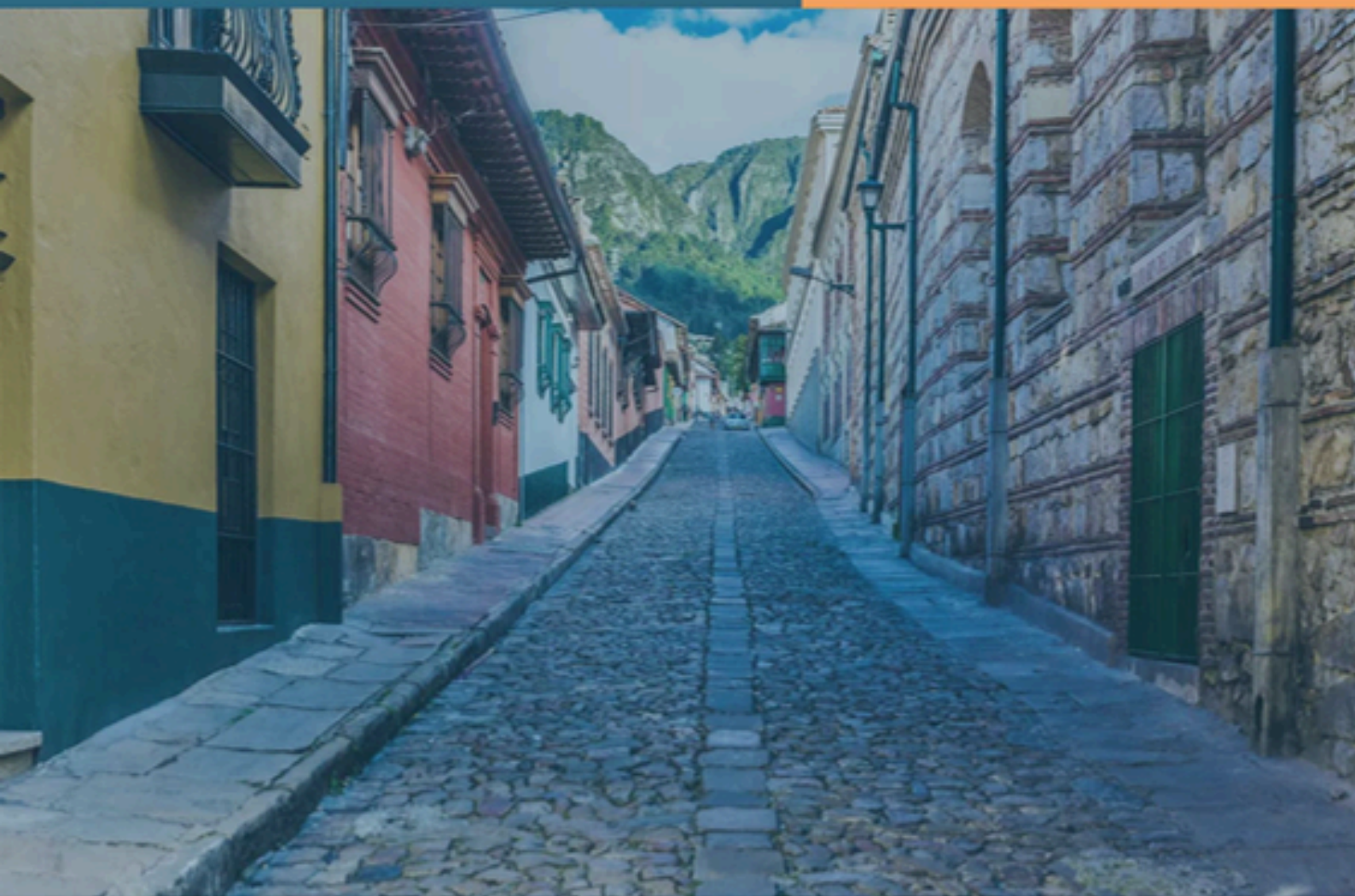


El Proyecto Home4Health

HOME4 HEALTH



Organitzacions associades del consorci:

- **Asociación Bienestar y Desarrollo - ABD** (Barcelona, Espanya) – Coordinador del projecte
- **Cork Simon Community** (Cork, Irlanda)
- **CRESCER** (Lisboa, Portugal)
- **HVO-Querido** (Amsterdam, Països Baixos)

Més informació disponible al lloc web:

<https://www.linkedin.com/showcase/home4health/>

Autors de la publicació

- **Organitzacions associades del consorci**
- **Home 4 Equip de Salut**
Catarina Alves, Marina Fancelli, Mireia Munté Martín, Teresa Peset, Arianne Collins per ABD
Cristiana Merendeiro, Diana Gaspar, Mariana Soares de CRESCER
Colette O'Brien, Jason O'Riordan, Mark Jordan per Cork Simon Community
Else Zonneveld, Gina Korver, Manon Kooiman per HVO-Querido
- **Disseny gràfic de CRESCER**
- **Maquetació gràfica per ABD**

Autors corresponents: info@crescer.org

Finançat per la Unió Europea. Les opinions i punts de vista expressats són, tanmateix, únicament les de l'autor o autors i no reflecteixen necessàriament les de la Unió Europea o de l'Agència Executiva Europea d'Educació i Cultura (EACEA). Ni la Unió Europea ni l'EACEA se'n fan responsables.

Aquesta publicació s'ha desenvolupat com a part dels resultats del projecte Home4Health (Ref.: KA220-VET – Cooperation Partnerships in Professional Education and Training).

Aquest manual s'ha preparat en el marc de les activitats realitzades en el marc del Paquet de Treball 2 – Identificació de Necessitats a través de la Recerca (WP2), liderat per CRESCER.

Introducció

El Projecte Home4Health

Home4Health és un projecte que busca col·laborar amb organitzacions de la societat civil, institucions i autoritats públiques per abordar —des d'una perspectiva socialment inclusiva— els reptes associats al suport a persones en situació de sensellarisme que afronten problemes de salut complexos i traumes, com ara les addiccions.

El projecte té com a objectiu adaptar les organitzacions de VET a les necessitats del mercat laboral, partint de la necessitat urgent d'una transició cap a sistemes socioeconòmics més inclusius, així com de la creixent complexitat de les demandes laborals i de competències en els sectors de la salut i social. En concret, aborda qüestions complexes com les addiccions i el trauma. En conseqüència, busca augmentar les oportunitats de desenvolupament professional mitjançant la promoció de l'intercanvi de bones pràctiques i experiències a escala europea.

El projecte Home4Health, finançat pel programa Erasmus+, s'implementa entre gener de 2024 i juny de 2026 en col·laboració amb les organitzacions següents: ABD - Asociación Bienestar y Desarrollo (Espanya), com a coordinadora del projecte; CRESCER (Portugal); HVO-Querido (Països Baixos); i Cork Simon Community (Irlanda).

El projecte Home4Health té com a objectiu promoure la cooperació, l'intercanvi de coneixement i l'escalabilitat de pràctiques efectives entre organitzacions de la UE que contribueixen a la creació d'ocupació dins dels ecosistemes de salut i d'atenció social, especialment aquells que donen suport a persones en situació de sensellarisme i que afronten reptes complexos de salut i trauma, incloses les addiccions. El projecte identifica factors clau, competències i habilitats necessàries dins d'aquests ecosistemes, situant les necessitats de les persones beneficiàries al centre i alineant-les amb les demandes del mercat laboral.

El programa de capacitatció

El programa de capacitatció està estructurat com un paquet d'aprenentatge complet i integrat que consta d'un manual de formació, un Kit d'eines i un MOOC, que conjuntament funcionen com un programa unificat. Aquests components integren coneixement basat en l'evidència i en la pràctica sobre enfocaments efectius en l'àmbit del sensellarisme, presentant bones pràctiques i metodologies fonamentades en principis centrats en la persona, de reducció de danys, basats en drets i informats pel trauma.

El programa de capacitatció proporciona la base teòrica que guia la formació, tot definint els conceptes i enfocaments clau. El kit d'eines ho complementa oferint un conjunt estructurat d'activitats pràctiques presentades al manual, mentre que el MOOC actua com un recurs visual i interactiu que pot tant reforçar la formació com funcionar com a eina d'autoaprenentatge.

En conjunt, aquest programa d'aprenentatge permet a les organitzacions, tant públiques com privades, ampliar i adaptar la seva oferta formativa a les necessitats emergents del mercat laboral des d'una perspectiva d'inclusió social.

El programa s'adreça a una àmplia gamma d'agents implicats i proveïdors de formació vocacional, incloent universitats, ONG i administracions públiques. El seu objectiu és donar suport al desenvolupament professional del personal que treballa directament amb persones en situació de sensellarisme que afronten problemes complexos de salut i trauma, com ara les addiccions.

Com utilitzar aquest manual

Aquest manual del programa de capacitació està organitzat en sis mòduls, cadascun amb un conjunt d'unitats que tracten les àrees temàtiques clau:

- **Mòdul 1** – Reducció de danys
- **Mòdul 2** – Trauma
- **Mòdul 3** – Salut mental i sensellarisme
- **Mòdul 4** – Substàncies psicoactives
- **Mòdul 5** – Treball entre iguals
- **Mòdul 6** – Sensellarisme i incidència

Cada mòdul explora conceptes essencials, enfocaments i pràctiques que donen suport als i les professionals que treballen amb persones en situació de sensellarisme i que afronten desafiaments complexos de salut i socials.

Les unitats poden impartir-se de manera independent; no obstant això, recomanem implementar el programa en la seva totalitat, ja que els temes estan estretament interconnectats i es complementen entre si. Impartir el programa complet garanteix una experiència d'aprenentatge més coherent i completa, permetent a les persones participants desenvolupar una comprensió més profunda dels temes i de les seves interrelacions.

El manual està dissenyat per proporcionar la base teòrica de la formació, que es pot complementar amb les activitats pràctiques incloses en el Kit d'eines amb el contingut visual i interactiu disponible al MOOC. Es recomana a les persones formadores adaptar el contingut, la seqüència i la profunditat de cada mòdul segons les necessitats específiques, el nivell d'experiència i el context professional dels i les participants.

En participar en tot el programa, l'alumnat pot desenvolupar progressivament els seus coneixements i habilitats, enfortint la seva capacitat d'integrar la teoria en la pràctica i aplicar enfocaments centrats en la persona, de reducció de danys, basats en drets i informats pel trauma en el seu treball diari.

Acrònims i sigles

Equip Integrat per a Adults Sense Llar (AHIT)
 Experiències Adverses durant la Infància (ACEs)
 Còrtex Cingulat Anterior (ACC)
 Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat (ADHD)
 Trastorn Límit de la Personalitat (BPD)
 Canadian AIDS Treatment Information Exchange (CATIE)
 Teràpia Cognitiva Conductual (CBT)
 Intervenció en Moments Crítics (CTI)
 Trastorns per Estrès Extrem No Especificats (DESNOS)
 Dany Cognitiu Induït per Drogues (DICI)
 Manual Diagnòstic i Estadístic de Trastorns Mentals, Cinquena Edició (DSM-5)
 Desensibilització i Reprocessament per Moviments Oculars (EMDR)
 Federació Europea d'Organitzacions Nacionals que Treballen amb Persones Sense Llar (FEANTSA)
 FOCUS
 Trastorn de Percepció Persistent per Al·lucinògens (HPPD)
 Classificació Internacional de Malalties, Onzena Revisió (ICD-11)
 Psicoteràpia Integrativa de Reducció de Danys (IHRP)
 Teràpia amb Díode Emissor de Llum (LED)
 Dietilamida de l'Àcid Lisèrgic (LSD)
 Programes de Gestió de l'Alcohol (MAPs)
 3,4-Metilèndioximetanfetamina (MDMA)
 Entrevista Motivacional (MI)
 Programes d'Intercanvi d'Aguelles i Xeringues (NSP)
 Noves Substàncies Psicoactives (NPS)
 Trastorn Obsessiu-Compulsiu (OCD)
 Tractament amb Agonistes d'Opioides (OAT)
 Fenciclidina (PCP)
 Creixement Post-Traumàtic (PTG)
 Trastorn d'Estrès Posttraumàtic (PTSD)
 Teoria de l'Automedicació (SMT)
 Administració de Serveis de Salut Mental i Abús de Substàncies (SAMHSA)
 Sales de Consum de Drogues Supervisades (DCRs)
 Atenció Informada pel Trauma (TIC)
 Resiliència Vicària (VR)
 Organització Mundial de la Salut (WHO)
 Virus de l'Hepatitis C (HCV)
 Tuberculosi (TB)
 Gamma-Hidroxitirac / Gamma-Butirolactona (GHB/GBL)
 Naloxona per Portar a Casa (THN)
 Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OECD)

Durada del mòdul

Mòdul 1	Mòdul 2	Mòdul 3	Mòdul 4	Mòdul 5	Mòdul 6
Unitat 1 (120 min.) Activitat 1.1: 15-20 min. Activitat 1.2: 45 min.	Unitat 1 (180 min.) Activitat 2.1: 15 min. Activitat 2.2: 40 min. Activitat 2.3: 30 min.	Unitat 1 (120 min.) Activitat 3.1: 10 min. Activitat 3.2: 25 min. Activitat 3.3: 25 min.	Unitat 1 (170 min.) Activitat 4.1: 40 min. Activitat 4.2: 40 min.	Unitat 1 (195 min.) Activitat 5.1: 30 min. Activitat 5.2: 45 min. Activitat 5.3: 30 min.	Unit 1 (155 min.) <i>Activity 6.1: 25 min.</i> <i>Activity 6.2: 40 min.</i>
Unitat 2 (180 min.) Activitat 1.3: 30 min.	Unitat 2 (90 min.) Activitat 2.4: 40 min.	Unitat 2 (170 min.) Activitat 3.4: 40 min.	Unitat 2 (180 min.) Activitat 4.3: 60 min.	Unitat 2 (110 min.) Activitat 5.4: 50 min.	Unit 2 (265 min.) <i>Activity 6.3: 35 min.</i> <i>Activity 6.4: 50 min.</i>
Unitat 3 (180 min.) Activitat 1.4: 30 min. Activitat 1.5: 30 min.	Unitat 3 (90 min.) Activitat 2.5: 30 min.	Unitat 3 (160 min.) Activitat 3.5: 30 min. Activitat 3.6: 40 min.	Unitat 3 (60 min.)		
	Unitat 4 (120 min.) Activitat 2.6: 30 min.				
Durada total: 8 hores	Durada total: 8 hores	Durada total: 7,5 hores	Durada total: 7 hores	Durada total: 5 hores	Durada total: 7 hores

El Projecte Home4Health

Mòdul 1

Reducció de danys

Mòdul 1 | Reducció de danys

Descripció del mòdul: (6 h)

Unitat 1 – Una visió general introductòria	9
Secció 1 – Introducció al curs i participants	10
Secció 2 – Definicions	10
Secció 3 – Principis aplicats	14
<hr/>	
Unitat 2 - Models i metodologies d'intervenció	18
Secció 1 - Models d'intervenció	19
Secció 2 - Metodologies i eines d'intervenció	23
Secció 3 - Mostra d'eines pràctiques de comunicació	33
<hr/>	
Unitat 3 – Bones pràctiques en matèria de persones sense llar, consum de substàncies i trauma	35
Secció 1 – Perspectiva del treball entre iguals	36
Secció 2 - Condicions bàsiques de vida: autocura, habitatge, ocupació, accés a l'atenció sanitària	38
Secció 3 – Consum de substàncies psicoactives	46
<hr/>	
Referències	53
<hr/>	
Annex 1	57

a) Objectius i resultats de l'aprenentatge

- Definir la reducció de danys i explicar-ne la rellevància en diferents àrees d'intervenció.
- Descriure els orígens, els principis, la metodologia i les estratègies centrals de la reducció de danys.
- Identificar estratègies de reducció de danys per donar suport a les persones sense llar que enfronten desafiaments complexos relacionats amb la salut i el trauma, incloses les addiccions.
- Analitzar com es poden aplicar les estratègies de reducció de danys a diversos contextos d'intervenció.

b) Competències abordades

Competència cultural: comprendre i respectar la diversa aplicabilitat de la reducció de danys en intervencions adreçades a persones sense llar, que lluiten contra el consum de substàncies o l'addicció i/o traumes a diferents països i contextos culturals.

Habilitats analítiques: Capacitat per analitzar patrons de comportament relacionats amb el consum de substàncies psicoactives i/o traumes entre persones en situació de carrer.

Pensament crític: avaluar l'eficàcia i la idoneïtat de diverses estratègies de reducció de danys per consum de substàncies psicoactives, addicció i/o trauma, tenint en compte les necessitats i les solucions específiques del context.

Habilitats de comunicació: comunicar de manera eficaç les troballes i els coneixements sobre el consum de substàncies psicoactives entre persones sense llar a diversos públics, així com comunicar-se de maneres que promoguin la comprensió, el compromís i el canvi positiu.

c) Metodologia

- Conferències i presentacions.
- Discussions grupals.
- Estudis de casos i escenaris del món real.
- Activitats interactives.
- Recursos multimèdia (vídeos, documentals, etc.).

d) Materials

Llibres de text, informes i articles; Informació estadística; Materials d'estudi de casos; Recursos multimèdia; Diapositives de presentacions; Paper i bolígrafs.

e) Infraestructura

Una aula adequada, equipada amb un projector, una pissarra i una disposició de seients propícia pel treball en grup i els debats.

