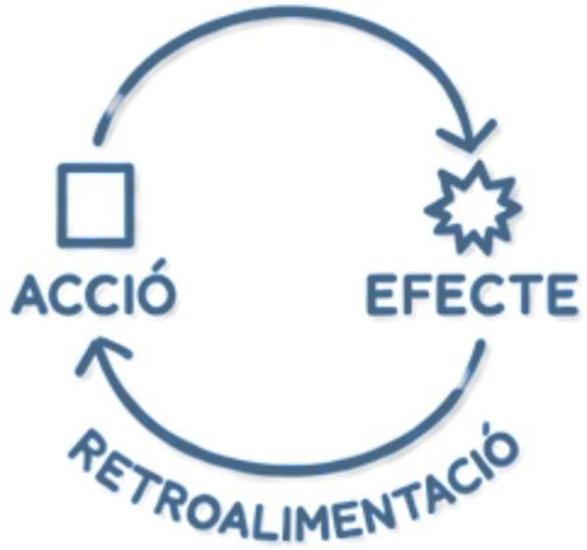
Els mecanismes de rendició de comptes són igualment importants:

- Desenvolupar **estructures d'informes** que permeten als governs, les autoritats locals i els proveïdors de serveis demostrar els avenços aconseguits;
- Dur a terme **auditories independents** que validen els resultats;
- Canals perquè la societat civil i les organitzacions comunitàries proporcionin comentaris o assenyalin deficiències sistèmiques.

Mitjançant l'ús de dades d'avaluació i de recerca basada en evidència es pot:

- impulsar millores en les polítiques;
- identificar i replicar models reeixits;
- garantir que els compromisos adquirits a nivell nacional o europeu es tradueixin en canvis significatius sobre el terreny.

L'avaluació i el retiment de comptes creen un bucle de retroalimentació que enforteix les intervencions i recolza els esforços de promoció i millora els resultats per a les persones sense llar.



UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 1 - POLÍTICA PÚBLICA

Multi -Level Governance and Cross -Sector Collaboration

Les organitzacions de base juguen un paper crucial a l'hora de vincular l'experiència viscuda amb el canvi de polítiques.

Alguns exemples:

- **A Hongria**, el grup d'incidència La ciutat és per a tots, (Per Varos Mindenkié) treballa amb persones que experimenten manca d'habitatge i pobresa habitacional. Els seus esforços han contribuït a situar els problemes d'habitatge al centre del debat públic i influir en les agendes polítiques locals i nacionals. Ho fan mitjançant:
  - aturar els desallotjaments;
  - brindar suport legal a través de grups afiliats;
  - Incorporar la justícia en matèria de vivenda al debat polític nacional.

- **A Portugal**, Hàbitat! – Associació capil·lar orientada a l'hàbitat i la ciutat defen el dret a l'habitatge ia la ciutat, desafiant l'especulació immobiliària i impulsant proteccions legals i mesures polítiques contra els desallotjaments.

  Habitat! participa en coalicions europees → Coalició Europea d'Acció pel Dret a l'Habitatge i la Ciutat.

Iniciatives liderades per les ciutats *- Ilustren com la governança a nivell municipal i regional contribueix a les respostes sistèmiques, fomentant la col·laboració entre els serveis públics, les ONG i les parts interessades de la comunitat.*

UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 1 - POLÍTICA PÚBLICA

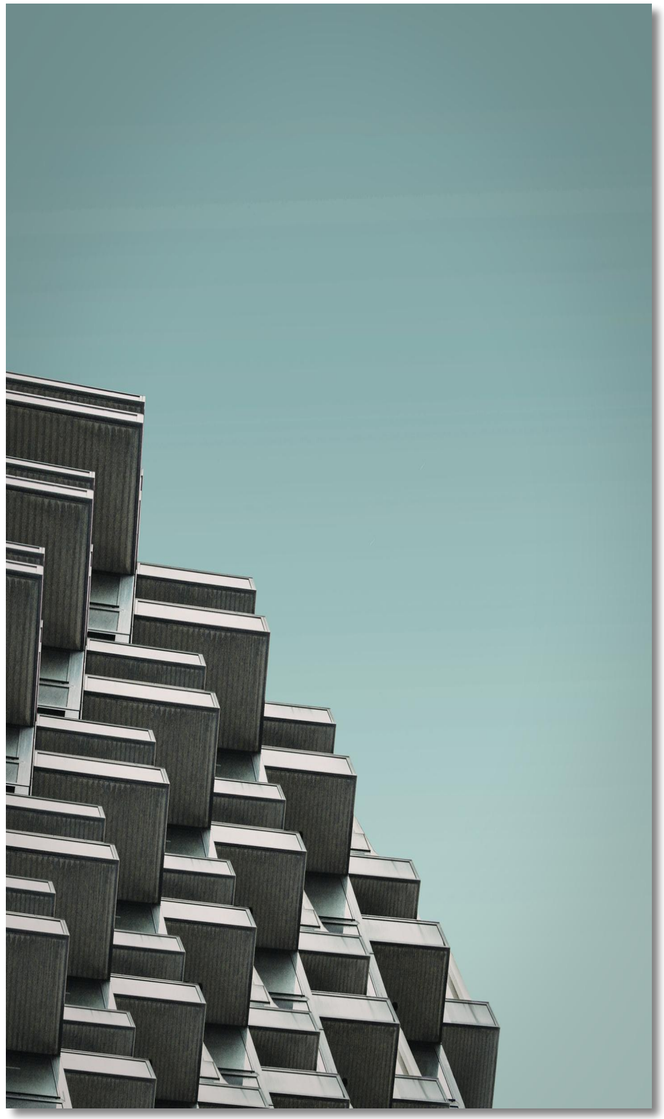
Multi -Level Governance and Cross -Sector Collaboration

- **Països Baixos** – El projecte Valent's project Cultuuromslag – NAD in je DNA, liderat pel Centre d'Experiència HVO-Estimat, té com a objectiu incorporar els principis del Pla d'Acció Nacional sobre Persones sense Llar (PAN) a l'ADN de les organitzacions, els professionals ylas persones beneficiàries. A través d'un itinerari d'aprenentatge estructurat combinat amb eines concretes, se centra a passar de conèixer els principis a creure-hi i, en última instància, a posar-los en pràctica en el dia a dia.