Unitat 1 | Una visió general introductòria

Secció 1 | Introducció al curs i participants

Secció 2 | Definicions

Secció 3 | Principis aplicats

Unitat 1 - Una visió general introductòria

Secció 1 | Introducció al curs i participants



Activitat 1.1 | Trencagels "Presenteu-vos" (10-15 min)

Objectiu:

Ajudar els participants a generar confiança i fomentar la connexió mitjançant l'escolta activa i l'intercanvi. Aquesta activitat ajuda els participants a conèixer-se a nivell personal i professional, a desenvolupar empatia quan parlem en nom d'una altra persona.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Secció 2 | Definicions

La reducció de danys es pot entendre com les estratègies quotidianes que utilitzem per reduir el risc de patir danys del món que ens envolta, encara que no les reconeixem conscientment. Alguns exemples inclouen:

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

Avui dia, la reducció de danys s'associa principalment al consum de substàncies. Es tracta d'un conjunt pragmàtic i humanista de principis i pràctiques dissenyats per reduir les conseqüències nocives de les conductes addictives, tant per a les persones que consumeixen drogues com per a les societats on viuen (Marlatt, 1996).

Tot i que la reducció de danys sol estar vinculada al consum de substàncies psicoactives, és 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 discapacitats intel·lectuals;
- Estiguin privats de llibertat i/o afectats per les conseqüències de la presó;
- S'enfronten a les vulnerabilitats relacionades amb el gènere.

La reducció de danys és més que una metodologia, un conjunt de principis i estratègies o un marc teòric. També es pot entendre com una filosofia: una manera de ser i de posicionar-se amb els altres i en la vida.

Els orígens de la reducció de danys

La reducció de danys es va originar a Europa com una alternativa al model tradicional de la guerra contra les drogues i al model de la malaltia del consum de substàncies o l'addicció (Marlatt, 1996). Aquest enfocament va cobrar força com una resposta més pragmàtica als problemes relacionats amb les drogues, prioritzant la salut pública sobre el judici moral o les mesures punitives.

El model de la Guerra contra les Drogues, originat als Estats Units, es pot definir com un marc de polítiques que busca criminalitzar el consum de substàncies i el tràfic de drogues. Avui dia, aquest model punitiu és àmpliament criticat a causa de les seves múltiples conseqüències negatives per a la societat i la salut pública. Va fracassar principalment perquè va emmarcar el consum de substàncies com un problema delictiu en comptes d'un problema de salut pública, o perquè es basava en polítiques socials excloents i insuficients.

Els principals resultats negatius del model punitiu inclouen:

- Un augment dramàtic en el nombre de persones empresonades per delictes de drogues;
- Impactes desproporcionats a les comunitats minoritàries i marginades;
- El reforç dels cicles de pobresa i desavantatge social;
- Augment de l'estigma al voltant del consum de substàncies psicoactives i l'addicció;
- Menor disposició entre les persones que usen drogues a buscar tractament o suport, a causa de la por de la criminalització.

Primers canvis en la política de drogues: Països Baixos

Els canvis en les polítiques tradicionals sobre drogues van començar a la dècada de 1970 als Països Baixos. Es va produir un canvi significatiu i va passar d'una perspectiva moralista a un enfocament més realista i pragmàtic sobre els problemes relacionats amb les drogues. Aquesta nova perspectiva va emmarcar el consum de drogues principalment com una qüestió de salut i benestar social, en comptes de considerar-ho únicament una preocupació de les forces de l'ordre o del sistema de justícia penal (Marlatt, 1996).

El paper dels consumidors de substàncies holandesos en el canvi de polítiques

Aquest canvi a la política de drogues es va veure fortament influenciat per la participació directa dels consumidors de substàncies holandesos. El 1980, es va fundar a Rotterdam la Junkiebond (Lliga de Drogadictes), un sindicat l'objectiu del qual era recolzar-se mútuament i millorar les condicions de vida dels seus membres.

La filosofia del grup es basava en la convicció que els mateixos consumidors de substàncies són els que millor poden comprendre i abordar els seus propis problemes. Una de les seves primeres iniciatives va ser distribuir materials d'un sol ús, com agulles i xeringues, entre la comunitat de consumidors de drogues. Aquesta intervenció va tenir un paper crucial en la lluita contra l'epidèmia de la sida en reduir la transmissió del VIH associada a l'ús compartit d'agulles.

El Junkiebond va jugar un paper decisiu en la promoció de canvis de polítiques que van legalitzar els programes d'intercanvi d'agulles, que després es van convertir en una estratègia clau de reducció de danys per abordar els riscos del VIH relacionats amb les injeccions.

Més fites històriques a la història i els orígens de la reducció de danys:

Dècada de 1920 – Regne Unit (Merseyside)

- Introducció d'un enfocament de “medicalització”, que permet a les persones que consumeixen drogues rebre substàncies prescrites, com ara heroïna o cocaïna, com a manteniment.

Dècada de 1960 i 1970

- **1967 (Regne Unit):** Primer subministrament d'equips d'injecció estèrils a persones que consumeixen drogues (PWUD).
- **1968 (Països Baixos):** Introducció de la metadona per al tractament de persones dependents de la morfina.
- **1972 (Països Baixos):** Es comença a utilitzar metadona per al nombre creixent de consumidors d'heroïna.

Dècada de 1980

- **1985 (Regne Unit):** S'inaugura el primer programa d'intercanvi d'agulles a Merseyside.
- **1985 (Països Baixos):** Junkiebond obre el seu primer programa d'intercanvi d'agulles a Amsterdam.
- **1989:** S'obren els primers llocs de consum supervisat als Països Baixos, Suïssa, Alemanya i Austràlia.

Nota per les persones formadores: En aquesta secció de la Unitat 1, cada formador/a pot adaptar el contingut al context del seu propi país, destacant les principals fites i desenvolupaments històrics associats amb la Reducció de Danys a nivell local.

Impacte social

Més enllà dels beneficis individuals, la reducció de danys també té implicacions socials importants. En el cas de les persones sense llar, per exemple, observem una participació humanitària més gran de sectors de la societat civil i dels responsables polítics, i, al mateix temps, una considerable resistència a l'adopció de polítiques d'intervenció més pragmàtiques, humanistes i individualitzades. Aquesta resistència sovint es deu a preconcepcions morals o idees errònies que aquests enfocaments requeririen una despesa pública desproporcionada.

No obstant això, els estudis de cost-efectivitat sobre solucions basades en l'habitatge –com el model Housing First– demostren consistentment un cost-efectivitat superior en comparació dels enfocaments tradicionals (Tsemberis, 2010; Currie et al., 2014), cosa que reforça els principis de reducció de danys.

A més, allò que sovint es percep com un problema aclaparadorament gran ha estat qüestionat per anàlisis que indiquen que la manca d'habitatge no segueix una distribució de corba normal, sinó més aviat un patró de llei de potència, on l'activitat es concentra en un extrem (Gladwell, 2018). Això demostra que la manca d'habitatge crònica representa una proporció relativament petita de la població total sense llar.

Un exemple conegut apareix en un article del New Yorker (Gladwell, 2018) que descriu la investigació de Dennis Culhane per a la seva tesi doctoral. Va documentar el cas d'un home que va viure en situació de carrer a Reno durant més d'una dècada, i que va generar aproximadament un milió de dòlars en despesa pública a causa d'episodis repetits d'atenció mèdica d'emergència, serveis socials i empresonament; intervencions que, en darrera instància, van perpetuar la seva situació. Tot i això, durant el període en què va estar en un programa de tractament que li va proporcionar allotjament estable i suport professional proper, va aconseguir gestionar les seves tasques diàries, mantenir relacions, complir les seves responsabilitats laborals, administrar els seus diners i fins i tot reduir o eliminar el consum d'alcohol. Malauradament, quan el programa, de durada limitada, va acabar, va tornar al carrer malgrat el seu progrés.

Al mateix article, Gladwell destaca evidència d'un programa d'habitatge a Denver que mostra que brindar habitatge i suport a persones sense llar cròniques costa aproximadament un terç del que costa deixar-les al carrer, un cop es tenen en compte els serveis d'emergència, l'atenció mèdica i la participació del sistema judicial.

Secció 3 | Principis aplicats

La reducció de danys se centra en estratègies pràctiques, imparcials i inclusives que se centren en les necessitats i objectius de cada persona, reconeixent les experiències complexes i diverses que enfronten en el maneig de la salut i el comportament. S'allunya dels models moralistes i basats en la malaltia del consum de substàncies o l'addicció, oferint una resposta més holística i humana al consum de substàncies i altres conductes d'alt risc.

Aquesta filosofia se centra en l'apoderament en involucrar les persones en les decisions sobre la seva cura, fomentant l'autonomia, l'agència i el respecte.

Alguns principis bàsics de la reducció de danys inclouen:

- **Pragmatisme:** reconèixer que el consum de substàncies i les conductes de risc són part del nostre món i s'han d'abordar de manera realista.
- **No imposició d'abstinència:** suport a les persones independentment que escullin deixar de consumir substàncies o no.
- **Humanisme:** tractar les persones amb dignitat, compassió i respecte.
- **Proximitat:** romandre prop de persones i comunitats, brindant-los suport accessible i de baixa exigència.
- **Flexibilitat:** adaptar les intervencions a les circumstàncies i necessitats de cada persona.
- **Gradualisme:** reconèixer que el canvi sovint passa en passos petits i incrementals.
- **Horitzontalitat:** promoure relacions igualitàries entre professionals i usuaris del servei, on els diferents rols no impliquen diferents drets o nivells de poder.
- **Autonomia:** defensar el dret de les persones a prendre decisions informades sobre les seves vides.
- **Responsabilitat:** fomentar la responsabilitat compartida entre individus, comunitats i serveis.
- **No jutjar:** evitar actituds estigmatitzadores i crear un entorn segur per al suport.

Aplicació dels principis de reducció de danys – Exemples:

Autonomia

Una persona en consum actiu de substàncies decideix no accedir a un tractament basat en l'abstinència. En canvi, treballa amb un servei de reducció de danys per obtenir material d'injecció estèril i realitzar revisions de salut regulars. El servei respecta la decisió de la persona, tot donant suport a un consum més segur.

Gradualisme

Una persona que utilitza estimulants diàriament comenta la seva rutina amb la seva referent de suport. De manera conjunta acorden petits canvis —com mantenir una hidratació freqüent, dormir després del consum i evitar barrejar substàncies— per reduir els riscos immediats per a la salut.

Pragmatisme

Un albert per persones sense llar permet que una persona usuària en un estat d'intoxicació es quedi durant la nit en lloc d'expulsar-la, prioritant la seguretat immediata davant del fred i la violència al carrer, mentre se la continua implicant en pràctiques de consum de substàncies més segures.

Atenció centrada en l'individu

La reducció de danys cerca prioritzar les necessitats i objectius de cada persona, convertint-la en el motor de totes les decisions de salut i assistència social. La filosofia "d'atendre les persones en la seva situació actual" no només fa referència a brindar serveis directament als qui els necessiten, sinó també a brindar una atenció personalitzada que reconeix les circumstàncies i objectius únics de cada persona. Aquest enfocament permet a les persones marcar el ritme i la direcció del propi benestar.

La reducció de danys reconeix que, si bé l'abstinència pot ser un objectiu ideal per a alguns, no és un requisit ni l'única opció viable. En canvi, se centra a reduir el mal respectant la disposició de la persona a canviar. Cada persona marca el seu ritme propi, que pot anar des de l'abstinència total fins a la reducció de conductes de risc. Aquest enfocament flexible i pragmàtic contrasta amb el model moral, que sovint insisteix que l'abstinència total és l'únic objectiu acceptable (Marlatt, 1996).

Enfocament de baix a dalt

La reducció de danys va sorgir com un enfocament de baix a dalt, impulsat en gran mesura per la defensa de les persones que consumeixen drogues. Per exemple, la creació de programes d'intercanvi d'agulles als Països Baixos va ser resultat de l'aportació directa d'usuaris de substàncies, que van advocar per polítiques per reduir els danys associats a les pràctiques d'injecció insegures. Aquesta defensa comunitària es considera fonamental per a la pràctica de la reducció de danys (Marlatt, 1996).

L'èxit de les polítiques de reducció de danys depèn d'escoltar les persones més afectades, creant sistemes més inclusius i eficaços. És fonamental garantir que persones amb experiència pròpia participin en el desenvolupament i la implementació de programes i polítiques, contribuint així a la formulació de mesures que realment s'ajustin a les necessitats dels mateixos consumidors de substàncies.

La reducció de danys per tant:

- Garanteix que les persones que consumeixen drogues (i aquelles amb antecedents de consum de drogues) tinguin habitualment una veu significativa en la creació de programes i polítiques dissenyats per atendre-les.
- Afirma que les persones que consumeixen drogues són les principals agents en la reducció dels danys associats amb el consum de drogues.
- Busca apoderar les persones que usen drogues per compartir informació, recolzar-se mútuament i desenvolupar estratègies que reflecteixin les condicions reals d'ús.

Serveis de baixa exigència

Un enfocament de baixa exigència és fonamental en el context de la reducció de danys, cosa que significa que els serveis han de ser accessibles i inclusivament, eliminant les barreres a l'atenció. Aquest enfocament facilita la disponibilitat de serveis a persones que podrien no estar preparades per a l'abstinència o tractament tradicional, oferint una gamma d'opcions que reflecteixen els diversos objectius de la població objectiu. Garanteix que el suport estigui disponible quan i on les persones ho necessitin.

Alguns exemples de pràctiques de baixa exigència inclouen:

- Brindar accés el mateix dia a serveis de desintoxicació o tractament.
- Oferir models d'atenció sense cita prèvia.
- Implementar polítiques flexibles per a cites tardanes o perdudes.
- Portar serveis directament a les comunitats que els necessiten.
- Donar suport tant a persones que consumeixen substàncies de forma activa com a aquelles que volen mantenir l'abstinència.

Aquest enfocament contrasta amb les polítiques d'alta exigència que demanen que les persones siguin abstinents abans d'ingressar als programes de tractament.

Atès que la reducció de danys reconeix que l'abstinència completa pot no ser una meta realista ni desitjable per a tothom, accepta passos graduals cap a comportaments més segurs, com ara l'ús de substàncies menys perjudicials o l'adopció de tècniques d'injecció més segures. Aquests passos representen encara un progrés significatiu en la reducció de danys. Aquest enfocament ofereix a les persones solucions pràctiques que respecten la seva etapa actual al procés de recuperació (Marlatt, 1996).

Enfocament sense prejudicis

La reducció de danys cerca eliminar l'estigma i el judici associats al consum de substàncies. Tracta les persones amb respecte i reconeix que la situació de cadascuna és única.

La reducció de danys replanteja el consum de substàncies com una conducta que es pot gestionar amb cura i dignitat, en lloc de patologitzar o criminalitzar els qui consumeixen drogues. Aquest enfocament es basa en un llenguatge sense prejudicis i centrat en la persona; per exemple, en referir-se als qui consumeixen drogues o als qui pateixen trastorns per consum de substàncies en lloc de termes estigmatitzants com drogadictes o addictes. L'objectiu és reduir l'estigma i facilitar que les persones cerquin ajuda sense por de ser etiquetades o excloses.

A diferència del model moral, que considera el consum de substàncies com a "dolent" o immoral, la reducció de danys se centra en les conseqüències de les conductes i busca minimitzar el dany, independentment de la moralitat percebuda d'aquestes conductes. Aquest principi s'alinea amb l'èmfasi de la reducció de danys a avaluar les conductes en funció del seu potencial per causar dany —a l'individu i a la societat—, en comptes del seu estatus legal o moral (Marlatt, 1996).

En centrar-se en les conseqüències negatives associades al consum de substàncies, en lloc de l'acte de consumir substàncies en si, la reducció de danys representa un canvi d'un model purament clínic a un model biopsicosocial.

La integració dels principis fonamentals crea un marc integral i compassiu per abordar el consum de substàncies, que inclou:

- Atenció centrada a l'individu;
- Enfocaments de baix a dalt que valoren l'experiència viscuda;
- Accés a serveis de baixa exigència;
- Entorns lliures de prejudicis i estigmes.

La reducció de danys també reconeix que els determinants socials més amplis (com la pobresa, la classe, el racisme, l'aïllament social, els traumes passats i la discriminació basada en el sexe) configuren tant la vulnerabilitat de les persones al dany com la capacitat per afrontar eficaçment els riscos relacionats amb les drogues.



Activitat 1.2 - Estudis de cas (20-30 min)

Objectiu:

Donar suport a les persones participants en l'aplicació dels principis de reducció de danys en la pràctica mitjançant l'anàlisi d'estudis de cas.

Les persones participants identificaran les estratègies de reducció de danys existents, reflexionaran sobre quins principis es posen en pràctica, reconeixeran les barreres i exploraran oportunitats per a intervencions més inclusives, realistes i centrades en l'apoderament.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Unitat 2 | Models i metodologies d'intervenció

Secció 1 | Models d'intervenció

Secció 2 | Metodologies i eines d'intervenció

Secció 3 | Mostra d'eines pràctiques de comunicació

Unitat 2 | Models i metodologies d'intervenció

Secció 1 | Models d'intervenció

En aquesta primera secció, l'objectiu és presentar les característiques clau dels principals models que conformen el marc teòric de l'enfocament de reducció de danys aplicat a persones en situació de carrer, consum de substàncies o addicció i trauma. Aquests models inclouen:

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

A l'annex 2 es proporciona informació addicional i més detallada sobre aquests models, que es pot lliurar als participants abans o després de la sessió de capacitació.

Cal assenyalar que dos components més rellevants del marc teòric per a les intervencions amb persones en situació de carrer i amb problemes complexos de salut, trauma o addicció són:

- **Obj:** Enfocament de reducció de danys a l'acaparament
- Atenció informada sobre el trauma

Enfocament humanista centrat en la persona

Autor: Carl Rogers

Objectiu: Carl Rogers va desenvolupar aquesta perspectiva humanista, emfatitzant la importància de construir una relació de confiança com a base per al canvi i el desenvolupament personal (Rogers, 1961). Aplicar un enfocament humanista i centrat en la persona requereix que els professionals compreguen qui són les persones, quina ha estat la seua història de vida, què han experimentat i què és significatiu per a elles.

Les persones són expertes en les seves vides. Viuen en ecosistemes únics, modelats per les seves històries, relacions, identitats, valors i aspiracions personals. Entenen el que els ha passat i el que hi té significat. L'objectiu d'aquest enfocament és reconèixer i valorar la individualitat de la trajectòria i la perspectiva de cada persona.

Eines i principis clau:

Segons Rogers, una relació de confiança es basa en tres principis fonamentals:

- **Autenticitat:** ser real, transparent i present amb la persona; permetent que es senti segura, conscient dels seus propis sentiments i capaç d'expressar-los.
- **Consideració positiva incondicional:** acceptar la condició, les conductes i els sentiments de la persona sense jutjar-la; veure-la com un individu separat amb valor inherent, independentment de les circumstàncies.
- **Comprensió empàtica profunda:** comprendre l'experiència de la persona des de la seva perspectiva, permetent-li la llibertat d'explorar tots els sentiments, conscients i inconscients, que puguin sorgir.

Rogers creia que cada individu té una motivació inherent per al canvi i la capacitat de créixer i madurar, fins i tot quan això no és visible immediatament. La relació de suport es converteix en una eina poderosa per donar suport i facilitar aquest creixement.

El model transteòric: etapes del canvi

Autors: James Prochaska i Carlo DiClemente

Objectiu: El Model Transteòric per al Canvi Conductual es basa en la premissa que l'èxit del canvi autodirigit depèn de l'aplicació de les estratègies adequades al moment oportú. Se centra en la presa de decisions individual, més que en els determinants sociobiològics del comportament, i es fonamenta en el principi que el canvi conductual és un procés en què les persones travessen diferents nivells de motivació.

Aquest model cerca recolzar les persones en la modificació dels seus patrons de comportament, alhora que ajuda els professionals a comprendre la seva experiència i context vital. Les etapes de canvi reflecteixen les activitats, implícites o explícites, mitjançant les quals les persones modifiquen les emocions, els pensaments, els comportaments o les relacions en relació amb la conducta problemàtica.

Eines i principis clau:

El model conceptualitza cinc etapes centrals del canvi:

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

A més, les persones poden experimentar una sisena etapa, que inclou:

- **Lapsus:** un breu retorn a comportaments anteriors; o,
- **Recaiguda:** un retorn més sostingut que porta la persona a una de les etapes anteriors.

El procés de canvi no és lineal; els individus sovint passen per etapes diverses vegades abans d'aconseguir un canvi estable.

- Les estratègies d'Entrevista Motivacional (EM) són les eines més rellevants per a la intervenció durant les etapes 1 a 4 (Precontemplació a l'Acció).
- Durant les etapes 5 i 6 (manteniment i recaiguda), els professionals utilitzen principalment estratègies de prevenció de recaigudes.

Model de prevenció de recaigudes

Autors: Alan Marlatt i Judith Gordon

Objectiu: El Model de Prevenció de Recaigudes és un enfocament cognitiu-conductual que inclou estratègies d'intervenció tant específiques com àmplies, permetent a professionals i pacients abordar cada etapa del procés de recaiguda. S'aplica tant a les recaigudes que tenen lloc en contextos de tractament que busquen l'abstinència com a les recaigudes en conductes de risc.

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

- prevenir una recaiguda inicial i donar suport al manteniment de l'abstinència;
- mantenir els objectius del tractament de reducció de danys;
- Promoure una gestió eficaç de les recaigudes per tal de prevenir una recaiguda total.

L'enfocament se centra en la identificació col·laborativa de les condicions que poden potenciar la conducta i augmentar la vulnerabilitat a les recaigudes. Un cop identificades aquestes situacions o factors d'alt risc, l'objectiu és establir i assajar estratègies cognitives i conductuals que ajudin la persona a superar aquests desencadenants i prevenir recaigudes futures en circumstàncies similars.

Eines i principis clau:

Un primer pas en el treball col·laboratiu amb l'individu pot ser brindar-li una descripció general del Model de Prevenció de Recaigudes i del procés de recaiguda.

El model integra dos tipus de estratègies:

- Estratègies d'intervenció específiques, que se centren en els determinants immediats de la recaiguda; i
- Estratègies globals d'autogestió, que es dirigeixen als antecedents subjacents o encoberts de la recaiguda.

Aquestes estratègies s'ensenyen a la persona usuària per ajudar-la a anticipar la possibilitat d'una recaiguda, reconèixer situacions d'alt risc i desenvolupar habilitats d'afrontament. Els components clau inclouen:

Estratègies d'intervenció específiques

- Millorar l'autoeficàcia: enfortir el sentit de domini de l'individu i la seva confiança per manejar situacions difícils sense caure-hi.
- Eliminant mites i efectes placebo: ús de la reestructuració cognitiva i l'educació basada en troballes de recerca per corregir creences poc realistes sobre el consum de substàncies.
- Maneig de recaigudes: desenvolupar un pla per preparar-se per a possibles recaigudes, permetre que la persona deixi de consumir, surti de manera segura de la situació que les va desencadenar i prevenir una progressió a una recaiguda.
- Reestructuració cognitiva: ajudar els clients a modificar les seves percepcions i atribucions pel que fa al procés de recaiguda.

Estratègies d'autogestió globals de l'estil de vida

- Equilibri a l'estil de vida i afrontament positiu:
- Avaluació dels factors d'estil de vida associats a l'estrès i al desequilibri.
- Incorporant entrenament de relaxació, gestió de l'estrès i del temps i altres habilitats cognitivoconductuals.
- Tècniques de control d'estímuls: reduir els impulsos i els desitjos limitant l'exposició a senyals prèviament associats amb el consum de substàncies.
- Tècniques de maneig d'impulsos (per exemple, "surfeig d'impulsos"): ensenyar les persones a anticipar els impulsos i interpretar l'ànsia com una resposta emocional o fisiològica normal a un estímul prèviament condicionat.
- Fulls de ruta de recaiguda: Realitzar anàlisis cognitivo-conductuals de situacions d'alt risc, identificar les diferents opcions disponibles per evitar o afrontar aquestes situacions i explorar les possibles conseqüències de cada decisió.

Secció 2 | Metodologies i eines d'intervenció

After addressing the main theoretical models that compose the framework of a harm reduction–based approach, this section aims to provide knowledge on the key methodologies and tools useful for professionals working with people experiencing homelessness and complex issues related to health, trauma, and addiction. These tools support the development of a helping relationship that promotes engagement and positive change.

For further detail, extended information is provided in Appendix 2, which may also be distributed to trainees before or after the training session.

Some of the methodologies and tools presented here are drawn from two central models: Motivational Interviewing and Integrative Harm Reduction Psychotherapy. Additional transversal tools will also be addressed in the final part of this section, which focuses on communication techniques within a supportive intervention context.

Després d'abordar els principals models teòrics que conformen el marc d'un enfocament basat en la reducció de danys, aquesta secció cerca proporcionar coneixements sobre les metodologies i les eines clau útils per als professionals que treballen amb persones en situació de carrer i amb problemes complexos relacionats amb la salut, el trauma i les addiccions. Aquestes eines donen suport al desenvolupament d'una relació de suport que promou la participació i el canvi positiu.

Per a més detalls, es proporciona informació ampliada a l'Annex 2, que també es pot distribuir als participants abans o després de la sessió de capacitació.

Algunes de les metodologies i les eines que es presenten aquí provenen de dos models centrals: l'entrevista motivacional i la psicoteràpia integral de reducció de danys. A la part final d'aquesta secció, centrada en les tècniques de comunicació en un context d'intervenció de suport, s'hi abordaran eines transversals addicionals.

Entrevista motivacional

Autors: William R. Miller i Stephen Rollnick

Objectiu: L'Entrevista Motivacional és un enfocament d'assessorament centrat en la persona que ajuda les persones a descobrir la seva pròpia motivació interna per a un canvi positiu. La seva premissa fonamental és que totes les persones tenen el potencial de canviar i que els professionals actuen com a facilitadors en aquest procés. És una metodologia ben documentada i estructurada que proporciona directrius i tècniques clares per a una intervenció eficaç, alhora que destaca pràctiques ineficaces comunes que els professionals poden adoptar inadvertidament.

Les directrius clau inclouen:

- Centrar-se en les fortaleces en lloc de les dificultats, cosa que ajuda a generar confiança i promoure l'autoeficàcia.
- Entendre l'ambivalència com a experiència humana natural, sense judici moral.
- Veure la resistència com una forma de comunicació i, per tant, com una oportunitat per explorar la perspectiva de la persona i continuar el treball constructiu.

Aquest enfocament emfatitza la col·laboració, l'empatia i el respecte, fomentant un entorn de suport on les persones se senten capacitades per explorar el canvi al seu ritme.

Eines i principis clau:

L'entrevista motivacional es basa en quatre principis bàsics:

- Expressar l'empatia a través de l'escolta activa.
- Desenvolupar la discrepància implementant estratègies que ressaltin suaument la dissonància cognitiva i la bretxa entre el comportament actual i els objectius futurs.
- Afrontar la resistència, evitant la confrontació directa i utilitzant la resistència de la persona com a informació i una oportunitat per col·laborar en lloc d'argumentar-la en contra.
- Donar suport a l'autoeficàcia, reforçant la creença de l'individu en la seva capacitat per canviar i enfortint l'esperança i la confiança.

Mètodes bàsics a l'entrevista motivacional

Aquestes habilitats comunicatives fonamentals, sovint anomenades OARS + Xerrada sobre el Canvi, s'han d'aplicar des de l'inici de la interacció i mantenir-se durant tot el procés. Creen un entorn col·laboratiu, empàtic i empoderador que recolza la motivació individual per al canvi.

1. Fer preguntes obertes

Les preguntes obertes conviden a la reflexió i animen la persona a parlar lliurement sobre les seves experiències, valors, inquietuds i objectius. Eviten respostes de sí o no i li donen espai per expressar allò que li importa.

Exemples:

- *Què és el que més us preocupa de la vostra situació actual?*
- *Com creus que canviaran les coses en el futur?*

2. Escolta reflexiva

L'escolta reflexiva demostra que el professional intenta comprendre genuïnament la perspectiva de la persona. Implica escoltar activament i després reflexionar sobre el que hem dit, de vegades afegint-hi petits matisos per aprofundir l'exploració. Això enforteix la connexió, redueix la resistència i ajuda la persona a comprendre els seus propis pensaments amb més claredat.

Exemples:

- *“Et sents insegur perquè el canvi sembla aclaparador”.*
- *“Vols que les coses siguin diferents, però no estàs segur de per on començar”.*

3.Fer afirmacions

Les afirmacions són declaracions que ressalten les fortaleses, esforç, resiliència i èxits de la persona. Ajuden a desenvolupar l'autoeficàcia i animen les persones a veure's capaces de canviar.

Exemples:

- *“Has demostrat molta persistència malgrat tot allò que has passat”.*
- *“Vas haver de tenir coratge per parlar-ne avui”.*

4.Fer resums

Els resums recopilen els punts clau de la conversa i els presenten a la persona de forma organitzada. Reforcen el que hem dit, demostren que la persona professional escolta atentament i ajuden a mantenir la direcció i l'estructura de la conversa. Són especialment útils en canviar de tema o abans de convidar la persona a discutir els passos següents.

Exemples:

- *“Permeteu-me resumir el que he sentit fins ara...”*
- *“Lavors vols reduir el dany, mantenir-te saludable i sentir-te més en control”.*

5. Fomentar el diàleg sobre el canvi

La conversa sobre el canvi fa referència als arguments, idees i desitjos de canvi de la persona. Fomentar-ho és un aspecte directiu conscient de l'entrevista motivacional: la persona professional guia la conversa cap a l'exploració de les raons de canvi de la persona, mantenint una postura col·laborativa i respectuosa. La conversa sobre el canvi ajuda a resoldre l'ambivalència i augmenta la probabilitat d'un canvi de comportament real.

Exemples:

- *“Quins serien els beneficis si les coses canviessin per a tu?”*
- *“En una escala de l'1 al 10, per què no ets en un nombre més baix?”*

Eines per explorar l'ambivalència

Explorar l'ambivalència és un component central de l'entrevista motivacional. Dues eines estructurades són particularment útils: el Balanç Decisional i el Balanç General. Encara que similars, tenen propòsits lleugerament diferents i es poden utilitzar en diferents etapes de la conversa.

1. Balanç decisional

El balanç decisional és una eina que ajuda les persones a sospesar els beneficis i costos percebuts de mantenir el seu comportament actual davant de canviar-lo. El seu objectiu principal és aclarir l'ambivalència sense prejudicis i ajudar la persona a expressar la pròpia motivació.

Generalment explora quatre quadrants:

- Beneficis de mantenir el comportament actual
- Costos de mantenir el comportament actual
- Beneficis de canviar el comportament
- Costos de canviar el comportament

Aquesta estructura permet a la persona professional i a la usuària mapejar el conflicte intern que caracteritza sovint l'ambivalència. En escoltar-se ells mateixos articular els avantatges del canvi (i els desavantatges de seguir igual), les persones usuàries comencen a generar un diàleg sobre el canvi, un component clau per avançar cap a l'acció.

Exemples d'indicacions:

- *"Què és el que més t'agrada fer servir en aquest moment?"*
- *"Quines coses no et fan tan feliç?"*
- *"Si t'imaginassis fent un canvi, quines coses positives en podrien sorgir?"*
- *"Quines preocupacions tindries sobre el canvi?"*

Aquesta eina ressalta les tensions internes, ajudant la persona a comprendre l'impacte més ampli de les seves eleccions, no mitjançant la persuasió, sinó a través de l'autoexploració guiada.

2. Balanç general

Un balanç general és una versió més específica del balanç decisional. En lloc de comparar dues opcions de comportament (mantenir o canviar), ajuda la persona a identificar els beneficis i costos específics percebuts associats a un sol comportament.

Aquesta eina funciona bé quan la persona encara està explorant, comprenent o aclarint la relació amb un comportament en particular (per exemple, el consum de drogues, el consum d'alcohol, el joc o l'evitació de l'atenció mèdica).

El balanç general normalment inclou dos elements:

- Beneficis percebuts del comportament (per exemple, plaer, alleugeriment de l'estrès, connexió social).
- Costos percebuts del comportament (per exemple, problemes de salut, dificultats financeres, tensió en les relacions).

Com que se centra en un comportament alhora, el balanç és especialment útil al principi del procés, quan la persona professional intenta comprendre què fa el comportament per la persona i per què podria ser difícil canviar-lo.

Exemples d'indicacions:

- *Què aporta aquest comportament? Quines necessitats satisfà?*
- *“Quins són alguns dels desavantatges o problemes que aquest comportament li causa?”*

Aquesta eina respecta l'experiència subjectiva de la persona i alhora ajuda a aclarir les raons emocionals i pràctiques complexes darrere dels patrons de comportament.

Aspectes importants que faciliten el canvi

- Reflex de correcció: la tendència natural a corregir el que sembla estar malament. Tot i que ben intencionat, això pot portar les persones a oposar-se al canvi. Per tant, és important suprimir aquest reflex perquè la persona explori la seva ambivalència lliurement i expressi les pròpies motivacions.
- Motivació en una relació de suport: la motivació augmenta quan la persona, no el professional, presenta 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 canviar.
- Desenvolupar la discrepància: 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.
- Discurs sobre el canvi: les persones expressen les seves pròpies raons per al canvi. El discurs sobre el canvi generalment es divideix en quatre categories:
 - desavantatges de l' statu quo
 - avantatges del canvi
 - optimisme sobre el canvi
 - intenció de canviar

Complementarietat de models

Cal destacar que els models d'Etapes de Canvi, Prevenció de Recaigudes i Entrevista Motivacional són complementaris en treballar amb persones que consumeixen drogues. La seva aplicació s'ha d'adaptar a l'etapa, les necessitats i les circumstàncies de cada individu (IDT, 2009).

Psicoteràpia Integrativa de Reducció de Danys (IHRP)

Autor: Andrew Tatarsky

Objectiu: es basa en la idea que les conductes, en particular les potencialment arriscades, com el consum de substàncies, es comprenen millor en considerar la persona en la seva totalitat i la seva relació amb el context sociocultural. Aquest enfocament cerca identificar els factors psicològics, biològics i socials que contribueixen al procés d'addicció, aclarir els múltiples significats i funcions que el consum de substàncies pot tenir a la vida d'una persona i adaptar el procés psicoterapèutic a les necessitats úniques de cada client (Tatarsky i Kellogg, 2010; Tatarsky, 2013).

L'IHRP es basa en els principis fonamentals d'una bona pràctica psicoterapèutica, amb un fort èmfasi en la relació terapèutica com a catalitzador del canvi. Integra elements d'enfocaments psicodinàmics i models cognitivoconductuals, i aplica una perspectiva biopsicosocial per comprendre el consum de substàncies. En lloc d'imposar l'abstinència, promou una exploració col·laborativa de comportaments, motivacions, objectius i opcions més segures, tot respectant la disposició de la persona per al canvi i valorant el progrés gradual.

La confiança i una sòlida aliança terapèutica són elements fonamentals de la Psicoteràpia Integrativa de Reducció de Danys. Per tant, la teràpia ha de centrar-se en la definició pròpia del problema del pacient i els seus objectius terapèutics. El treball és col·laboratiu, es basa en el respecte i l'empatia, i cerca establir objectius terapèutics i un pla per assolir-los, ja sigui la moderació, un consum més segur o l'abstinència, prioritzant el més urgent per al pacient.