La governança multinivell a la manca d'habitatge es tracta de

1. Alinear les polítiques a tots els nivells institucionals;
2. Crear espais per al diàleg, la resolució conjunta de problemes i la responsabilitat compartida.
3. Garantir que els compromisos adquirits a nivell europeu es tradueixin en canvis reals sobre el terreny.

Una incidència eficaç ajuda a superar les barreres al voltant de l'habitatge, amplificant les veus dels afectats i garantint que les polítiques públiques responguin a les seves necessitats.



UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 1 - POLÍTICA PÚBLICA

Polítiques concretes: Habitatge, salut pública i serveis socials (1)

Polítiques específiques d'habitatge proporcionen l'estabilitat **és necessària perquè les persones puguin afrontar altres reptes de la vida.**

Estratègies com el **Model Housing first** han demostrat la seva eficàcia a tot Europa.

A Portugal, l'ENIPSSA 2025–2030 (Estratégia Nacional de Intervenção em Pessoas Sem-Abrigo) incorpora explícitament aquest model a l'estratègia nacional per a les persones sense llar, reconeixent que sense un habitatge estable, altres intervencions són molt menys efectives.

A Espanya, varis programes municipals implementen enfocaments d'habitatge amb suport integrats en les polítiques públiques. A Barcelona, la Xarxa d'habitatges d'Inclusió proporciona habitatges inclusius amb suport socioeducatiu per a persones en situacions d'exclusió residencial, combinant allotjament amb suport social personalitzat. A més, en Espanya, l'Estratègia Nacional per a la Inclusió Social i Econòmica i l'Erradicació de la Pobresa 2024-2030 inclou mesures per enfortir l'habitatge tutelat com a via cap a la integració social.



UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 1 - POLÍTICA PÚBLICA

Polítiques concretes: Habitatge, salut pública i serveis socials (2)

Als Països Baixos, el Pla d'Acció Nacional dels Països Baixos sobre la manca d'habitatge: Housing first(2023-2030) proposa enfocaments integrats, inclosos els programes pilot d'Housing first a ciutats com Amsterdam i Utrecht. Aquests programes ofereixen reallotjament ràpid combinat amb suport psicosocial, gestió de casos i accés a serveis d'ocupació i salut, prevenint així la manca d'habitatge a llarg termini i reduint la dependència dels albergs d'emergència.

A Irlanda, el Pla d'Habitatge per a Tothom fa èmfasi en l'enfocament *Housing first* per a persones amb necessitats complexes, que combina l'habitatge permanent amb suports integrats prestats mitjançant aliances entre les autoritats locals, els serveis de salut i les organitzacions comunitàries.



UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 1 - POLÍTICA PÚBLICA

Polítiques concretes: Habitatge, salut pública i serveis socials (3)

Les polítiques d'habitatge també determinen la disponibilitat de refugis d'emergència, allotjaments temporals i programes d'habitatge inclusiu adreçats a poblacions vulnerables, inclosos migrants, adults grans, persones amb discapacitats i individus amb problemes de salut mental o de consum de substàncies.

Exemple: El Pla d'allotjament d'emergència per a l'hivern a Irlanda proporciona refugi temporal durant períodes de clima extrem, alhora que garanteix vies d'accés a un habitatge a llarg termini.

La política de salut pública és igualment crítica, donada l'estreta relació entre la manca d'habitatge i les vulnerabilitats sanitàries complexes. Els serveis de salut pública integrats i accessibles ajuden a mitigar aquests riscos, millorar la qualitat de vida i reduir els costos socials i econòmics a llarg termini. Les polítiques que garanteixin la continuïtat de l'atenció, el suport comunitari en salut mental i assistència a persones vulnerables prevenen les deficiències en els serveis que poden agreujar la inestabilitat residencial de les persones.



UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 1 - POLÍTICA PÚBLICA

Polítiques concretes: Habitatge, salut pública i serveis socials (4)

A Espanya, els equips municipals d'extensió - com els Equips d'Atenció a Persones Sense Llar en ciutats com Madrid — de salut treballen amb col·laboració amb els serveis socials per brindar atenció primària de salut, suport en salut mental i derivar les persones sense llar.

Als Països Baixos, els equips multidisciplinaris d'atenció comunitària vinculen els serveis de salut al suport social per a les poblacions en situació d'habitatge precari o en risc, apropant els serveis a qui altrament podrien enfrontar barreres.

Aquestes polítiques de salut pública s'han de desenvolupar en contextos de confiança i construcció conjunta, involucrant institucions governamentals, organitzacions comunitàries, professionals de primera línia i persones amb experiència directa de la manca d'habitatge. La col·laboració horitzontal garanteix que les intervencions en matèria de vivenda i salut siguin eficaces, equitatives i socialment legítimes.

Les polítiques dels Servei socials *proporcionen una xarxa de seguretat estructural que pot ajudar a prevenir que les persones es quedin sense llar. Aquestes inclouen sistemes de protecció social, assistència econòmica, programes d'ocupació i xarxes comunitàries. A Espanya, els serveis socials municipals i regionals ofereixen una àmplia gamma de suport(assistència financera, programes de suport familiar i d'ocupació) adaptats a les necessitats locals. Tot i això, la descentralització implica que la cobertura i l'accessibilitat varien entre les comunitats autònomes.*



UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 1 - POLÍTICA PÚBLICA

Polítiques concretes: Habitatge, salut pública i serveis socials (5)

A Irlanda,eines com el Pagament d'assistència per a l'habitatge (HAP) i el Subsidi de Benestar Complementari brinden suport financer per al lloguer i les despeses de la llar, complementant els serveis específics per a persones sense llar i ajudant a prevenir el desnonament.

Als Països Baixos, les prestacions d'assistència social i per a l'habitatge permeten a les llars de baixos ingressos mantenir el pagament del lloguer, reduint el risc de desnonament, mentre que els municipis proporcionen suport específic per a la reinserció i la feina.

A Portugal, els serveis socials públics estan més centralitzats i, en general, tenen un abast més limitat. L'Institut de la Seguretat Social si bé proporciona el principal suport formal, l'accés es pot veure obstaculitzat per estrictes requisits burocràtics i el treball d'equips multidisciplinaris és força escàs, cosa que dóna com a resultat que les organitzacions de la societat civil tinguin un paper més important que els serveis públics, especialment en alguns municipis.



UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 1 - POLÍTICA PÚBLICA

Finançament i assignació de recursos

Totes les estratègies, polítiques i esforços deincidènciadepenen d'un finançament adequat i sostingut i d'una assignació estratègica de recursos. Sense aquests programes, els programes d'habitatge i les intervencions de servei públic corren el risc d'estar fragmentats, ser inconsistents o tenir una vida curta.

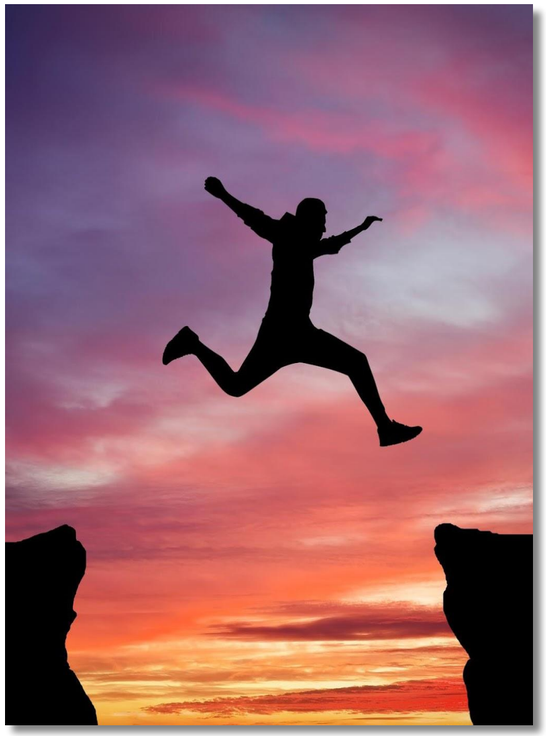
El finançament garanteix que les iniciatives basades en l'evidència, com Housing first, els serveis socials integrats i el suport específic per a grups vulnerables, es puguin ampliar, supervisar i mantenir al llarg del temps.

L'assignació de recursos no es tracta només de quantitat, sinó també de distribució estratègica.

L'escassetat de fons sovint obliga les organitzacions a operar de manera reactiva- Se centren en les crisis immediates a costa de les solucions integrals i deixen importants llacunes en àrees com l'atenció a la salut mental, el suport jurídic i la protecció social.

El finançament també permet la col·laboració multinivell contribueix els actors locals, nacionals i europeus, a les activitats de recerca, seguiment i desenvolupament de capacitats que sustenten la formulació de polítiques i la promoció basades en l'evidència.

Les organitzacions de la societat civil, que sovint cobreixen les mancances de les prestacions estatals, depenen d'un finançament sostenible per mantenir els serveis, innovar en els seus enfocaments i representar les veus de les persones sense llar als debats polítics.



UNITAT 2:

SECCIÓ 2

DEFINICIÓ D'INCIDÈNCIA PER A LA DEFENSA DE DRETS (ADVOCACIA)

UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - DEFINICIÓ D'INCIDÈNCIA PER A LA DEFENSA DE DRETS (ADVOCACIA)

Advocacia: Un procés mitjançant el qual individus, grups o organitzacions eduquen el públic i els responsables polítics sobre la situació de les persones sense llar, els seus impactes socials i possibles solucions. (Institut Global de Sensellarisme)
La incidència eficaç inclou **augmentar la conscienciació, presentar crides clares a l'acció i promoure canvis en les polítiques a diferents nivells.**

La manca d'habitatge es relaciona amb altres problemes socials, fomentant la col·laboració entre diversos sectors per abordar les causes profundes i els factors sistèmics que contribueixen a la manca d'habitatge.

Les Organitzacions de la societat civil exerceixen un paper central en el qüestionament de les definicions restrictives de la manca d'habitatge i en la promoció de polítiques inclusives que aborden tant els factors sistèmics com els individuals (National Alliance to End Homelessness, 2011; University of Miami Law Review, 2011).

Institute of Global Homelessness. (n.d.). *Global advocacy*. Institute of Global Homelessness. https://ighomelessness.org/globaladvocacy/

En col·laborar amb els responsables polítics, les organitzacions de la societat civil poden destacar barreres estructurals com la protecció social inadequada, l'accés limitat a habitatges assequibles i les deficiències als serveis de salut pública, advocant per solucions integrals.

Les investigacions han demostrat que els **gestors de serveis sense ànim de lucre reconeixen que la incidència és essencial, però sovint es troben amb obstacles, entre ells, preocupacions sobre les limitacions de finançament, les prioritats organitzatives i les sensibilitats polítiques.** (Lee et al., 2012).

Tot i aquests desafiaments, les estratègies de promoció eficaces impliquen la creació de coalicions, la mobilització de base i una comunicació acurada amb les parts interessades per influir en les decisions polítiques i la percepció pública.



UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - DEFINICIÓ D'INCIDÈNCIA PER A LA DEFENSA DE DRETS (ADVOCACIA)

El paper de les organitzacions de la societat civil:

- Proporcionar serveis directes
- Treballar per transformar l'entorn social i polític que perpetua la inseguretat residencial.
- Combinar recomanacions basades en evidència amb participació pública i incidència política.
- Contribuir a crear canvis sistèmics que millorin l'accés a l'habitatge, l'atenció mèdica i el suport social.
- Promoure la inclusió social i la protecció dels drets de les persones sense llar.



...I de les xarxes informals

La investigació demostra que el suport social informal (amics o familiars) que brinden orientació i alè pot tenir un paper fonamental en la millora de la situació de les persones sense llar. Aquestes xarxes personals solen tenir més influència en el benestar i la resiliència quotidians (Babayan, Futrell, Stover & Hagopian, 2021).

És important considerar les connexions socials i els enllaços comunitaris en el disseny d'intervencions en sensellarisme. Els programes que ajuden les persones a reconnectar-se amb les xarxes de suport informals a enfortir-les —a més de brindar serveis professionals— poden millorar la seva qualitat de vida i contribuir a estabilitzar la seva situació d'habitatge. → Un enfocament més holístic i centrat en la persona, on les experiències viscudes i les xarxes socials de les persones sense llar s'incorporen a les polítiques i les pràctiques (Babayan et al., 2021).

UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 2 - DEFINICIÓ D'INCIDÈNCIA PER A LA DEFENSA DE DRETS (ADVOCACIA)

ACTIVITAT 6.3 - ANÀLISI DE CAMPANYES D'INCIDÈNCIA

40 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Objectiu

Aprofundir la comprensió dels participants sobre la promoció de la reducció de danys mitjançant l'anàlisi de campanyes reals. Aquesta activitat fomenta el pensament crític, l'anàlisi comparativa i l'aprenentatge compartit alhora que ofereix exemples concrets d'estratègies de promoció en diversos contextos.



Activitat

Part 1: Anàlisi de la campanya grupal (20 minuts)

a. Analitzeu 3 campanyes de promoció del document "Resum de campanyes" utilitzant les preguntes guia del Full d'anàlisi de campanyes.
b. Prepareu un breu resum de les vostres troballes per presentar-lo a tot el grup.

Part 2: Presentacions en grup (5-7 minuts per grup)

c. Presenteu la seva anàlisi al grup més gran. Hi haurà 1-2 minuts per a preguntes aclaridores al final de cada presentació.

Part 3: Conclusions i anàlisi posterior

d. En grup, analitzarem les conclusions principals de l'activitat.

UNITAT 2:

SECCIÓ 3

ADVOCACIA ACTIVA PER AL CANVI SISTÈMIC A L'ÀMBIT DE LA FALTA D'HABITATGE

UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - ADVOCACIA ACTIVA PER AL CANVI SISTÈMIC A L'ÀMBIT DE LA FALTA D'HABITATGE

La incidència en el camp de la manca d'habitatge requereix una c**ombinació deliberada d'argumentació basada en evidència, participació comunitària i comunicació política estratègica.**

El seu propòsit central és transformar l'experiència viscuda, les dades empíriques i les necessitats identificades sobre el terreny en accions polítiques concretes. Això pot incloure la promoció de polítiques de vivenda eficaces, la influència en el disseny de serveis per a persones sense llar o l'enfortiment dels drets socials i laborals de les persones que pateixen marginació extrema. Partint de marcs existents, com els proposats per JASS (2007) i anàlisis més recents de la societat civil, es poden identificar diverses estratègies clau.

Manifestacions públiques

Les manifestacions i marxes públiques depenen de la visibilitat que generen.**Un gran nombre de participants i missatges convincents son particularment eficaços quan coincideixen amb moments polítics clau** com ara aprovacions pressupostàries, eleccions o debats legislatius. Tot i que les manifestacions no solen permetre un diàleg sostingut amb els responsables polítics, poden servir com un poderós instrument d'últim recurs per **assenyalar la urgència de la situació i mobilitzar la preocupació pública per les persones sense llar.**



UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - ADVOCACIA ACTIVA PER AL CANVI SISTÈMIC A L'ÀMBIT DE LA FALTA D'HABITATGE

Activitats de sensibilització

Les campanyes de sensibilització tenen com **objectiu generar suport públic i canviar les narratives culturals al voltant de la manca de vivenda**. Aquestes estratègies poden incloure eines de comunicació creatives: música, teatre, campanyes visuals, narració digital, vídeos curts, exposicions o debats públics. En el context de la manca d'habitatge, la sensibilització també contribueix a contrarestar l'estigma presentant proves de les causes estructurals (com la manca d'habitatge assequible o la precarietat laboral) i donant visibilitat a històries personals que humanitzen les persones afectades.



Participació dels mitjans

Estratègies de mitjans per **ajudar a generar legitimitat pública i influir a les agendes polítiques.** S'hi inclouen la difusió de dades, articles d'opinió, propostes polítiques alternatives i històries d'interès humà a periodistes i mitjans de comunicació. **Les narratives basades en evidència són especialment impactants** en destacar les deficiències sistèmiques, com la capacitat insuficient dels albergs, els programes d'habitatge prioritari amb finançament inadequat o les barreres a què s'enfronten les dones, els migrants i els joves sense llar.

UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - ADVOCACIA ACTIVA PER AL CANVI SISTÈMIC A L'ÀMBIT DE LA FALTA D'HABITATGE

Col·laboració amb institucions

Alineació entre les organitzacions de la societat civil, els grups comunitaris i les institucions governamentals. La **col·laboració pot conduir al codisseny i la implementació de serveis públics**. A l'àmbit del sensellarisme, aquesta col·laboració podria adoptar la forma de grups de treball conjunts per a l'expansió del modelHousing first, consells assessors sobre persones en situació de sensellarisme o protocols desenvolupats conjuntament per a l'allotjament d'emergència. Una col·laboració constructiva requereix claredat en les funcions, la confiança i els mecanismes compartits de presa de decisions.



Investigació científica i producció d'evidència

A l'àmbit del sensellarisme **l'evidència sòlida** sovint inclou avaluacions de necessitats, avaluacions de serveis, relats etnogràfics i dades sobre resultats de vivenda. Les organitzacions comunitàries, a causa de la proximitat a les poblacions afectades, generen formes essencials de coneixement que complementen els estudis acadèmics. Aquesta base d'evidència combinada pot **reforçar aliances, informar el discurs públic i donar suport al canvi estructural a llarg termini.**

UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - ADVOCACIA ACTIVA PER AL CANVI SISTÈMIC A L'ÀMBIT DE LA FALTA D'HABITATGE

Persuasió i cavil·leig

- **Cavil·leig directe: comunicar-se directament amb els responsables polítics—** a través de reunions, sessions informatives o consultes amb experts—**o advocar per reformes polítiques específiques**–com ara ampliar el parc d'habitatges socials o millorar l'accés a l'atenció mèdica per a les persones sense llar.
- **Cavil·leig indirecte:** Mobilitza organitzacions, membres de la comunitat i el públic en general perquè contactin els qui prenen les decisions. Les campanyes que animen els ciutadans a enviar cartes, correus electrònics o peticions a les autoritats locals en són exemples comuns. La influència també es construeix demostrant legitimitat, mitjançant afirmacions creïbles, mobilització pública, aliances intersectorials i una presència visible als mitjans de comunicació.