Eines i principis clau:

- Ensenyar habilitats d'autoobservació, permetent la persona usuària desenvolupar una comprensió més clara del paper que el consum de substàncies juga a la seva vida: els seus desencadenants situacionals, pensaments i sentiments associats i les seves conseqüències positives i negatives.
- Desenvolupar un pla ideal per al consum de substàncies, l'objectiu del qual és maximitzar el valor positiu que el consum de substàncies pot tenir per la persona usuària i minimitzar-ne l'impacte negatiu. Aquest pla serveix com a guia realista i centrada en la persona per al canvi de comportament.
- Explorar els múltiples significats i funcions del consum de substàncies per identificar vulnerabilitats i desenvolupar solucions més adaptatives i efectives per a cadascun d'aquests factors.

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

- Gestió de l'aliança terapèutica: construcció d'una relació segura, col·laborativa i sense prejudicis que recolzi l'exploració i el canvi.
- Ús de la relació terapèutica com a font de curació: reconèixer que les experiències relacionals dins de la teràpia poden modelar seguretat, confiança i noves possibilitats interpersonals.
- Enfortiment de les habilitats d'autogestió per a un canvi positiu amb èxit: donar suport al desenvolupament d'habilitats pràctiques i de regulació emocional que millorin l'autonomia i redueixin el dany.
- Avaluació com a tractament: utilitzar l'avaluació continuada com a eina terapèutica que augmenta la comprensió de patrons, motivacions, riscos i oportunitats de canvi.

- Acceptar l'ambivalència: veure l'ambivalència com una part natural del procés de canvi i treballar amb banda i banda del conflicte intern en lloc de pressionar per aconseguir un resultat específic.
- Establir objectius de reducció de danys: establir de forma col·laborativa objectius centrats en la persona i alineats amb la preparació, necessitats i prioritats, que poden incloure un ús més segur, un ús reduït, una moderació o l'abstinència.
- Estratègies actives per a un canvi positiu, que poden incloure:
 - Educació per a la reducció de danys
 - Una actitud experimental i sense prejudicis cap al canvi de comportament
 - Surfing d'impulsos i altres tècniques de gestió d'impulsos
 - Identificació de seqüències esdeveniment–pensament–impuls–pensament–decisió–acció
 - Pensar en l'impuls i desenvolupar consciència dels senyals d'alerta primerenca
 - Equilibri decisional i diàleg intern amb banda i banda de l'ambivalència
 - Reflexió sobre les raons personals per al canvi desitjat
 - Identificar, gestionar o resoldre els factors desencadenants
 - Creació d'una llista de 18 respostes alternatives a desencadenants típics
 - Desenvolupar un pla d'acció per implementar els canvis desitjats en contextos on van tenir lloc comportaments previs

Escolta activa, escolta reflexiva i tècniques de comunicació en un context d'intervenció de suport

Autors: 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: La comunicació clara i precisa és essencial en una relació d'ajuda, ja que preveu malentesos i promou un canvi social significatiu. Això és especialment important en l'atenció a persones en situació de carrer, on l'objectiu és recolzar-les de forma integral i de manera centrada en la persona. Elements com l'empatia, el diàleg obert i respectuós, l'horitzontalitat en la relació, l'acceptació de les persones tal com són i la prestació de serveis sense prejudicis i minimitzant les barreres s'ajusten plenament a un enfocament de reducció de danys.

La comunicació implica múltiples dimensions que requereixen atenció. L'objectiu d'aquesta secció és descriure els aspectes clau que es consideren fonamentals per a les intervencions de suport i ajuda amb persones en situació de carrer. Per a més detalls, es proporciona informació ampliada a l'Annex 1, que també es pot distribuir als participants abans o després de la sessió de formació.

Pràctiques de suport (CATIE, 2022)

CATIE (2022) enumera diverses pràctiques de suport per als proveïdors de serveis que treballen amb persones que consumeixen drogues, com ara:

- **Mantenir un llenguatge corporal obert i acollidor.**

Exemple: asseure's a l'alçada dels ulls, mantenir els braços sense creuar, mantenir un contacte visual suau.

- **Crear un entorn segur i inclusiu.**

Exemple: garantir un espai càlid i privat; oferir aigua o un seient immediatament; evitar l'argot; col·locar cartells que afavoreixin la reducció de danys.

- **Protecció de la confidencialitat.**

Exemple: evitar discussions sobre persones usuàries a àrees públiques; explicar clarament com s'emmagatzema la informació personal i qui hi té accés.

- **Garantir la coherència en les polítiques i els procediments.**

Exemple: mantenir horaris coherents, tenir regles clares sobre el consum de substàncies al lloc de treball i assegurar-se que tot el personal apliqui el mateix enfocament.

- **Prendre's temps per a converses difícils.**

Exemple: reduir la velocitat, permetre el silenci, oferir descansos, reconèixer les emocions sense afanyar el client.

- **Avaluar els biaixos personals.**

Exemple: observar les pròpies reaccions internes (“Estic assumint que aquesta persona no està motivada?”) i ajustar el comportament en conseqüència.

Escolta activa

L'escolta activa és una manera sensible d'escoltar on l'oient intenta captar tant el contingut factual com l'emocional (Rogers, 1961).

Exemples:

- *“Sembla que els darrers dies han estat realment esgotadors per a tu”.*
- *Assentint, dient “t'escolto” o “pren-te el teu temps”.*
- *Permetre el silenci sense pressionar la persona a parlar.*
- *“Vaig notar que et vas quedar més callat quan vas esmentar la teva família”.*

Escolta reflexiva

L'escolta reflexiva es descriu com una empatia precisa, transmesa a través de declaracions que reflecteixen el significat de la persona (Rogers; Miller i Rollnick, 2002).

Exemples:

- *Reflexió simple: Persona usuària: "Només consumeixo perquè m'ajuda a suportar el dia". Professional: "Consumir t'ajuda a fer front a tot el que et passa".*
- *Reflexió ampliada: Persona usuària: "En realitat no és un problema; tinc el control". Professional: "Llavors sent que no hi ha absolutament cap risc per a vostè en aquest moment".*
- *Reflexió de sentiments: "Sembles frustrat i cansat de bregar amb aquesta situació".*
- *Reflexió de doble cara: "D'una banda, el consum t'ajuda a gestionar l'estrès... i de l'altra, notes conseqüències que no desitges".*

Respostes d'escolta

Les respostes d'escolta mantenen el focus en el marc de referència de la persona usuària (Cormier, Nurius i Osborn, 2017).

- **Clarificació**
"Quan dius que les coses 'van sortir malament', em pots explicar més sobre el que va passar?"
- **Parafraseig**
"El que sento és que vols baixar el consum, però és difícil quan estàs sol".
- **Reflexió**
"Estàs preocupat per la teva salut, però no estàs segur de poder canviar ara mateix".
- **Resum**
Parlem de l'estrès de la vida al carrer, de com es fa servir com a estratègia d'afrontament i del teu interès a reduir els danys. Sembla que tot això t'importa molt

Influir en les respostes

Les respostes influents ajuden gentilmente la persona a considerar opcions de canvi o noves perspectives (Egan; Cormier et al., 2017).

- **Preguntes**
"Què és el que més l'ha ajudat en el passat quan ha intentat reduir-ne el consum?"
- **Proporcionar informació**
A algunes persones els és útil fer servir equip esterilitzat per reduir les infeccions. Puc mostrar on aconseguir-ho si ho desitges.

- **Autorrevelació apropiada (utilitzada en etapes posteriors de la relació d'ajuda)**
"He donat suport a altres persones que se sentien esquinçades com tu i junts vam trobar petits passos que semblaven manejables".
- **Immediació**
Em vaig adonar que quan parlem de la teva família, et veies més distant. Què et passava aleshores?
- **Interpretació**
"Sembla que quan et sents rebutjat augmenta l'ús del poder com a manera d'afrontar-lo".
- **Confrontació constructiva/desafiament (sempre presentat amb empatia i respecte)**
Has dit que vols reduir els riscos, però segueixes consumint drogues tot sol. Com ho interpretes? [Quebra de Moldagem do Texto] (Sempre amb empatia i respecte).



Activitat 1.3 | Joc de rol d'estudi de cas (35-45 min)

Objectiu:

Desenvolupar habilitats pràctiques de 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 en donar suport a persones que consumeixen drogues.

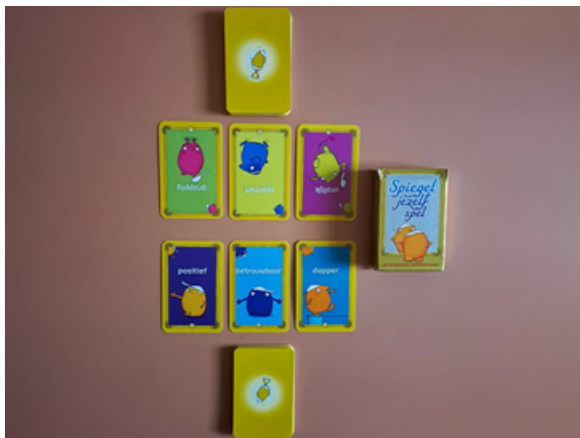
Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Secció 3 | Mostra d'eines pràctiques de comunicació

“Mira't a tu mateix/a”

Aquest joc de cartes està dissenyat perquè el juguin en col·laboració persones usuàries i professionals socials. Cada carta presenta una característica personal i el joc es pot utilitzar de diverses maneres per ajudar a identificar fortaleses, desafiaments i àrees de creixement individuals.

L'eina promou l'autodescobriment i enforteix la connexió entre usuàries i professionals, tot fomentant una relació horitzontal i no jeràrquica. Fomenta converses significatives, ja siguin breus o profundes, sobre les idees que sorgeixen durant el joc. Això la converteix en una eina senzilla però eficaç per generar interacció, fomentar la confiança i facilitar debats reflexius.



Imatge 1 - Reflexa't

Bateria

Aquesta eina funciona com un mini pla de prevenció tant per a persones usuàries com per a professionals. Ofereix un suport visual que ajuda a identificar quan les situacions van bé, es desvien lleugerament o van malament.

També facilita les converses sobre el tipus d'assistència que la persona professional pot oferir, cosa que fa que la planificació sigui més immediata i accessible. En comparació dels plans d'intervenció a llarg termini tradicionals, aquesta eina simplifica el procés i permet ajustaments ràpids i col·laboratius segons l'estat i les necessitats actuals de les persones usuàries.

HVO QUERIDO	Client	Support Worker
	What is your behavior when "things are wrong"?	Share what the support can do when "things are wrong"
	What is your day-to-day like when "things aren't going well"?	Explain how the support worker can recognize signals when "things are not going well"
	What is your behavior like when "everything is fine"?	Tell what the support worker can do when "everything is fine"

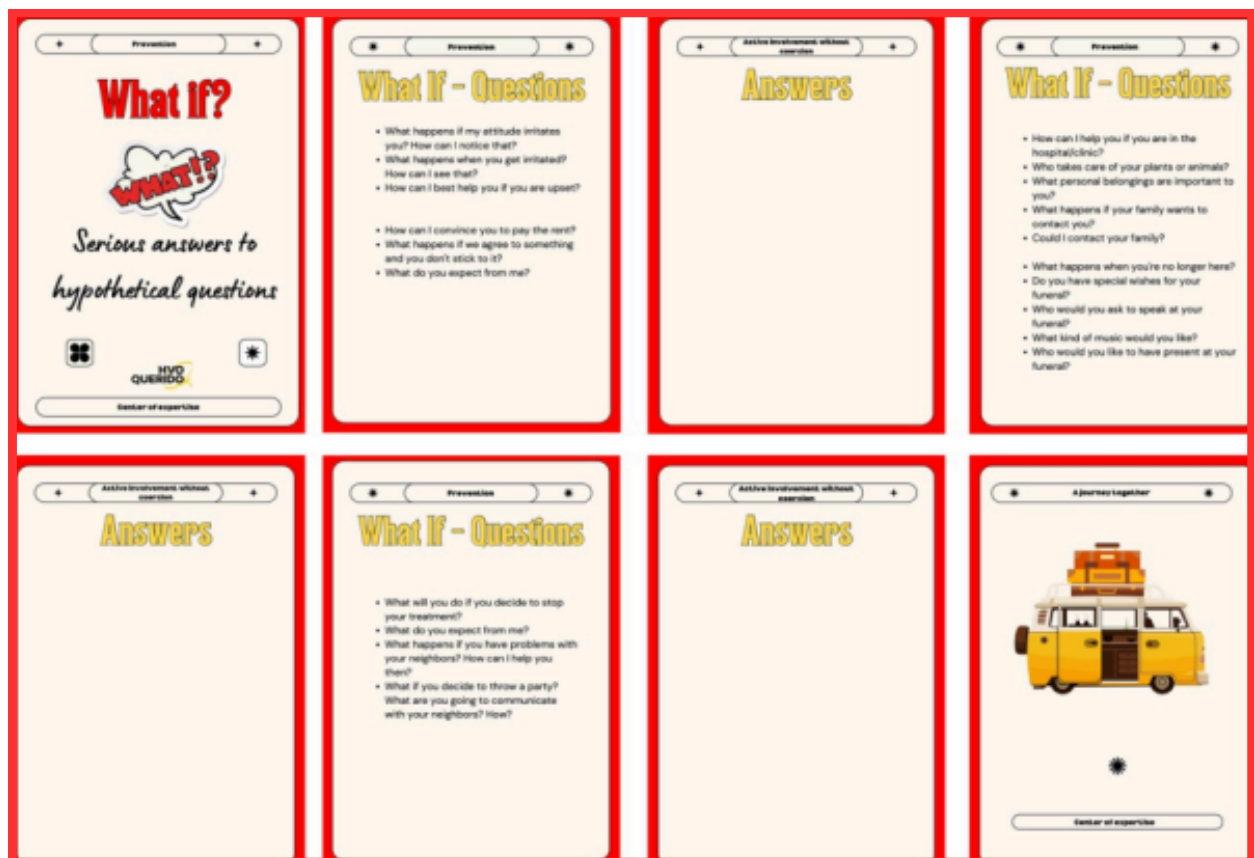
Imatge 2 - Bateria

WQuè passaria si...?!

Aquesta eina està dissenyada tant per a persones usuàries com per a professionals com un recurs preventiu per ajudar a identificar signes primerencs de desequilibri.

Inclou un fullet amb preguntes sobre possibles situacions futures, cosa que el fa especialment útil després que una persona usuària es mudï a un habitatge dins d'un programa de Housing First. Aquestes preguntes es poden abordar gradualment durant cada consulta, d'acord amb el principi de "participar en activitats sense coerció".

Els temes abordats poden incloure la identificació de persones a qui notificar en cas de mort, la planificació de la cura de les mascotes durant les estades a l'hospital i altres assumptes pràctics que donen suport a l'estabilitat i la preparació.



Imatge 3 - Què passaria si...?

Unitat 3 | Bones pràctiques sobre sensellarisme, el consum de substàncies i el trauma

Secció 1 | Perspectiva del treball entre iguals

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

Secció 3 | Consum de substàncies psicoactives

Unitat 3 | Bones pràctiques sobre sensellarisme, el consum de substàncies i el trauma

Secció 1 | Perspectiva del treball entre iguals

El treball entre iguals se centra a oferir suport empàtic basat en l'experiència viscuda i l'assistència pràctica. Les treballadores entre iguals donen suport a les persones que enfronten desafiaments similars, aprofitant les seves pròpies experiències per fomentar la confiança i forjar relacions significatives.

1. Suport individualitzat

Els i les treballadores entre iguals es reuneixen regularment amb les persones per brindar-los suport emocional, estímul empàtic i aclariments sense prejudicis. Utilitzen un enfocament horitzontal i un llenguatge i comunicació informals (argot). Poden compartir o no les pròpies històries i experiències per il·lustrar els seus punts de vista.

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

2. Col·laboració amb altres proveïdors de serveis

Els i les treballadores entre iguals solen col·laborar amb altres professionals, com professionals del treball social i 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. També garanteixen que es tinguin en compte les experiències i els antecedents subjectius de les persones a les discussions de casos o reunions multidisciplinàries.

Exemple: Una persona treballadora entre iguals participa en debats de casos o reunions multidisciplinàries per oferir retroalimentació sobre el progrés d'una persona usuària, exposar les dificultats que experimenta i garantir que l'atenció estigui coordinada.

3. Navegació de recursos

En una relació de suport entre iguals, s'ajuda les persones usuàries a accedir als recursos necessaris, com ara habitatge, atenció mèdica, serveis de salut mental, tractament d'addiccions, documentació, suport financer i legal, etc. Les treballadores entre iguals coneixen per experiència el funcionament del sistema i els serveis: han experimentat prejudicis, burocràcia i manca de suport adequat. En aquest rol, les treballadores entre iguals advoquen colze a colze amb les persones usuàries per garantir que els proveïdors d'atenció mèdica, els serveis socials o els sistemes legals escoltin la sea veu. Mantenen una actitud empàtica i comprenen la resistència que les persones eventualment presenten.

Exemple: Un/a treballadora ajuda una persona a sol·licitar assistència per a l'habitatge, la guia amb la paperassa i l'acompanya les cites de suport. També respecta la voluntat i l'autodeterminació de les persones, per exemple quan diuen que no volen anar a un alberg o un altre servei perquè no els convé.

4. Intervenció en crisi

Els i les treballadores entre iguals ofereixen suport emocional en moments de crisi, com recaigudes, inestabilitat a la llar i reaccions a desencadenants de traumes. Ofereixen atenció, redueixen la tensió en situacions estressants i ofereixen estratègies pràctiques d'afrontament.

Exemple: Una treballadora podria intervenir quan algú experimenta un brot psicòtic o una crisi emocional. Pot utilitzar la seva experiència per oferir tècniques de calma o simplement brindar una presència segura.

5. Desenvolupament d'habilitats per la vida i accés a la informació

Els i les treballadores entre iguals donen suport al desenvolupament d'habilitats pràctiques per a la vida, com ara la gestió de pressupostos, l'ús del transport públic, la cuina i altres necessitats d'habitatge. També informen les persones sobre els seus drets, els programes comunitaris disponibles i com es poden desenvolupar en els sistemes sanitaris, socials i legals.

Exemple: Un treballador entre iguals ensenya habilitats bàsiques d'administració financera a algú que acaba d'aconseguir un habitatge, ajudant-lo a aprendre com administrar els pagaments de lloguer, les factures i el pressupost.

6. Facilitació del grup

Els i les treballadores entre iguals poden liderar o co-facilitar grups de suport per a persones que enfronten la manca d'habitatge, el consum de substàncies i el trauma, creant un espai segur i sense prejudicis on aquestes poden compartir les seves històries, desafiaments i èxits.

Exemple: Facilitar una reunió grupal on les persones sense llar comparteixen recursos, discuteixen les necessitats i es recolzen mútuament per enfrontar els desafiaments diaris.

7. Defensa

Els i les treballadores entre iguals advoquen davant de professionals de la salut, serveis socials i legals, polítics, àmbit universitari i la comunitat en general sobre les necessitats de les persones, les experiències traumàtiques i la manca de respostes. Conscientitzen sobre els determinants socials de la salut i la interconnexió entre la manca d'habitatge, el trauma i el consum de substàncies.

Exemple: Una treballadora entre iguals parla en un congrés, assenyalant la seva pròpia experiència amb els serveis i el que cal fer de manera diferent per respondre a les necessitats de les persones.

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

La manca d'habitatge adopta moltes formes, cosa que significa que no hi ha una única solució per oferir vies sostenibles per sortir-ne.

Tot i que totes les persones sense llar necessiten un habitatge adequat, sostenible i assequible, el nivell i el tipus de suport addicional necessari poden variar molt de persona a persona.

Cures personals

El component d'autocura no ha de basar-se en una noció idealitzada o convencional de “cuidar-se a si mateix”, sinó centrar-se en estratègies pràctiques, realistes i de baixa exigència, coherents amb els principis de reducció de danys, treball centrat en la persona i l'autonomia. Per a les persones en situació de carrer —moltes de les quals viuen amb traumes, pobresa, problemes de salut mental i consum actiu de substàncies—, l'autocura s'ha d'entendre dins del context real, no com una llista d'expectatives.

1. L'autocura com a supervivència:

- Cal reconèixer que les persones sense llar ja practiquen l'autocura de múltiples maneres simplement per sobreviure.
- Exemples: protegir documents, administrar pertinences, trobar llocs més segurs per dormir, racionar substàncies o mantenir petites rutines.
- Per tant, cal evitar els missatges moralistes com “hauries de cuidar-te millor” i centrar-se en allò que és possible, no en allò ideal.

2. Higiene i cura personal realistes:

- Això comprèn accés a dutxes, banys, serveis de bugaderia, kits d'higiene i higiene menstrual.
- Algunes de les barreres comunes que poden sortir sobre això són les preocupacions de seguretat, els horaris restrictius d'alguns d'aquests serveis, o l'estigma o vergonya.
- Estratègies de baixa exigència:
 - Proporcionar petits kits d'higiene per a una neteja ràpida.
 - Identificar espais segurs per rentar o canviar-se de roba.
 - Suport per proporcionar articles essencials.

Moltes dones, persones no binàries i homes trans en situació de carrer s'enfronten a importants barreres per gestionar la menstruació de manera segura i còmoda. L'accés limitat a banys, dutxes, roba interior neta o productes mensuals pot provocar infeccions, vergonya i restriccions a les activitats diàries.

Un kit d'higiene menstrual pot incloure:

- Compreses o tampons;
- Compreses o calces menstruals reutilitzables o copes menstruals (només quan sigui segur fer-les servir i es compti amb les instal·lacions adequades);
- Tovallolletes humides per la neteja quan no hi ha aigua disponible;
- Bosses d'un sol ús per a l'eliminació segura del producte;
- Roba interior neta;
- Una petita bossa per a emmagatzematge discret.

Per què són importants:

- Per promoure la dignitat menstrual i reduir-ne l'estigma;
- Per prevenir infeccions causades per l'ús prolongat d'un mateix producte;
- Per permetre que les persones es moguin lliurement sense por de fugues;
- Per donar suport a l'autonomia i reduir la dependència de cicles de donació impredecibles.
- Ús de kits per crear vincles
- La distribució de kits d'higiene pot ser un punt de partida important per enfortir les relacions.

Les persones professionals poden aprofitar aquesta oportunitat per:

- Preguntar a la persona com està: “Tens el que necessites aquesta setmana?”
- Explorar les barreres: “Hi ha algun lloc on et sentis segur per rentar-te o netejar-te?”
- Oferir suport: “Vols que t'ajudem a accedir a una dutxa, a una bugaderia oa un servei de salut?”

Aquestes interaccions sovint obren portes a converses més profundes sobre la salut, l'habitatge, la seguretat o el consum de substàncies.

3. Gestió de la salut física i mental (des d'una perspectiva de reducció de danys):

- Fomentar la consciència dels signes bàsics de malestar o deteriorament físic.
- Autocura quan el consum de substàncies és continu:
 - Hidratació, nutrició bàsica.
 - Reconèixer els riscos de sobredosi i mesures preventives senzilles.
 - Trobar llocs per dormir més segurs quan sigui possible.
- Autoconsciència emocional:
 - Reconèixer signes d'estrès, esgotament, tristesa o irritabilitat.
 - Estratègies senzilles d'ancoratge o regulació emocional ofertes pel personal.

4. Estratègies de reducció de danys com a autocura:

- Evitar l'ús de manera solitaria.
- Testejar abans les substàncies, quan això sigui possible.
- No compartir la parafernàlia.
- Començar amb dosis més petites.
- Ser conscient del consum de múltiples substàncies.
- Mantenir la naloxona accessible quan estigui disponible.

5. Estructura i organització diària mínima:

- **Les petites rutines poden proporcionar estabilitat i reduir el caos:**
 - Horaris regulars per menjar o descansar.
 - Mantenir pertinences importants a llocs més segurs.
 - Establir patrons simples i predictibles.
- **Eines pràctiques:**
 - Llistes de verificació breus.
 - Targetes d'autoavaluació diària en format de "semàfor".
 - Mini plans de prevenció o seguretat.

6. Relacions i suport social:

- Identificar aquelles relacions segures i aquelles que son insegures.
- Fomentar la connexió amb persones que brinden suport: amigats o persones conegudes que brinden alè; treballadores entre iguals amb experiència viscuda; professionals d'intervenció en medi obert; voluntaris comunitaris; membres de grups religiosos o culturals (quan sigui rellevant i elegit per la persona), etc.
- Petites estratègies per demanar ajuda quan cal: identificar una o dues persones de confiança per contactar en moments d'estrès; crear un petit pla d'ajuda: "A qui puc trucar"? Què puc dir? On puc anar si no em sento segur?"; utilitzar missatges de text quan parlar es fa massa difícil; programar recordatoris per contactar amb els i les treballadores socials; portar una llista de contactes d'emergència i serveis de suport, etc.
- Promoció de xarxes de suport informals.
- Convidar les persones a participar en esdeveniments d'entitats o grups i formar part de la comunitat: convidar els usuaris del servei a obrir esdeveniments comunitaris; encoratjar-los a unir-se a tallers, matins de cafè, activitats creatives, grups esportius o cercles de suport entre iguals; oferir-los acompanyar-los la primera vegada si l'ansietat o la desconfiança són una barrera; brindar suport de transport quan calgui, etc.

7. Autonomia i autodeterminació

- L'autocura és una elecció, no una obligació.
- Els i les professionals han d'evitar imposar rutines. En comptes d'això, poden:
 - Explorar el que la persona ja fa;
 - Reforçar les fortaleses existents;
 - Co-crear metes petites i assolibles.
- És important ajudar les persones a definir què significa l'autocura per a elles en el context en el que es troben.

En resum, dins d'un enfocament relacional de l'autocura, els i les professionals no haurien de "prescriure" l'autocura. En canvi, haurien de:

- Explorar les pràctiques, rutines i estratègies d'afrontament existents de la persona.
- Validar les estratègies que les persones ja utilitzen per mantenir-se segures, estables o bé.
- Identificar conductes protectores que les persones podrien no reconèixer com a autocura (per exemple, establir límits, triar pràctiques d'ús més segures, buscar espais tranquils).
- Co-crear estratègies d'autocura realistes i factibles que respectin l'experiència viscuda, les prioritats i la capacitat actual de la persona.

Allotjament

1 - Housing First

Model desenvolupat per Sam Tsemberis (2010), creador del primer programa Pathways Housing First.

Les característiques principals inclouen:

- Habitatges dispersos en apartaments independents i comunitaris.
- Habitatge combinat amb serveis de suport prestats per un equip multidisciplinari, inclosos professionals de treball entre iguals.
- Compromís a llarg termini: l'equip recolza les persones usuàries durant el temps que sigui necessari, sense límits de temps.
- Dos requisits bàsics:
- Visita domiciliària setmanal del personal del programa
- Compliment del contracte d'arrendament i pagament de lloguer (normalment el 30% dels ingressos del participant es destina al lloguer)
- L'elecció de la persona usuària i l'autodeterminació son principis fonamentals.

Evidència d'eficàcia: les investigacions mostren de manera consistent que Housing First és altament eficaç per acabar amb el sensellarisme (ajudant aproximadament 8 de cada 10 persones a assolir estabilitat habitacional a llarg termini) i és més rendible que els albergs o allotjaments d'emergència, o que els models que prioritzen el tractament (Tsemberis, 2010).

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

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

2 - Reubicació ràpida

- Paquet de suport personalitzat i de durada limitada (normalment sis mesos), que pot incloure assistència financera per al lloguer i les despeses de mudança, suport 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-se amb recursos que milloren el benestar, la seguretat, la salut, els serveis socials i les oportunitats d'ocupació.
- Permet a les persones usuàries mantenir els pagaments d'habitatge després de l'assistència financera.
- Funciona com una forma de prevenció secundària per evitar que les persones i les famílies entrin en cicles socials difícils i mitigar els efectes negatius de la manca d'habitatge a llarg termini.

3 - Desviament

- Dissenyat per ajudar ràpidament persones i famílies que recentment s'han quedat sense llar, evitant que ingressin al sistema d'emergència social.
- Un enfocament intensiu i centrat en la persona usuària busca immediatament solucions d'habitatge alternatives als albergs, oferint serveis per estabilitzar l'habitatge o facilitar la transició a un habitatge permanent.
- L'objectiu és prevenir o endarrerir l'ingrés a albergs d'emergència mitjançant la identificació d'alternatives segures basades en els recursos disponibles per a les persones i les famílies, en lloc de dependre dels sistemes de resposta a la manca d'habitatge. Es tracta d'un servei col·laboratiu, prestat per professionals qualificats que utilitzen solucions creatives i flexibles, incloent-hi assistència financera, per facilitar la transició a un habitatge segur.

Ocupació

1. Ocupació de baixa exigència

Les oportunitats de feina de baixa exigència permeten a les persones triar el seu propi nivell de compromís setmanal, o fins i tot diari. Els i les usuàries del servei poden decidir quantes hores o dies volen dedicar a una activitat i, gradualment, augmentar-ne la participació segons els seus desitjos, motivació i capacitat. Alguns projectes i organitzacions fins i tot ofereixen itineraris de formació complets que capaciten els participants per a professions específiques.

Una característica clau dels serveis de baixa exigència és l'enfocament adoptat pels professionals de suport. S'espera que el personal mantingui una actitud respectuosa, no jutjadora i basada en les fortaleces, la qual cosa ajuda a construir relacions de confiança i d'apoderament amb les persones usuàries del servei.

Els projectes d'integració laboral poden tenir un fort impacte positiu en l'autoestima, la determinació i el benestar general dels participants, fins i tot quan no aconsegueixen una ocupació regular directament o requereixen múltiples passos intermedis, com ara formació contínua o ocupació amb suport. Per a moltes persones amb experiència en situacions de carrer, pobresa i exclusió social, l'oportunitat de contribuir, aprendre i participar en activitats quotidianes significatives representa un punt d'inflexió important.

No obstant això, els mercats laborals actuals són altament competitius, i cada cop és més difícil per a les persones menys qualificades o amb menys encaix laboral obtenir i mantenir una ocupació estable. Per tant, les intervencions d'ocupació centrades principalment en la inserció laboral poden fracassar, ja que el seu èxit depèn en gran mesura de les condicions econòmiques externes.

Les persones que han experimentat la manca d'habitatge o han consumit drogues enfronten barreres particulars per a l'ocupació, entre elles:

- Trajectòries vitals discontinües, amb llargs períodes de desocupació i bretxes al CV
- Menor resiliència a l'estrès relacionat amb la feina, sovint vinculat a traumes, problemes de salut o exclusió a llarg termini.
- Estigma i prejudicis dels ocupadors relacionats amb la manca d'habitatge o el consum de substàncies al passat

Per a molts usuaris de serveis, la plena integració laboral pot ser, per tant, una fita poc realista o inabastable. Les organitzacions han de ser cauteloses en definir la integració laboral com l'objectiu principal, o únic, de les intervencions, ja que fer-ho podria conduir involuntàriament al fracàs de moltes de les persones participants.

Accés a l'atenció sanitària

1. Descentralització

La descentralització de l'atenció en la reducció de danys es refereix a allunyar-se de les intervencions de model únic (com les clíniques que només ofereixen un tipus de tractament) cap a una xarxa de serveis interconnectats que siguin flexibles, accessibles i adaptats als entorns diaris de les persones que consumeixen drogues, en particular les que no tenen llar.

En comptes d'esperar que les persones s'adaptin a sistemes de salut i assistència social rígids, complexos o orientats a l'abstinència, la descentralització els acosta directament els serveis, eliminant les barreres tradicionals i ampliant les oportunitats de participació. Aquests serveis poden incloure suports per a la reducció de danys integrats amb el tractament, l'educació, els serveis d'ocupació, l'allotjament temporal i d'emergència o solucions d'habitatge a llarg termini, tot funcionant com a continu d'atenció interconnectat.

Alguns exemples de serveis de reducció de danys descentralitzats i integrats inclouen:

- Unitats mòbils de reducció de danys, lliurament de subministraments, intervencions breus i suport a diversos llocs
- Equips d'intervenció comunitària que involucren les persones en els seus propis entorns amb flexibilitat i consistència.
- Centres d'accés lliure de baixa exigència que ofereixen suport per a necessitats bàsiques, assessorament i connexió amb serveis.
- Llocs de consum supervisat que brinden entorns d'ús més segurs i monitoratge de la salut
- Reducció de danys integrada als serveis d'habitatge o albergs, que recolza l'estabilitat i redueix els riscos (EUDA, 2023)

Aquest enfocament reconeix que els models tradicionals, centralitzats o basats en l'abstinència solen excloure les persones en situació de carrer a causa de requisits burocràtics, estigma o condicions prèvies com la sobrietat obligatòria. Per contra, la reducció de danys descentralitzada redueix les barreres, augmenta la participació i amplia l'accés a l'atenció essencial.

Aspecte	Atenció centralitzada	Atenció descentralitzada
Ubicació del servei	Lliurat en un únic lloc fix (per exemple, clínica, hospital)	Lliurat a múltiples ubicacions, inclosos carrers, refugis, llocs d'habitatge i unitats mòbils.
Accessibilitat	Sovint limitat; les persones usuàries han de viatjar al servei i complir els requisits del programa.	Alta accessibilitat; els serveis arriben a les persones usuàries als seus propis entorns
Apropar-se	Estandarditzat, talla única	Flexible, centrat en la persona, adaptat a les necessitats i els contextos individuals.
Requisits d'entrada	Poden requerir cites, documentació o abstinència.	Llindar baix; requisits mínims o nuls, no cal abstinència
Adequació per a persones en situació de carrer	Sovint pobres a causa de barreres burocràtiques i estructures inflexibles	Força; es troba amb les persones on són i s'adapta a la inestabilitat o manca de rutina.
Tipus de serveis oferts	Generalment un sol model (per exemple, només tractament mèdic)	Múltiples serveis interconnectats (reducció de danys, habitatge, extensió, assistència mèdica i suport social)
Compromís	Menor per a les persones en situació d'exclusió a causa de l'estigma o de regles rígides	Superior pel respecte, l'elecció i l'absència de condicions punitives.
Estil de relació	Pot semblar jeràrquic o clínic.	Col·laboratiu, horitzontal i generador de confiança
Capacitat de resposta a les crisis	Limited; clients must seek help	Highly responsive; services proactively respond in real time
Integration with community	Menys integrat; els serveis operen per separat	Força integració; equips multidisciplinaris es coordinen entre sectors
Resultats per a les persones que consumeixen drogues	Pot passar per alt aquells amb més risc	Millor abast, més continuïtat de l'atenció, menors danys



Activitat 1.4 | Vídeo Fòrum amb Exemples de Bones Pràctiques en Autocura, Habitatge, Ocupació i Accés a la Salut

Objectiu:

Exposar les persones participants a exemples reals d'intervencions per a persones sense llar i programes de reducció de danys, com ara Housing First, iniciatives d'ocupació de baixa exigència i estratègies d'integració social, alhora que es fomenta la reflexió crítica sobre diversos enfocaments. L'objectiu és enfortir la comprensió de les respostes eficaces i centrades en la persona i inspirar l'adaptació i l'aplicació d'aquests enfocaments en els seus propis contextos professionals.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Secció 3 | Consum de substàncies psicoactives

El consum de substàncies pot provocar problemes de salut tant crònics com aguts, que es poden veure agreujats per factors com les propietats farmacològiques de les substàncies, la via d'administració, les vulnerabilitats individuals i el context social en què es consumeixen. Per reduir els danys relacionats amb el consum de substàncies, cal una àmplia gamma de respostes accessibles, flexibles i de baixa exigència.