Creació d'aliances i desenvolupament de xarxes

La defensa eficaç dels drets de les persones sense llar requereix aliances sòlides entre diversos sectors. Aquestes poden incloure xarxes d'organitzacions de serveis socials, activistes per l'habitatge, institucions acadèmiques, proveïdors d'atenció mèdica i grups comunitaris. L'èxit depèn d'un lideratge compartit, rols clars, comunicació transparent i membres amb capacitat analítica i de relacions basades en la confiança.

Estratègies d'apoderament comunitari

Se centra a enfortir la confiança, el coneixement i la capacitat d'acció política entre les persones sense llar: els grups de suport entre parells, la capacitació en lideratge i els processos de governança participativa ajuden a garantir que la defensa sigui **basada en l'experiència viscuda.**

UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - ADVOCACIA ACTIVA PER AL CANVI SISTÈMIC A L'ÀMBIT DE LA FALTA D'HABITATGE

Perspectives recents de la societat civil (2024)

El 2024, la Xarxa Europea de Reducció de Danys (Correlation) va consultar experts de la societat civil per identificar les estratègies de promoció més eficaces per a la reducció de danys i àrees relacionades.

Una de les estratègies més emfatitzades va ser la **creació de col·laboracions i xarxes entre organitzacions** de la societat civil– xarxes que treballen en temes relacionats, com ara la salut mental, el consum de substàncies, els serveis per a joves o la violència domèstica. Uneixen coneixements especialitzats, amplifiquen missatges i generen campanyes col·lectives capaces d'influir a les agendes polítiques tant locals com regionals.

Xarxes d'iguals i participació basada en l'experiència viscuda–La defensa efectiva dels drets de les persones sense llar ha de partir de la participació dels qui han patit exclusió habitacional en el disseny, la implementació i la mobilització política dels serveis. Constitueixen mecanismes eficaços per garantir la representació i la rendició de comptes.

Enfortir la base d'evidència i oferir capacitació en habilitats de defensa de drets–Compartir estudis de cas, intervencions amb èxit i metodologies estratègiques millora la capacitat de les organitzacions per presentar arguments coherents i influents.

Importància d'involucrar les parts interessades clau- Vecinos, professionals dels mitjans de comunicació, autoritats policials i legisladors locals i nacionals. Desenvolupar relacions de suport amb aquests actors i mantenir canals de diàleg oberts augmenta significativament la probabilitat d'assolir els objectius d'incidència política.

UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

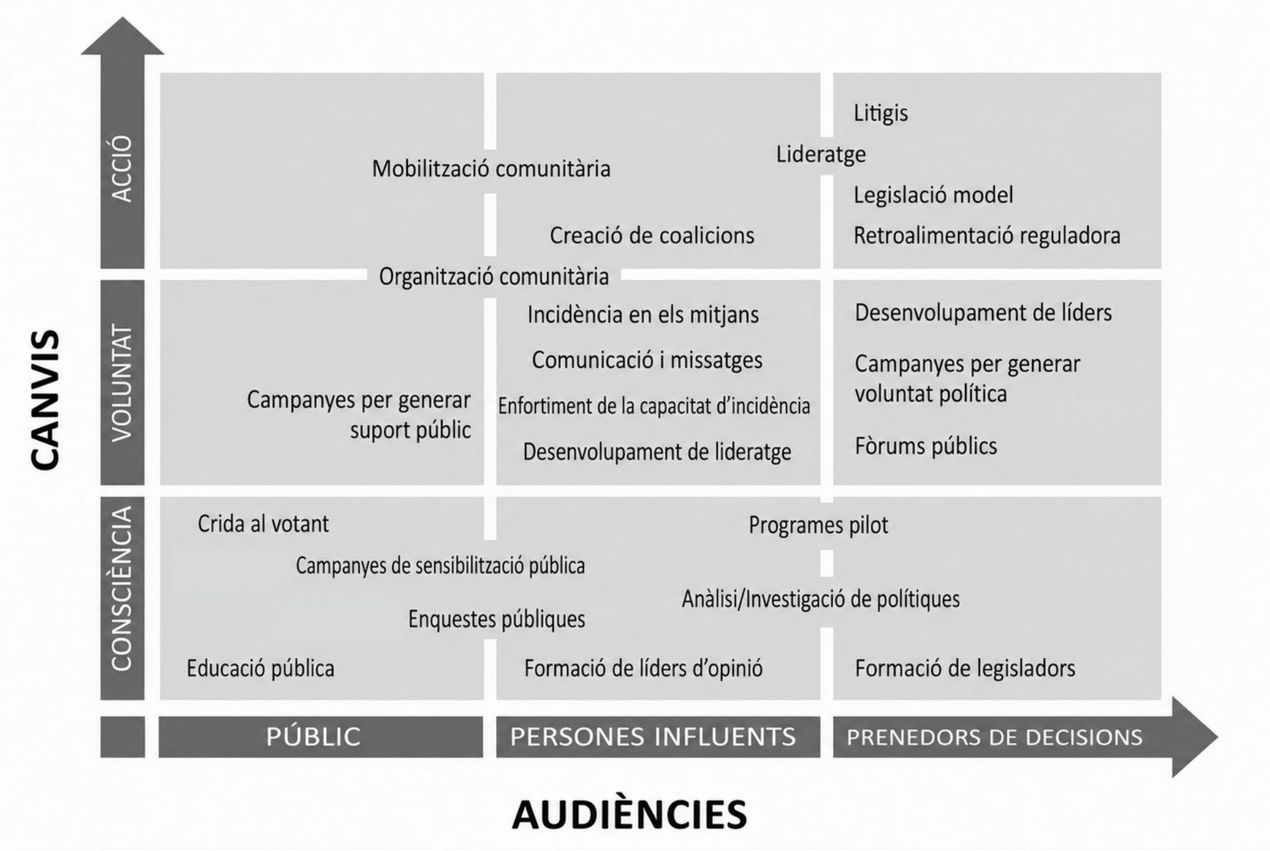
SECCIÓ 3 - ADVOCACIA ACTIVA PER AL CANVI SISTÈMIC A L'ÀMBIT DE LA FALTA D'HABITATGE

Marc estratègic d'incidència (1)

Una de les eines més utilitzades per planificar i comprendre el treball de incidencia és el Marc estratègic d'incidència, desenvolupat per Julia Coffman i Tanya Beer al Centre per a la Innovació a l'Avaluació.