Històricament, les iniciatives de reducció de danys s'han centrat principalment a ampliar l'accés al tractament amb agonistes opioides i als programes d'intercanvi d'agulles i xeringues, principalment com a resposta al consum d'heroïna d'alt risc i a l'epidèmia del VIH/sida. Tot i això, en les últimes tres dècades, la reducció de danys ha evolucionat per incorporar una gamma més àmplia d'intervencions (EUDA, 2024), com:

- **Tractament amb agonistes opioides (TAO):** inclou metadona, buprenorfina o morfina oral d'alliberament lent per estabilitzar l'ús d'opioïdes i reduir l'abstinència, la sobredosi i la transmissió de malalties infeccioses.
- **Programes d'agulles i xeringues (NSP):** subministrament d'equips d'injecció estèrils i opcions d'eliminació segura per prevenir el VIH, l'hepatitis B/C i altres danys relacionats amb les injeccions.
- **Kits d'inhalació i fumar més segurs:** equips per reduir els riscos associats amb les substàncies inhalades o fumades (per exemple, prevenir cremades, infeccions i transmissió de malalties respiratòries).
- **Kits per l'esnifat:** materials que redueixen el dany nasal i la transmissió d'infeccions com l'hepatitis C.
- **Sales de Consum Supervisat de Drogues (SDC) / Espais de Consum Segur:** espais higièncics i supervisats on les persones poden utilitzar medicaments prèviament obtinguts sota la supervisió de personal capacitats, reduint les morts i infeccions per sobredosi.

- **Programes de naloxona per portar a casa:** distribució de kits de naloxona i capacitatció per revertir les sobredosis d'opioides en entorns comunitaris.
- **Serveis de control i anàlisi de drogues:** permeten les persones usuàries analitzar substàncies per detectar adulterants perillosos, variabilitat de dosis i contaminants, cosa que redueix el risc d'intoxicació i sobredosi.
- **Unitats mòbils de reducció de danys:** camionetes o equips d'intervenció comunitària que brinden subministraments per a la reducció de danys, atenció de ferides, intervencions breus i derivacions directament a la comunitat.
- **Centres d'accés lliure de baixa exigència:** espais que ofereixen serveis bàsics com menjars, dutxes, àrees de descans, assessorament, suport en situacions de crisi i derivacions sense exigir abstinència.
- **Educació per a la prevenció de sobredosi:** capacitatció sobre pràctiques d'ús més segures (per exemple, evitar barrejar depressors, utilitzar dosis de prova més petites, no fer-los servir sols).
- **Integració de la reducció de danys als serveis d'habitatge i refugi:** donar suport a les persones que continuen consumint substàncies quan estan allotjades, seguint els principis d'habitatge primer i de no desallotjament.
- **Participació entre iguals i extensió dirigida per els iguals:** persones amb experiència viscuda brindant educació, subministraments, suport i creant confiança amb els serveis.
- **Cura de ferides i intervencions sanitàries bàsiques:** tractament de ferides relacionades amb injeccions, infeccions de la pell i altres problemes de salut aguts al lloc.
- **Enfocaments de reducció de danys basats en el trauma:** reconèixer el paper del trauma en els patrons de consum de substàncies i garantir que els serveis siguin segurs, empoderadors i no coercitius.
- **Ús sexualitzat de drogues (per exemple, en entorns de chemsex):** brindar informació, subministraments i suport per a un ús més segur de drogues en contextos sexuals

Programes d'intercanvi d'agulles

- Els programes d'intercanvi d'agulles tenen com a objectiu prevenir la transmissió de malalties infeccioses relacionades amb l'ús de drogues intravenoses mitjançant la promoció de pràctiques asèptiques.
- Augmenten l'accés a materials d'injecció estèrils, inclosos:
 - agulles i xeringues netes
 - filtres
 - tovalloletes amb alcohol
 - aigua destil·lada
 - àcid cítric
 - un altre equip d'injecció apropiat
- Els programes també han d'incloure un component educatiu, oferint:
 - Informació sobre pràctiques d'injecció més segures i de menor risc
 - oportunitats perquè les persones reflexionin sobre els seus hàbits de consum
 - espai per discutir inquietuds amb les treballadores de reducció de danys
- Els programes d'intercanvi d'agulles es poden implementar en diversos entorns de reducció de danys, com ara:
 - unitats mòbils
 - equips d'extensió de carrer
 - sales de consum de drogues
 - centres d'acollida de baixa exigència
- Aquests programes serveixen com a pont cap als serveis socials i de salut, oferint oportunitats de mediació i derivació.

Programes de substitució d'opioides de baixa exigència

- Els programes de substitució d'opioides de baixa exigència ofereixen suport a les persones que no volen deixar o no poden deixar de consumir heroïna en un moment determinat de la vida.
- Aquests programes tenen com a objectiu millorar la qualitat de vida a les dimensions sanitària, social i econòmica.
- La intervenció es basa en l'administració de Clorhidrat de Metadona, prescrita i supervisada per professionals mèdics.
- La metadona ajuda a:
 - prevenir els símptomes d'abstinència,
 - reduir els desitjos,
 - proporcionar una llarga semivida (≥ 24 hores), que afavoreix l'estabilització psicològica,
 - organitzar millor la vida diària,
 - facilitar la millora de les relacions interpersonals i la reintegració social

- Quan es pren diàriament, la metadona arriba a un estat estable després d'aproximadament cinc dies.
- Els beneficis s'estenen més enllà de l'individu i inclouen:
 - millora del benestar físic i mental de la persona i la família.
 - reducció dels costos de salut pública
 - reducció de costos dins del sistema de justícia
- Els programes de substitució d'opioides de baixa exigència es poden implementar a través de:
 - estructures clíniques fixes.
 - unitats mòbils adaptades específicament per a aquest propòsit (IDT, 2009).

Sales de consum supervisat

- Les sales de consum de supervisat són instal·lacions d'atenció mèdica supervisades per professionals on les persones poden consumir drogues en condicions més segures i higièniques, sense por de ser arrestades o patir conseqüències legals.
- Els seus principals objectius inclouen:
- Proporcionar un entorn segur i supervisat
 - oferir supervisió mèdica
 - garantir l'accés a l'equip estèril
 - reduir riscos com sobredosi, transmissió de malalties infeccioses i pràctiques de consum insegures.
- Les sales atenen principalment poblacions altament marginades que enfronten barreres significatives per accedir als serveis socials i de salut.
- Sovint actuen com a portes d'entrada a suport addicional, com ara atenció sanitària, serveis socials, assistència per a l'habitatge o programes de tractament.
- Aquestes instal·lacions solen estar ubicades a prop de llocs oberts on el consum de drogues en públic és comú.
- En oferir un espai designat per al consum, les sales de consum tenen com a objectiu:
 - reduir el consum públic de drogues
 - disminuir l'eliminació inadequada de xeringues i altres deixalles relacionades amb medicaments
 - millorar els serveis públics i el benestar de la comunitat
 - abordar les preocupacions sobre l'ordre públic i la seguretat
- Com a serveis accessibles i de baixa exigència, les sales de consum supervisat ajuden a combatre l'estigma:
 - Tractant les persones que consumeixen drogues amb dignitat i respecte;
 - Donant suport a les vies d'integració social, incloses l'habitatge i l'ocupació.
- Les sales de consum supervisat també tenen un paper clau en la detecció primerenca de patrons emergents de consum de drogues, ja que sovint són els primers serveis a observar noves substàncies o modes de consum entre grups d'alt risc (EUDA, 2024).

Programes de Manteniment d'Alcohol (PMA)

- Els Programes Manteniment d'Alcohol (PMA) estan dissenyats per a persones amb trastorns greus per consum d'alcohol que també enfronten barreres importants, com ara la manca d'habitatge, la pobresa, l'estigma en l'atenció mèdica i els traumes passats.
- Els PMA tenen com a objectiu reduir els danys sanitaris, socials i estructurals associats al consum problemàtic d'alcohol.
- Per a moltes persones usuàries, l'atenció mèdica tradicional i el tractament basat en abstinència no són opcions viables ni accessibles.
- Els PMA ofereixen una alternativa a l'abstinència, centrant-se en objectius alineats amb les necessitats i les circumstàncies de la persona.
- Aquests programes són de baixa exigència i permeten que les persones accedeixin a suport fins i tot mentre continuen bevent.
- Els PMA sovint s'integren en entorns d'habitatge amb barreres baixes, on els participants també poden accedir a:
 - necessitats bàsiques (alimentació, habitatge, higiene)
 - atenció mèdica
 - suport de salut mental
 - serveis de gestió social i de casos
- El programa inclou suport psicosocial i avaluacions periòdiques d'intoxicació, riscos per a la salut i benestar.
- Les persones participants reben una quantitat mesurada d'alcohol, distribuïda a intervals regulars al llarg del dia. Aquesta estructura ajuda a:
 - reduir el consum general d'alcohol,
 - prevenir l'abstinència d'alcohol potencialment mortal,
 - reduir la dependència de l'alcohol no bevable (per exemple, el del col·lutori bucal o el desinfectant de mans)
 - establir el funcionament i les rutines diàries
- En crear seguretat i estabilitat, els PMA ajuden les persones a interactuar de manera més efectiva amb els serveis, millorar-ne la salut i millorar-ne la qualitat de vida en general (Help With Drinking, 2025).

Serveis d'anàlisi de drogues

- Els serveis d'anàlisi de drogues són una intervenció clau de reducció de danys que permet que les persones que consumeixen drogues n'analitzin químicament les substàncies.
- Aquests serveis proporcionen informació sobre:
 - el contingut i la composició de la mostra del fàrmac,
 - la potència de les substàncies,
 - la presència d'adulterants, productes químics desconeguts o contaminants perillosos
- Consells i advertiments sobre reducció de danys i tendències actuals en matèria de drogues
- La comprovació de drogues es pot fer en diferents entorns, entre ells:

- Laboratoris fixos, on les persones o les organitzacions poden enviar mostres i rebre resultats en qüestió de dies.
- Laboratoris mòbils, sovint ubicats a festivals, espais d'oci nocturn o clubs, que brinden resultats gairebé immediats.
- Els djserveis d'anàlisi de drogues ajuden a reduir els danys al:
 - Identificar substàncies que contenen components inesperats o perillosos
 - Permetre alertes primerenques de salut pública sobre lots contaminats o d'alt risc
 - Ajudar a prevenir sobredosi mitjançant informació sobre la potència.
- Aquests serveis són eficaços per involucrar les persones joves que fan ús de drogues recreatives, moltes dels quals no tenen accés als serveis socials o de salut tradicionals.
- A mesura que les drogues sintètiques, inclosos els opioides sintètics d'alta potència, esdevenen cada cop més comuns a Europa, els serveis d'anàlisi de drogues han esdevingut una resposta essencial per a la salut pública i la reducció de danys.

Administració i capacitatció sobre naloxona

- La naloxona és un medicament, comunament disponible en forma d'aerosol nasal, que es fa servir per revertir les sobredosis d'opioïdes en contrarestar la depressió potencialment mortal dels sistemes nerviós central i respiratori, cosa que permet que la persona torni a respirar normalment.
- Quan s'administra ràpidament, la naloxona pot salvar vides, brindant-li un temps crucial a la persona mentre espera assistència mèdica d'emergència.
- La naloxona no és addictiva, no té cap efecte si no hi ha opioïdes presents al cos i el seu ús és segur (Correlation, 2024).
- Les intervencions eficaces amb naloxona van més enllà de la distribució i inclouen:
 - Capacitar els i les treballadores de reducció de danys, les persones usuàries i els membres de la comunitat perquè reconeixin els signes de sobredosi.
 - Ensenyar pas a pas de la resposta davant d'una sobredosi, incloent posicionament segur, crida a serveis d'emergència i administració de naloxona
 - Fomentar la presència de naloxona entre persones que consumeixen opioïdes, companys, familiars, equips d'intervenció comunitària i altres persones que puguin presenciar una sobredosi.
- Una major disponibilitat de naloxona, tant per a ús personal com professional, pot reduir significativament les morts relacionades amb les drogues, especialment quan els que tenen més probabilitats de ser els primers a arribar a l'escena hi tenen fàcil accés.
- Tot i que la naloxona per si sola no és una solució completa a la mortalitat relacionada amb les drogues, és un component clau d'un procés més ampli de reducció de danys i tractament.
- La naloxona és segura, rendible i, el més important, salva vides (Homelessness Link, 2020).



Activitat 1.5 | Vídeo Fòrum amb Exemples de Bones Pràctiques en Reducció de Danys per Consum de Drogues

Objectiu:

Exposar les persones participants a exemples de la vida real de programes d'intervenció per a persones sense llar i de reducció de danys (en particular, aquells que aborden el consum de substàncies) perquè puguin aprofundir la comprensió de respostes efectives centrades en la persona i obtenir inspiració per aplicar estratègies apropiades al context dins de la seva pròpia pràctica.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Referències

Referències

Comunitat Cork Simon. (2024). Reconeixement i resposta al trauma: Guia per a personal i voluntaris.

Comunitat Cork Simon. (2022). Formació sobre la base de la conscienciació sobre el trauma.

Cormier, S., Nurius, P. i Osborn, C. (2017). Entrevistes i estratègies de canvi per a ajudants (8a ed.). Cengage Learning.

Correlació. (28 de febrer de 2024). Empoderant les comunitats: Programa de capacitació de Xarxa Liv sobre l'administració de naloxona. <https://correlation-net.org/2024/02/28/empoderament-de-comunitats-programa-de-capacitacion-de-red-livs-sobre-administracion-de-naloxona/>

Currie, LB, Moniruzzaman, A., Patterson, ML i Somers, JM (2014). Projecte At Home/Chez Soi: Informe final del lloc de Vancouver. Calgary, AB: Comissió de Salut Mental de Canadà. <http://www.mentalhealthcommission.ca>

Del Riu Szupczynski, KP i dóna Silva Oliveira, M. (2008). El model transteòric no tractament dóna dependència química. *Psicologia: Teoria i Pràctica*, 10 (1), 162–173.

Denning, P. i Little, J. (2012). Pràctica de la psicoteràpia de reducció de danys: Un enfocament alternatiu per a les addiccions (2a ed.). Guilford Press.

Agència Europea de Medicaments. (2023). Persones sense llar i drogues: Resposta sanitària i social.

Agència Europea de Medicaments (2024a). Reducció de danys: la situació actual a Europa (Informe Europeu sobre Drogues 2024). https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/harm-reduction_ca

Agència Europea de Medicaments. (2024b). Respostes sanitàries i socials: Sales de consum de drogues. https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/health-and-social-responses-drug-consumption-rooms_ca

Agència Europea de Medicaments. (2025). Control de drogues. https://www.euda.europa.eu/topics/drug-checking_es

Ajuda amb el consum d'alcohol. (2025). Reducció de danys: Programes de control de l'alcohol. <https://helpwithdrinking.ca/healthcare-providers/treatment/harm-reduction-alcohol-programs/#4>

Homelessness Link. (2020). Naloxona en serveis per a persones sense llar. <https://homeless.org.uk/knowledge-hub/naloxona-en-servicios-para-persones-sense-llar/>

Home4Health. (2024). Informe de bones pràctiques: Abordar la manca de vivenda, la salut mental i l'addicció a substàncies a Europa. <https://abd.org/es/programas/home4health/>

Gladwell, M. (13 de febrer de 2018). Million Dollar Murray. New Yorker, 82 (1). <https://housingmatterssc.org/millions-de-dolares-murray/>

Institut de la Droga i de la Toxicodpendència. (2009). Guia d'ajuda per intervenir en la reducció de riscos i minimització de danys.

Larimer, M., Palmer, R. i Marlatt, A. (1999). Prevenció de recaigudes: Una visió general del model cognitivoconductual de Marlatt. Alcohol Research and Health, 23 (2), 151–160.

Marlatt, GA (1996). Reducció de danys: Vine com ets. Conductes Addictives, 21 (6), 779–788. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(96\)00042-1](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(96)00042-1)

Marlatt, A. i Donovan, D. (2009). Prevenció de recaigudes (2a ed.). ARTMED.

Melgarejo, T., i Roberts, E. (2023). Fonaments i història de la reducció de danys. Coalició per a la Reducció de Danys de Baltimore.

Miller, WR i Rollnick, S. (2002). Entrevista motivacional: Preparant les persones per al canvi (2a ed.). Guilford Press.

Coalició Nacional per a la Reducció de Danys (2020). Principis de la Reducció de Danys. A https://harmreduction.org/wp-content/uploads/2022/12/NHRC-PDF-Principles_Of_Harm_Reduction.pdf

Ordem dos Psicòlegs Portuguesos. (2016). Guia orientador dóna intervenção psicológica ens problemas lligats a l'alcohol.

Rogers, C. (1961). Convertir-se en persona: La perspectiva dun terapeuta sobre la psicoteràpia. Houghton Mifflin.

Rogers, C., i Farson, R. (2015). Escolta activa. Martino Publishing.

Schmidt, C. (2023). Reducció de danys: Història i context (BCR-RU59). Centre Butler de Recerca, Fundació Hazelden Betty Ford. <https://www.hazeldenbettyford.org/estudios-de-investigaci3n/investigaci3n-sobre-la-addicci3n/reducci3n-de-da3os>

Tatarsky, A. (2013). Psicoteràpia de reducció de danys: Un nou tractament per a problemes de drogues i alcohol. Fundació Parèntesi.

Tatarsky, A. i Kellogg, S. (2010). Psicoteràpia integrativa de reducció de danys: Un cas de consum de substàncies, trauma múltiple i suïcidi. Revista de Psicologia Clínica, 66 (2), 123–135.

Annex 1

Annex 1

Aquest annex presenta models, mètodes i eines pràctiques clau per treballar amb persones que experimenten consum de substàncies o altres conductes d'alt risc. Combina fonaments teòrics —com l'Enfocament Centrat a la Persona/Humanista, el Model Transteòric, la Prevenció de Recaigudes i la Psicoteràpia Integrativa de Reducció de Danys— amb estratègies pràctiques per a la seva aplicació al món real. L'enfocament se centra en l'ús d'aquests enfocaments per construir relacions terapèutiques, abordar l'ambivalència, gestionar les recaigudes, establir objectius centrats en el pacient i aplicar l'escolta activa i reflexiva. En conjunt, aquests components ofereixen als i les professionals un marc clar i adaptable per donar suport a les persones, respectant les necessitats, històries i motivacions úniques.

Models d'intervenció

L'enfocament humanista i centrat en la persona

Aplicar un enfocament humanista i centrat en la persona requereix que els professionals compreguin qui són les persones, què hi han viscut i què hi té significat.

Al centre d'aquest enfocament hi ha la creença que **cada persona és experta en la seva pròpia vida**. Viu a ecosistemes únics, compostos per les seves històries personals, relacions, identitats, valors, estratègies d'afrontament i aspiracions. Saben què els ha passat i el que més els importa. La tasca dels i les professionals és reconèixer i honrar aquesta individualitat.

Carl Rogers va desenvolupar aquesta perspectiva humanista, emfatitzant el paper de la relació d'ajuda com a vehicle principal per al creixement i el canvi personal (Rogers, 1961). Segons Rogers, aquesta relació s'ha de construir sobre tres condicions fonamentals:

- **Genuïtat i autenticitat** – La professional s'esforça per ser real, transparent i congruent, fet que crea un ambient segur i de confiança que permet a la persona explorar i expressar els seus veritables sentiments.[Quebra de Moldagem do Texto]
- **Consideració positiva incondicional:** La professional accepta plenament la persona, incloent-hi els seus comportaments, emocions, contradiccions i dificultats, alhora que reconeix el seu valor intrínsec. Això fomenta una sensació de seguretat, calidesa i absència de judicis.
- **Comprensió empàtica profunda** – La professional cerca comprendre el món intern de la persona, des de la seva pròpia perspectiva, escoltant tant els sentiments conscients com els inconscients sense imposar judicis, diagnòstics o interpretacions.

Rogers creia que cada individu posseeix una capacitat innata per créixer, fins i tot quan no és visible a primera vista. Mitjançant una relació de suport i confiança, les persones poden reorganitzar-ne l'autopercepció i afrontar la vida de maneres més adaptatives i significatives.

Aquest tipus de relació terapèutica, com ho emfatitza Rogers, és un poderós facilitador del canvi i el desenvolupament personal. La investigació dona suport àmpliament a l'eficàcia d'aquest enfocament, i els seus principis s'estenen més enllà de la psicoteràpia formal, aplicant-se a diversos tipus de relacions interpersonals d'ajuda on la confiança, l'acceptació i l'empatia són fonamentals.

El model transteòric: etapes del canvi

El Model Transteòric del Canvi Conductual va ser desenvolupat per James Prochaska (1979) després de realitzar una anàlisi comparativa de més de 29 teories i models que se centren en el procés de canvi, inclosos els enfocaments cognitivoconductuals, existencials/humanistes, psicoanalítics i experiencials/gestalt.

La seva premissa central és que l'èxit de l'autocanvi depèn de l'ús de les estratègies adequades en el moment oportú. El model emfatitza la presa de decisions individual en lloc de les influències sociobiològiques, proposant que el canvi de comportament és un procés dinàmic en què les persones experimenten diferents nivells de motivació per al canvi.

Segons Prochaska, DiClemente i Norcross (1994), les etapes del canvi corresponen a les activitats implícites o explícites que les persones realitzen en modificar afectes, pensaments, comportaments o patrons interpersonals relacionats amb una conducta problemàtica. Tot i que el model descriu cinc etapes principals, les persones solen travessar-les diverses vegades abans d'aconseguir un canvi durador.

Les 5 etapes del canvi

1. Precontemplació

- La persona no considera el canvi i pot mancar informació o motivació.
- Les persones poden no ser conscients d'un comportament problemàtic o ser reticents a canviar perquè els beneficis percebuts superen els costos (IDT, 2009; OPP, 2016).
- Actituds comunes: negació, actitud defensiva, minimització o manca de comprensió.

2. Contemplació

- La persona reconeix el comportament problemàtic i pot identificar raons per canviar-lo.
- **L'ambivalència domina** aquesta etapa: la motivació fluctua i els sentiments d'ansietat o dubte poden inhibir el compromís.
- La persona està "pensant en el canvi", però encara no ha decidit actuar.

3. Preparació

- La persona considera seriosament el canvi i pot començar a planificar passos concrets.
- Poden passar petits canvis de comportament, encara que encara hi pot haver certa ambivalència.
- Lenfocament es desplaça cap a la resolució de problemes i la planificació per al futur.

4. Acció

- La persona implementa nous comportaments i pren passos clars i observables cap al canvi.
- Aquesta etapa implica tant compromís intern com acció externa.
- La persona és més conscient del problema i segueix un pla estructurat per canviar-ne el comportament.

5. Manteniment

- Els esforços se centren a mantenir el nou comportament i prevenir les recaigudes.
- Aquesta etapa és desafiament i requereix esforç continu i vigilància.
- Les estratègies inclouen desenvolupar nous hàbits, reforçar el progrés i desenvolupar resiliència.

Recaiguda

- Un lapsus és un breu retorn al comportament anterior.
- Una recaiguda és un retorn més sostingut, com ara tornar a consumir drogues després de l'abstinència o tornar a injectar-se després d'un període de fumar únicament.
- La recaiguda es considera normal i esperada en el canvi de comportament a llarg termini (Miller i Rollnick, 2001).
- Quan es produeix una recaiguda, les tasques clau són:
 - identificar els factors contribuents,
 - Entendre a quina etapa de canvi ha tornat la persona,
 - Tornar a involucrar-se amb estratègies apropiades per a aquesta etapa

El procés de canvi no és lineal; les persones passen entre etapes en diferents seqüències depenent de les circumstàncies, suports i desafiaments.

Adequació de les intervencions a les etapes

- **Etapes 1-4 (Pre-Contemplation → Acció):**

L'entrevista motivacional és especialment eficaç per augmentar la preparació, reduir l'ambivalència i donar suport al compromís amb el canvi.

- **Etapes 5-6 (Manteniment → Lapsus/Recaiguda):**

Les estratègies de prevenció de recaigudes esdevenen essencials per enfortir les habilitats d'afrontament, identificar situacions d'alt risc i donar suport al manteniment del comportament a llarg termini.

Model de prevenció de recaigudes

El model de prevenció de recaigudes, desenvolupat per Marlatt i Gordon, proposa que la recaiguda està influenciada per dos factors principals:

- Determinants immediats (per exemple, situacions d'alt risc) i
- Antecedents encoberts per exemple, desitjos, impulsos, desequilibri en l'estil de vida).

Tots dos conjunts de factors poden interactuar per augmentar la probabilitat de recaiguda (Larimer, Palmer i Marlatt, 1999). El model inclou estratègies d'intervenció específiques i generals dissenyades per ajudar els pacients a comprendre, anticipar i gestionar eficaçment el procés de recaiguda.

Aquest enfocament s'aplica a:

- Recaigudes durant el tractament orientat a l'abstinència,
- Recaigudes en conductes de risc i
- Contextos de reducció de danys (IDT, 2009; Larimer, Palmer i Marlatt, 1999; Marlatt i Donovan, 2009).

La prevenció de recaigudes té com a objectiu reduir l'aparició de recaigudes, evitar que les recaigudes progressin i es converteixin en recaigudes, mantenir l'abstinència o la reducció de l'ús i donar suport als objectius de reducció de danys.

Un primer pas sovint implica brindar a la persona usuària una explicació clara i senzilla del procés de recaiguda i el marc darrere de la prevenció de recaigudes.

Components bàsics de la prevenció de recaigudes

1. Identificació i afrontament de situacions d'alt risc

Els clients treballen per identificar situacions que puguin desencadenar un desig més gran de consum o una menor capacitat d'afrontament. Els mètodes d'avaluació poden incloure:

- Exploració de lapses, recaigudes, somnis i fantasies passades.
- Qüestionaris d'autoinforme (per exemple, Annis i Davis, 1988; Annis, 1982a)
- Auto-monitoreig dels patrons de consum de substàncies

Un cop identificades les situacions d'alt risc, es fan servir dues intervencions principals:

- **Ensenyar senyals d'alerta primerenca** perquè les persones usuàries puguin abandonar o evitar la situació.

- **Desenvolupament d'habilitats:** avaluar la motivació i les capacitats d'afrontament de la persona usuària i ensenyar estratègies d'afrontament específiques per a situacions problemàtiques àmplies o d'alt risc.
 - Els role-playing, el modelatge i el desenvolupament de plans d'afrontament personalitzats ajuden a augmentar la probabilitat que la persona usuària faci servir aquestes habilitats.

2. Millora de l'autoeficàcia

L'objectiu és augmentar el sentit de competència de la persona usuària per gestionar situacions difícils sense recaure.

Les estratègies inclouen:

- Emfatitzar una relació col·laborativa i horitzontal, on la persona usuària es converteix en observadora i aprenent del propi comportament. El canvi es replanteja com un procés d'adquisició d'habilitats, no com una prova de força de voluntat.
- Dividir el canvi de comportament en subtasques més petites i manejables (Bandura, 1977).
- Proporcionar comentaris positius sobre l'exercici del client, fins i tot en tasques no relacionades amb el consum de substàncies, ajuda a generar confiança, motivació i disposició per utilitzar noves habilitats.

3. Eliminació de mites i efectes placebo

Les expectatives de les persones usuàries sobre el consum de substàncies sovint es basen en mites o efectes placebo. El treball implica:

- Generar expectatives positives (per exemple, "M'ajuda a relaxar-me").
- Utilitzar la reestructuració cognitiva, la psicoeducació i les pròpies experiències de la persona usuària per desafiar aquestes creences.
- Explorar les conseqüències immediates i tardanes per ajudar la persona a reavaluar les seves expectatives i desenvolupar una comprensió més realista del comportament.

4. Gestió de lapses

El maneig de les recaigudes se centra a impedir que aquestes progressin i es converteixin en una recaiguda.

Això inclou:

1. Preparar un pla clar sobre què fer si passa un lapse
2. Estratègies per aturar el consum de forma ràpida i segura sortint de la situació
3. Acceptar limitar l'ús durant un lapse
4. Fomentar el contacte ràpid amb una persona de suport
5. Identificar els factors desencadenants immediatament després

L'objectiu és minimitzar el dany, reduir la culpa i la vergonya i tornar la persona usuària a la seva etapa anterior de canvi.

5. Reestructuració cognitiva

Això ajuda les persones usuàries a reinterpretar els errors no com a fracassos sinó com a oportunitats d'aprenentatge.

Aprenen a:

- Replantejar-se els lapses com a errors o feedback, no com a evidència d'incapacitat.
- Entendre que un lapse indica la necessitat d'una planificació millor.
- Reduir "l'efecte de transgressió de l'abstinència", que pot convertir la vergonya en una profecia autocumplida de recaiguda.

Veure els lapses així augmenta la resiliència i recolza el canvi a llarg termini.

6. Estratègies globals d'autocontrol de l'estil de vida

Aquestes estratègies aborden factors encoberts i de llarg termini que contribueixen al risc de recaiguda.

Els elements clau inclouen:

Estil de vida equilibrat i addicció positiva

- Avaluació de l'estrès, desequilibri en l'estil de vida i les activitats diàries.
- Distingir entre activitats que se senten com un "desig", un "hauria" o tots dos
- Fomentar la participació en activitats plaents i significatives que poden haver estat reemplaçades pel consum de substàncies.
- Ensenyar habilitats com ara la relaxació, la gestió de l'estrès i la gestió del temps.
- Donar suport al desenvolupament d'addiccions positives: comportaments saludables que milloren l'estat d'ànim, la salut i la capacitat d'afrontar situacions.

Un estil de vida més equilibrat redueix la vulnerabilitat als impulsos i desitjos.

7. Tècniques de control d'estímuls

El seu objectiu és reduir l'ànsia desencadenada per senyals condicionats.

Les estratègies inclouen:

- Retirada de substàncies i parafernàlia de l'entorn de la persona usuària.
- Evitació temporal dels senyals subtils (música, objectes, rutines) associats amb l'ús.
- Canvi dels patrons al voltant d'esdeveniments socials, llocs o persones vinculades al consum de substàncies.
- Desenvolupament d'estratègies d'evitació per prevenir l'exposició a senyals d'alt risc

Un estil de vida més equilibrat redueix la vulnerabilitat als impulsos i als desitjos de consum.

8. Tècniques de gestió d'impulsos

L'objectiu és ajudar les persones usuàries a anticipar, comprendre i tolerar els desitjos sense actuar en conseqüència.

Tècnica clau:

Surfeig de l'impuls

- Les ànsies de consum es conceptualitzen com a respostes emocionals o fisiològiques normals a estímuls previs.
- Es treballa amb la idea que les ànsies tenen un curs ascendent, un pic i una fase de disminució, i que no s'intensifiquen indefinidament.
- A través d'imatgeria guiada, les persones usuàries aprenen a “surfejar l'onada” de l'impuls en lloc de combatre-la o actuar-hi.

Aquesta tècnica augmenta la flexibilitat psicològica i disminueix la probabilitat d'actuar segons els desitjos.

9. Fulls de ruta per a les recaigudes

Els fulls de ruta per les recaigudes són anàlisis cognitivo-conductuals que faciliten:

- Identificar situacions d'alt risc,
- Planificar les opcions disponibles a cada punt,
- Ressaltar les possibles conseqüències de cada elecció.

Això ajuda les persones usuàries a visualitzar la cadena de decisions que condueixen a una recaiguda o l'allunyen i enforteix la presa de decisions informada.

Metodologies i eines d'intervenció

1. Entrevista motivacional (EM)

L'Entrevista Motivacional (EM) és un enfocament d'assessorament centrat en la persona, desenvolupat per Miller i Rollnick. Ajuda les persones a explorar i enfortir la seva pròpia motivació interna per a un canvi positiu. L'EM es basa en la creença que tota persona té la capacitat de canviar i que el rol de la persona professional és crear les condicions que afavoreixin aquest procés, no pas imposar objectius ni solucions.

L'EM s'ha investigat exhaustivament i proporciona als professionals un conjunt estructurat de principis, estratègies i eines. També destaca pràctiques ineficaces comunes, com:

- **El parany de l'expert:** assumir que el professional en sap més i sermonejar la persona usuària.
- **El reflex de redreçament:** l'impuls de solucionar els problemes del client o dir què fer.

En canvi, l'EM emfatitza les fortaleses de la persona usuària, la col·laboració i el respecte per l'autonomia. L'ambivalència no es considera una resistència ni una patologia, sinó una part normal del procés de canvi. Quan es tracta amb empatia i curiositat, l'ambivalència esdevé la porta d'entrada al creixement, en lloc d'un obstacle.

Els quatre principis fonamentals de l'entrevista motivacional (Miller i Rollnick, 2002; IDT, 2009)

1. Expressar empatia mitjançant una escolta activa i reflexiva.
2. Desenvolupar discrepància entre el comportament actual de la persona i els seus valors o metes.
3. Afrontar la resistència en lloc de confrontar-la. La resistència és informació, no desafiament.
4. Donar suport a l'autoeficàcia, reforçant la creença de la persona usuària en la seva capacitat per canviar.

L'ambivalència és un concepte particularment central. El que sovint s'anomena «manca de motivació» és, amb més precisió, una ambivalència no resolta. L'EM aborda directament aquest conflicte intern, ajudant els i les usuàries a «desbloquejar-se».

Tipus d'ambivalència (Miller i Rollnick, 2002)

Comprendre l'ambivalència ajuda els professionals a adaptar les intervencions:

- Conflicte aproximació–aproximació: triar entre dues opcions atractives.
- Conflicte evitació–evitació: triar entre dues opcions poc desitjables.
- Conflicte aproximació–evitació: una mateixa opció presenta aspectes tant atractius com desagradables; sovint genera oscil·lació i estrès.
- Conflicte doble d'aproximació–evitació: dues opcions presenten alhora aspectes positius i negatius rellevants; a mesura que la persona s'acosta a una opció, els aspectes negatius es fan més evidents i l'alternativa es torna més atractiva. Aquesta dinàmica circular pot mantenir les persones bloquejades durant períodes prolongats.

Eines per explorar l'ambivalència

Equilibri decisonal

L'ambivalència es pot il·lustrar com una balança o un balancí, que sospesa els pros i els contres de:

- canviar versus mantenir l'estat actual, i
- mantenir l'estat actual versus canviar.

Això facilita que les persones identifiquin de manera clara les motivacions contraposades.

Balanç decisional

Una llista estructurada dels **avantatges i desavantatges** percebuts de cada opció. Alguns aspectes a tenir en compte inclouen:

- El valor personal de cada element pot canviar amb el temps.
- Els elements s'influeixen mútuament; un canvi en un pot afectar la resta.
- Les persones poden no ser plenament conscients del seu procés intern de ponderació.