És un marc senzill d'una sola pàgina que ajuda els defensors de drets i activistes a traçar la teoria del canvi; essencialment, com s'espera que les seves activitats influeixin en les persones i, en última instància, modelin les decisions polítiques.

En lloc de presentar la incidència d'una causa com una seqüència ordenada i lineal, el marc reconeix que el canvi és complex i sovint impredictible.



UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 3 - ADVOCACIA ACTIVA PER AL CANVI SISTÈMIC A L'ÀMBIT DE LA FALTA D'HABITATGE

Marc estratègic d'incidència (2)

El marc es construeix al voltant de dues dimensions clau:

1. a qui s'intenta influir
2. Quins tipus de canvi s'espera generar?

Agrupa els públics potencials en públic general, persones influents i responsables de la presa de decisions, reconeixent que cadascú juga un paper diferent en la configuració dels entorns polítics.

Alhora, identifica **tres nivells de canvi** que els defensors de drets podrien intentar aconseguir:

1. conscienciació
2. voluntat d'acció
3. incitant a l'acció.

En situar tàctiques de promoció específiques dins aquest espai bidimensional, els defensors de drets poden identificar a qui volen arribar i quin tipus de canvi busquen de manera realista.

Per exemple: una campanya de sensibilització pública adreçada a un públic ampli per generar comprensió, mentre que un litigi o una tasca de cavil·leig directe se centra en els responsables de la presa de decisions i busca assolir accions polítiques concretes.

Aquest marc també anima a les persones beneficiàries a considerar com es posicionen altres actors – aliats, oponents o grups neutrals– en relació amb els seus objectius.

Pots conèixer aquest marc amb més profunditat **aquí.**

UNITAT 2:

SECCIÓ 4

LLENGUATGE UTILITZAT EN COMUNICAR-SE SOBRE LA FALTA D'HABITATGE

UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - LLENGUATGE UTILITZAT EN COMUNICAR-SE SOBRE LA FALTA D'HABITATGE

El llenguatge està profundament lligat a la identitat i al poder;
La manera com la societat parla sobre la manca d'habitatge pot influir en:

- actituds del públic
- com es veuen a si mateixes les persones sense llar.

La investigació demostra que les etiquetes comunes com a "persones sense llar" poden reforçar l'estigma en reduir les persones a la seva situació d'habitatge, perpetuant estereotips deshumanitzadors al voltant del fracàs personal, l'aparença o l'addicció (King's College London, 2022), mentre que l'ús de termes en la primera.

Aquest enfocament lingüístic està defensat per estudis de psicologia comunitària, que emfatitzen que **les etiquetes categòriques contribueixen a l'opressió i la desigualtat històriques (Watson et al., 2022)**. Una enquesta nacional realitzada entre proveïdors de serveis, investigadors i el públic en general va revelar que els termes que prioritzen la persona són àmpliament acceptats, encara que les preferències varien; això subratlla la importància d'involucrar persones amb experiència viscuda en triar la terminologia (Brown et al., 2022).



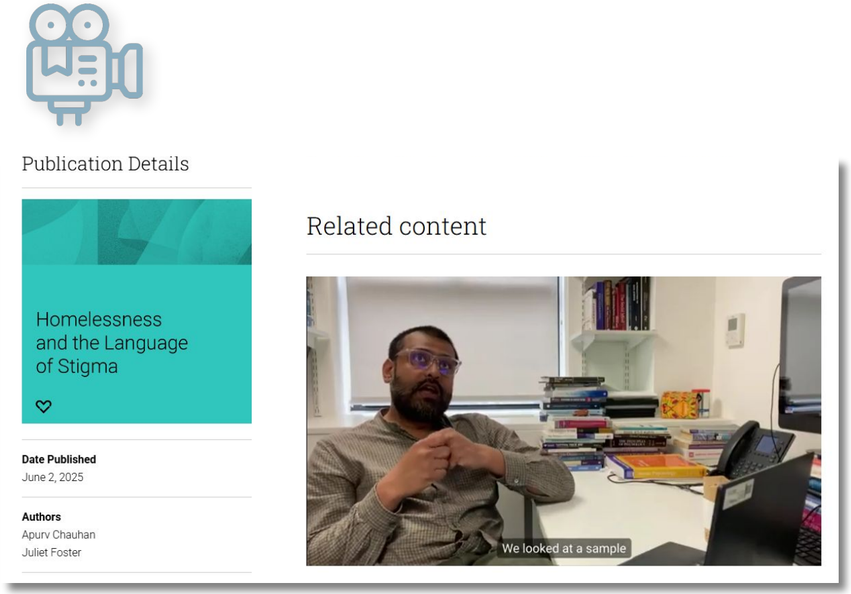
UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - LLENGUATGE UTILITZAT EN COMUNICAR-SE SOBRE LA FALTA D'HABITATGE

Acadèmicament també s'ha introduït el concepte de "llareisme." Per **descriure la devaluació sistèmica i discriminació contra les persones a causa de la situació d'habitatge** (Fitzpatrick et al., 2021).

Aquest estigma, perpetuat a través del llenguatge quotidià, pot erosionar l'autoestima i l'autoeficàcia en reforçar l'exclusió social i la degradació de la identitat (Fitzpatrick et al., 2021). Per contra, **utilitzar un llenguatge que reconegui tant la humanitat d'una persona com la seva experiència viscuda pot ajudar a restaurar la seva autonomia, reforçar la seva confiança i fomentar la inclusió social** (Goffman, 1963; Watson et al., 2022).

Des d'una perspectiva pràctica, un informe recent del King's College de Londres i el Centre per a l'Impacte de la Manca d'Habitatge proporciona una llista de verificació per a un llenguatge no estigmatitzant en el discurs públic, recomanant 1) un llenguatge centrat en la persona, 2) evitar etiquetes innecessàries, 3) rebutjar els estereotips vinculats al fracàs personal o l'addicció (King's College London, 2022).



UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - LLENGUATGE UTILITZAT EN COMUNICAR-SE SOBRE LA FALTA D'HABITATGE

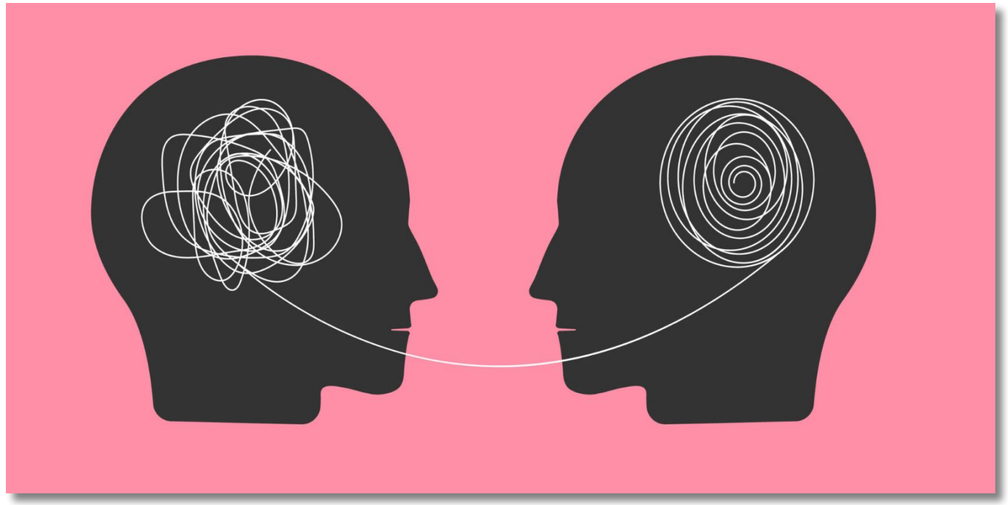
El paper del llenguatge en les relacions socials

El llenguatge és un instrument poderós per modelar les identitats i les percepcions socials. **Els termes i etiquetes** i com descriuen els individus poden influir significativament en com la societat els percep i, en conseqüència, en com es perceben a si mateixos.

Aquest procés és particularment evident en el context de la manca d'habitatge, on el llenguatge pot o bé **reforça l'estigma o bé promou la dignitat i el respecte.**

El llenguatge estigmatitzant i les seves conseqüències

- El llenguatge estigmatitzant pot conduir a la marginació i exclusió de les persones sense llar i afectar l'autopercepció de les persones sense llar.
- **Els termes que redueixen les persones a les seves circumstàncies, com "les persones sense llar", poden perpetuar estereotips negatius i deshumanitzar els afectats.**
- La investigació indica que aquest llenguatge reforça els prejudicis socials i contribueix a l'exclusió social d'aquestes persones. **Quan la societat etiqueta les persones en termes negatius, aquestes poden internalitzar aquestes percepcions, cosa que comporta una disminució de l'autoestima i l'autoeficàcia.** Aquesta internalització pot crear un cicle d'exclusió i desavantatge, cosa que dificulta la reintegració de les persones a la societat.



UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - LLENGUATGE UTILITZAT EN COMUNICAR-SE SOBRE LA FALTA D'HABITATGE

El llenguatge inclusiu com a mitjà d'apoderament

Posa èmfasi en la persona abans que en la seva condició i fomenta un entorn social més positiu.

Se centra en l'individu en lloc de les seves circumstàncies, promovent la dignitat i el respecte.

El seu objectiu és evitar reduir les persones a les seves condicions o circumstàncies.

No només modifica la percepció pública, sinó que també empodera les persones en reconèixer la seva humanitat i el seu potencial.

En canviar la narrativa, passant d'una de deficiència a una de resiliència i capacitat d'acció, el llenguatge inclusiu pot facilitar més inclusió social i suport per a les persones sense llar.

Implicacions pràctiques per a les interaccions socials

El llenguatge pot tenir efectes profunds en les relacions socials. **Els professionals que treballen amb persones sense llar han de ser conscients del seu llenguatge, assegurant-se de fer servir termes que afirmin la dignitat i la humanitat d'aquells que atenen.**

Els Mitjans de comunicació i el discurs públic juguen un paper important en la formació de les actituds socials. Periodistes, legisladors i activistes han d'utilitzar un llenguatge inclusiu per **desafiar estereotips i promoure una comprensió més precisa de la manca d'habitatge.** D'aquesta manera, poden contribuir a una societat més informada i compassiva.



UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - LLENGUATGE UTILITZAT EN COMUNICAR-SE SOBRE LA FALTA D'HABITATGE

Bones Pràctiques en l'Ús del Llenguatge (1)

Bona pràctica	Per què?	Exemples
Llenguatge centrat en la persona	Adoptar un llenguatge centrat en la persona emfatitza la persona abans que la seva condició, reconeixent la seva humanitat en lloc de definir-la pel que li passa. Aquest canvi redueix l'estigma, promou la dignitat i reforça que la manca d'habitatge i altres dificultats no són tota la identitat d'una persona.	Dir "persona que experimenta manca d'habitatge" en lloc d'"indigent". Dir "persones que viuen amb desafiaments relacionats amb el consum de substàncies" en lloc d'"addictes". Dir "persona que viu amb experiència de dificultats de salut mental" en lloc d'"enfermo mental". Dir "persones que viuen amb experiència de dificultats de salut mental" en lloc d'"enfermos mentals".
Evitar termes deshumanitzants	Algunes paraules o etiquetes poden reduir les persones a objectes, reforçar estereotips negatius, deshumanitzar-les, treure'ls la individualitat i poden influir inconscientment en actituds socials, decisions polítiques i relacions professionals.	Evitar un llenguatge que etiqueti les persones com a "problemes" o "càrregues". Evitar "els indigents", "vagabunds" o "mendics". Evitar frases com "drogadíctic", en lloc d'usar "persona que usa drogues". Evitar "casos" en referir-se a persones en albergs o programes de suport.
Usar llenguatge empoderador	El llenguatge empoderador emfatitza l'agència, la resiliència i les fortaleses en lloc dels dèficits. Fomenta l'esperança i el compromís en solucions. Aquest enfocament promou una perspectiva basada en fortaleses, reconeixent els esforços i potencialitats de les persones, en lloc de reforçar la indefensió o el paper de víctima.	Dir "persones que busquen habitatge estable" en lloc de "persones sense llar". Dir "participants en programes d'habitatge" en lloc de "clients" o "beneficiaris", quan sigui contextualment apropiat. Destacar assoliments: "transició reeixida a un habitatge independent" en lloc de centrar-se només en els problemes.

Bones Pràctiques en l'Ús del Llenguatge (2)

Bona pràctica	Per què?	Exemples
Ser conscient del to i del context	El to, l'emmarcament i el context modelen com es rep el llenguatge. Fins i tot un llenguatge neutre pot resultar insensible. Un emmarcament compassiu i centrat en solucions fomenta un diàleg constructiu, redueix l'estigma i impulsa l'acció col·laborativa.	Emmarcar les converses al voltant de solucions, rutes i pròxims passos, en lloc d'enfocar-se només en els dèficits. Per exemple: "Què podem fer per ajudar les persones a aconseguir un habitatge estable i segur?" en lloc de "Per què estan en aquesta situació?". Usar pronoms inclusius i descriptors respectuosos: per exemple, "ells" en lloc d'assumir gènere o identitat per condició. Ajustar el to per a la comunicació pública: en mitjans o presentacions, evitar la sensacionalització de la manca d'habitatge com una "crisi" sense context.
Evitar reforçar estereotips	El llenguatge pot reforçar estereotips socials, fins i tot quan no és intencional. Desafiar els estereotips redueix els prejudicis i dona suport a una comprensió més matisada, crucial per al treball professional, les polítiques i la defensa.	Evitar simplificar causes complexes en frases com: "p. ex., "són irresponsables" a causa de la manca d'habitatge. En el seu lloc, dir "enfronten barreres estructurals com la manca d'habitatge assequible". Destacar la diversitat: no totes les persones que experimenten manca d'habitatge tenen les mateixes experiències; evitar generalitzacions.
Usar el llenguatge com a defensa	El llenguatge pot donar suport a la defensa i al canvi social. El llenguatge estratègic pot influir en la percepció pública, les polítiques i les pràctiques professionals, empoderant les persones i promovent canvis estructurals.	En informes, usar "persones que experimenten exclusió d'habitatge" per reflectir factors sistèmics. En campanyes públiques, usar un llenguatge positiu i centrat en fortaleses: "Tothom mereix un habitatge segur" en lloc d'emmarcar-ho amb frases negatives com "sense llar". Educar col·legues i parts interessades sobre per què les paraules importen en el finançament, les polítiques i la prestació de serveis.

UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - LLENGUATGE UTILITZAT EN COMUNICAR-SE SOBRE LA FALTA D'HABITATGE

ACTIVITAT 6.4 - FER SENTIR LA NOSTRA VEU: DISSENY D'UNA CAMPANYA D'INCIDÈNCIA AMB EL MARC ESTRATÈGIC D'INCIDÈNCIA (1)

30 - 40 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Objectiu

L'objectiu és dotar els participants d'habilitats pràctiques d'incidència política mitjançant el disseny col·laboratiu d'un pla d'incidència centrat en les persones sense llar, utilitzant el Marc d'Estratègia d'Incidència Política. Aquesta activitat enforteix el pensament estratègic, la col·laboració i la capacitat de connectar la teoria amb els desafiaments polítics del món real.



Activitat

Part 1: Tema: Incidència i objectiu principal de la campanya

- Cada grup haurà de seleccionar un tema relacionat amb la manca d'habitatge que, segons la seva opinió, requereix una incidència urgent. Exemples:
  - Augmentar la disponibilitat de programes d'Housing first.
  - Prevenció de desallotjaments i millora de la protecció dels llogaters
  - Garantir l'accés a serveis de refugi que tinguin en compte el trauma.
  - Augment del finançament per a habitatges de suport
  - Reduir l'estigma i la discriminació al voltant de les persones sense llar.
  - Millorar l'accés a l'atenció de salut mental o suport per a l'addicció per a les persones sense llar.
- Cada grup haurà de decidir quines polítiques o sistemes de canvi vol que la seva campanya influeixi.

UNITAT 2 – POLÍTIQUES PÚBLIQUES D'INCIDÈNCIA EXITOSES A LA LLUITA CONTRA LA FALTA D'HABITATGE

SECCIÓ 4 - LLENGUATGE UTILITZAT EN COMUNICAR-SE SOBRE LA FALTA D'HABITATGE

ACTIVITAT 6.4 - FER SENTIR LA NOSTRA VEU: DISSENY D'UNA CAMPANYA D'INCIDÈNCIA AMB EL MARC ESTRATÈGIC D'INCIDÈNCIA (2)

30 - 40 MINUTS

Nota: aquesta activitat s'ha de fer en sessions de formació grupal; no és aplicable a l'autoaprenentatge.

Activitat

Part 2: Disseny de la campanya

- Juntament amb el grup, dissenyen una campanya de promoció utilitzant els components principals del Marc d'Estratègia de Promoció, tal com es descriu al document "Disseny d'una campanya de promoció". **Per obtenir el material, consulteu el kit d'eines.**
  - Públic objectiu: Classifiqueu el públic objectiu segons qui intenti influir.
  - Canvi desitjat: Descriviu què espera aconseguir amb cada públic a cada nivell.
  - Estratègia de participació: Com arribaràs a cada públic objectiu per generar el canvi desitjat?
- Missatge(s) principal(s): Quins missatges clau fomenten millor la conscienciació, la voluntat política i l'acció a cada nivell de les audiències seleccionades?
- Accions/Tàctiques: Trieu accions/tàctiques que s'ajustin tant al públic objectiu específic com als nivells de canvi que busquen dins la taula rodona.
- Representació visual: Ús de la plantilla aCANVAun pòster, fulletó, tríptic, publicació per a xarxes socials, etc., que representi visualment la teva campanya. Adapta la plantilla perquè reflecteixi la teva campanya de la millor manera.



HOME 4 HEALTH

Coordinat per:

GROUP ABD Welfare and Development Association

En col·laboració amb:

CRES CER (Portugal)

HVO QUERIDO (Països Baixos)

Cork Simon Community (Irlanda)

HOME4HEALTH

Co-funded by the European Union

2023-1-ES01-KA220-VET-000156754

abd.ong/en/programs/home4health

linkedin.com/showcase/home4health