Els balanços decisionals són eines d'exploració, no de persuasió racional.

Conceptes importants per facilitar el canvi

El reflex corrector

La tendència humana natural a intentar arreglar allò que està malament. En l'EM, aquest reflex pot ser contraproduent: com més el/la professional argumenta a favor del canvi, més la persona argumenta en contra. Això reforça l'ambivalència en lloc de resoldre-la.

La motivació com a procés interpersonal

L'EM entén la motivació no com un tret estàtic, sinó com quelcom que emergeix dins d'una relació de suport. L'objectiu és evocar els propis arguments de la persona a favor del canvi — coneguts com a discurs de canvi.

Desenvolupar la discrepància

Un element clau per facilitar el canvi. En augmentar la consciència de la discrepància entre els valors i les conductes actuals, els professionals ajuden les persones a resoldre l'ambivalència a favor del canvi.

\

A mesura que la discrepància augmenta, l'ambivalència s'intensifica; a mesura que l'ambivalència es resol, la motivació augmenta.

Paranys habituals a evitar en l'entrevista motivacional

- **Parany pregunta-resposta**

El/la professional fa preguntes i la persona dona respostes breus.[Quebra de Moldagem do Texto]Com evitar-lo: utilitzant preguntes obertes i afirmacions reflexives.

- **Parany de prendre partit**

Quan el/la professional argumenta a favor del canvi, la persona argumenta a favor de mantenir la situació actual.

- **Parany de l'expert**

Actuar com si el/la professional tingués totes les respostes; la persona adopta un rol passiu.

- **Parany de l'etiquetatge**

Pressió per definir la persona amb una etiqueta (“addicte”, “alcohòlic”). Les etiquetes poden ser estigmatitzants i distreure. Només s’han d’abordar si la persona les introdueix.

- **Parany de la focalització prematura**

El/la professional se centra massa ràpidament en allò que considera el problema, mentre la persona pot tenir altres preocupacions urgents. Cal començar des d’on es troba la persona.

- **Parany de la culpabilització**

Les preocupacions sobre la culpa o la responsabilitat poden dificultar el vincle inicial. L’EM reemmarca la culpa com a irrellevant per al treball que es fa.

Cinc habilitats essencials per l’EM (OARS + Discurs de canvi)

1. Fer preguntes obertes

Afavoreix una expressió més completa, genera confiança i permet que la persona articuli les seves pròpies preocupacions i motivacions.

2. Escolta reflexiva

És l’habilitat central de l’EM. La persona professional escolta amb atenció, formula una hipòtesi raonable sobre el significat del que s’ha dit i ho retorna en forma de reflexió. Això aprofundeix la comprensió i redueix la resistència.

3. Afirmar

Reconèixer i reforçar les fortaleses, els esforços i les intencions positives de la persona. Ajuda a construir esperança i autonomia.

4. Resumir

Els resums ajuden a integrar temes, reforçar el discurs de canvi i assegurar una comprensió compartida. Tipus de resum:

- **Resums de recopilació:** durant l’exploració.
- **Resums d’enllaç:** connecten diferents elements d’informació.
- **Resums de transició:** indiquen un canvi de focus o el tancament d’una fase.

5. Evocar discurs de canvi

És l’habilitat més directiva de l’EM. La persona professional ajuda la persona a verbalitzar per si mateixa:

- desavantatges de la conducta actual
- avantatges del canvi
- optimisme sobre el canvi
- intenció o compromís de canvi

Les estratègies per evocar un discurs de canvi inclouen:

- preguntes evocadores
- escales d'importància
- balanç decisonal
- elaboració
- preguntes sobre extrems
- exploració de valors, objectius, èxits passats i visions de futur

Quan les persones escolten les seves pròpies raons a favor del canvi, tendeixen a reforçar de manera natural la seva motivació.

Integració amb altres models

L'entrevista motivacional, el model d'etapes de canvi i la prevenció de recaigudes són enfocaments altament complementaris. Cadascun és aplicable en diferents fases de la relació d'una persona amb el consum de substàncies i s'ha d'adaptar a les circumstàncies específiques (IDT, 2009).

2. Psicoteràpia Integrativa de Reducció de Danys (PIRD)

La Psicoteràpia Integrativa de Reducció de Danys (PIRD) es basa en la comprensió que les conductes, en particular les de risc, com el consum de substàncies, es comprenen millor en considerar la persona íntegrament dins del seu context sociocultural. La PIRD cerca identificar els factors psicològics, biològics i socials que contribueixen al procés d'addicció, aclarir els múltiples significats i funcions del consum de substàncies i adaptar el procés terapèutic a les necessitats, objectius i experiències úniques de cada persona (Tatarsky i Kellog, 2010; Tatarsky, 2013).

La Reducció de Danys és un paradigma innovador que desafia els models tradicionals de tractament del consum de substàncies, basats únicament en l'abstinència. A diferència dels enfocaments que consideren l'addicció estrictament com una malaltia, amb l'abstinència com l'únic resultat acceptable, la Reducció de Danys considera el consum de substàncies com un **continu de danys potencials**, reconeixent també el consum no perjudicial o normatiu (Tatarsky, 2013). Això permet una intervenció individualitzada, flexible i centrada en la persona que emfatitza les fortaleses, respecta l'autonomia i valora fins i tot els petits passos cap a un canvi positiu.

En la Reducció de Danys, les persones professionals es connecten amb les usuàries **en la seva situació actual**, recolzant els objectius que aquestes identifiquen com a significatius i urgents. Aquest enfocament afavoreix una relació més horitzontal i col·laborativa, millorant la implicació, la motivació i l'apoderament.

Fonaments teòrics de la PIRD

La teràpia de reducció de danys va sorgir de la tensió entre els models de malaltia i els models adaptatius de l'addicció (Denning, 2012). Si bé els seus principis són més coherents amb els models adaptatius, la PIRD va més enllà de tots dos, oferint una comprensió més àmplia i matisada del consum de substàncies i el seu paper a la vida de les persones.

La PIRD integra:

- **Models psicodinàmics:** ofereixen una comprensió profunda de l'individu i de les funcions emocionals, relacionals i simbòliques del consum de substàncies. El consum de substàncies pot tenir funcions adaptatives quan les persones no tenen estratègies alternatives (p. ex., automedicació, regulació emocional, afrontament del trauma o el dol, atenció a l'autoestima o necessitats relacionals).
- **Models cognitivoconductuals:** ofereixen estratègies pràctiques i actives per al canvi de comportament.
- **Perspectives biopsicosocials:** reconeixen la interacció de factors biològics, psicològics i socioculturals.

Des de la perspectiva de la PIRD, les persones consumeixen substàncies perquè, si més no inicialment, satisfan necessitats psicològiques, socials o biològiques específiques. Els problemes sorgeixen quan la conducta comença a comprometre altres necessitats essencials o valors personals. Per tant, un tractament eficaç de reducció de danys adapta les intervencions a les raons específiques per les quals el consum de substàncies és atractiu o reforçant per a cada pacient.

La centralitat de la relació terapèutica

En tots els components teòrics, la PIRD emfatitza la relació terapèutica com a motor principal del canvi (Tatarsky, 2013; Tatarsky i Kellog, 2010). La teràpia se centra en la pròpia definició del problema i els objectius autodeterminats de la persona usuària, treballant en col·laboració amb respecte i empatia. Els objectius del tractament, ja sigui moderació o abstinència, es guien pel que la persona usuària identifica com a més urgent i significatiu.

L'autoobservació com a estratègia central

Les persones usuàries aprenen una pràctica d'autoobservació que promou una consciència del moment a moment sobre el paper que té el consum de substàncies en les seves vides. Això inclou:

- reconèixer els desencadenants
- identificar pensaments, emocions, sensacions i expectatives
- observar les conseqüències (tant positives com negatives)
- descriure les experiències amb precisió i sense judicis

Amb el temps, això permet a les persones identificar els factors interns i situacionals que precedeixen el consum de substàncies i desenvolupar una major comprensió dels patrons i de les funcions que compleix.

De la comprensió a l'acció: planificació del tractament

A mesura que els patrons es fan més clars, la persona terapeuta i la persona usuària desenvolupen conjuntament objectius i un pla realista i individualitzat sobre el consum de substàncies. Tatarsky (2003, cit. a Tatarsky 2013) descriu la creació d'un "pla ideal", que busca:

- maximitzar les funcions o significats positius que el consum de substàncies proporciona
- minimitzar les conseqüències negatives

Aquest pla aborda les substàncies consumides, les formes de consum, les dosis, la freqüència i els factors contextuals. A mesura que la persona treballa per implementar el pla, la microanàlisi ajuda a identificar els factors psicològics i situacionals que hi ha al darrere de les rrelliscades o dificultats. Aquests insights orienten el desenvolupament d'estratègies alternatives d'afrontament (p. ex. relaxació, gestió de la ira, assertivitat, identificació i expressió emocional).

En ampliar el focus terapèutic més enllà de l'abstinència i centrar-se en la relació, la psicoteràpia integrativa de reducció de danys (PIRD) permet una exploració col·laborativa de les **múltiples capes** de significat del consum problemàtic de substàncies i el desenvolupament d'alternatives específiques i efectives.

Les set tasques terapèutiques de la PIRD (Tatarsky i Kellog, 2010; Tatarsky, 2013)

1) Gestió de l'aliança terapèutica

L'aliança és fonamental durant tot el tractament. Els principis de Reducció de Danys —atendre les persones usuàries en les pròpies circumstàncies i donar suport als seus objectius— reforcen directament la construcció d'aliances. Les investigacions demostren sistemàticament que l'aliança terapèutica prediu considerablement els resultats positius en el tractament del consum de substàncies (Dearing et al., citat a Tatarsky i Kellog, 2010, citat a Tatarsky, 2013).

Les habilitats clau inclouen:

- escolta activa
- formulació de preguntes col·laboratives
- empatia
- habilitat reflexiva
- Consciència i gestió de la contratransferència

2) La relació terapèutica com a promotora de la sanació

Una relació terapèutica sòlida crea seguretat, redueix l'ansietat i convida a la reflexió personal. Dins d'aquest espai, les persones poden considerar formes menys nocives de consum de substàncies i explorar vies més saludables per satisfer necessitats que anteriorment es cobrien a través del consum.

La relació també ofereix un context on poden emergir i reparar-se dificultats interpersonals, proporcionant experiències emocionals correctives i reforçant les capacitats relacionals.

3) Reforç de les habilitats d'autogestió per al canvi positiu

Molts comportaments addictius o autodestructius deriven de dèficits en l'autoregulació. El tractament té com a objectiu activar el jo motivat i orientat al creixement de la persona i desenvolupar:

- curiositat
- consciència autoreflexiva
- tolerància a l'afecte

Les habilitats d'autoregulació es desenvolupen mitjançant mètodes com:

- entrenament en mindfulness (mindfulness; Witkiewitz, Marlatt i Walker, 2005)
- entrenament en relaxació (Benson, 1975)
- auto-diàleg positiu (Burns, 1999)

4) L'avaluació com a tractament

L'avaluació és una tasca terapèutica tant inicial com continuada. A través d'una indagació col·laborativa, les persones aprofundeixen en la seva consciència dels patrons, els significats i les conseqüències.

Aquest procés facilita:

- el desenvolupament d'objectius de reducció de danys
- un augment de l'autoreflexió
- el reforç de la comprensió de les discrepàncies entre la conducta i els valors

Les eines inclouen:

- registres de monitoratge de la conducta
- mapatge de desencadenants i conseqüències
- microanàlisi dels episodis de consum

El simple fet de rebre feedback pot, per si mateix, augmentar la motivació en fer més visibles els conflictes entre les accions i els valors personals.

5) Acceptar l'ambivalència

L'ambivalència és un element central del consum problemàtic de substàncies i sovint es confon amb resistència. Treballar l'ambivalència afavoreix l'augment de la motivació per al canvi. Les estratègies inclouen:

- l'empatia envers ambdues parts de l'ambivalència
- el balanç decisional
- mètodes experiencials com el treball amb cadires (*chairwork*, Kellogg) o el diàleg de veus (Stone & Winkelman; Tatarsky)

Aquestes tècniques ajuden les persones a accedir a veus internes en conflicte i a avançar cap a una presa de decisions integrada i reflexiva.

6) Establiment d'objectius de reducció de danys

La Reducció de Danys valora l'acceptació i l'autonomia alhora que promou el desenvolupament de la salut i el benestar. Els objectius sorgeixen de les raons de la persona usuària per cercar teràpia i la seva exploració de l'ambivalència. L'enfocament promou el canvi a tot l'espectre, des de la reducció del dany en el consum continu fins a aconseguir un consum no problemàtic o l'abstinència.

Aquesta orientació gradualista (Kellogg) integra qualsevol estratègia (orientada a la reducció de danys o abstinència) que sigui efectiva i estigui alineada amb els objectius de la persona.

7) Estratègies actives per a un canvi positiu

Un cop les persones han clarificat els aspectes problemàtics del seu consum de substàncies, es poden seleccionar estratègies específiques per abordar cada factor de vulnerabilitat. Les opcions cognitives i conductuals basades en l'evidència inclouen:

- **psicoeducació sobre la reducció de danys** i el significat biopsicosocial del consum de substàncies
- **una actitud experimental**, entenent el canvi com un procés continu de prova i error
- **surf de l'impuls** (urge surfing; Marlatt & Kristeller)
- identificació de seqüències **esdeveniment–pensament–impuls–decisió–acció**
- “pensar a través de l'impuls” per visualitzar les conseqüències
- revisió reiterada del **balanç decisional**
- clarificació de les motivacions internes mitjançant diàlegs reflexius
- **identificació i gestió de desencadenants**

- entrenament en relaxació, habilitats d'assertivitat i altres estratègies alternatives d'afrontament
- creació d'una llista de **18 respostes alternatives** a desencadenants habituals
- disseny d'un **pla d'acció**, anticipant situacions d'alt risc i preparant respostes adaptatives

Aquestes estratègies ajuden a interrompre patrons automàtics, reforçar la consciència i donar suport a l'experimentació conductual alineada amb els valors i objectius de la persona.

3. Escolta activa, escolta reflexiva i tècniques de comunicació en un context d'intervenció de suport

Tal com s'ha explorat en unitats anteriors, una comunicació clara i precisa és essencial en qualsevol relació d'ajuda, especialment en la feina orientada a promoure el canvi social i acompanyar persones en situació de sensellarisme. Una comunicació eficaç ajuda a garantir que les necessitats es gestionin d'una manera integral i centrada en la persona. Principis clau com l'empatia, la comunicació oberta i respectuosa, la horizontalitat, l'acceptació, la no-judicialització i la provisió de serveis de baixa exigència s'alineen amb l'enfocament de reducció de danys.

El Canadian AIDS Treatment Information Exchange (CATIE, 2022) destaca diverses pràctiques comunicatives de suport per a professionals que treballen amb persones que consumeixen drogues, incloent:

- mantenir un llenguatge corporal obert
- crear un entorn acollidor i no estigmatitzant
- protegir la confidencialitat
- garantir la coherència en les polítiques i procediments
- dedicar temps a converses difícils o complexes
- revisar els propis biaixos relacionats amb la raça, el gènere, l'orientació sexual, la salut mental, la discapacitat i el consum de substàncies

La comunicació implica moltes habilitats i components interconnectats. Aquesta unitat se centra en aquells aspectes considerats centrals en les intervencions de suport i acompanyament amb persones en situació de sensellarisme.

3.1 El paper de l'escolta en una relació d'ajuda

En contextos d'ajuda de suport, l'escolta és la base de totes les altres respostes i estratègies de comunicació.

Tres elements són fonamentals per a una escolta efectiva:

- Escoltar i comprendre missatges verbals
- Observar i interpretar la comunicació no verbal
- Comprendre el context de la persona, centrant-se en la persona més que no pas en els fets.

Cormier, Nurius i Osborn (2017) descriuen l'escolta com un procés que implica tres passos:

1. Recepció del missatge (covert / interna)

Aquest pas requereix silenci, presència i concentració. Els errors de recepció es produeixen quan la persona que escolta es distreu o deixa d'escoltar. Crear espai —tant per a qui escolta com per a qui parla— és essencial.

2. Processament del missatge (covert / intern)

El processament inclou cognicions internes, auto-diàleg i preparació mental per respondre. Com que implica interpretar possibles significats, requereix obertura, consciència d'interpretacions alternatives i reconeixement dels propis biaixos o punts cecs que poden distorsionar allò que s'està escoltant.

3. Emissió del missatge (overt / externa)

El processament dona forma a la resposta verbal i no verbal que es retorna a la persona que parla. En aquest punt, qui escolta entra en la dimensió relacional de l'escolta i comença a construir respostes empàtiques o reflexives.

El processament del missatge està estretament vinculat a l'escolta reflexiva, ja que la persona que ajuda no només escolta l'altra, sinó que també escolta internament, generant respostes empàtiques i reflexives.

3.2 Escolta activa i escolta reflexiva

Dos conceptes centrals abordats anteriorment són especialment rellevants en contextos d'ajuda: l'escolta activa i l'escolta reflexiva.

Escolta activa

L'escolta activa implica escoltar amb sensibilitat i intenció, parant atenció tant als components factuais com a emocionals del missatge del parlant (Rogers, 1961). Ajuda l'altra persona a aclarir els seus pensaments, sentiments i problemes, i pot impulsar el canvi.

A l'escolta activa, es dóna significat tant als missatges verbals com als no verbals. El que comunica "Estic escoltant" no és simplement repetir el contingut, sinó transmetre presència emocional.

Lindhal (cit. a Cormier, Nurius i Osborn, 2017) descriu l'escolta autèntica com una activitat que involucra tot l'ésser, similar a l'ideograma xinès per «escoltar», compost pels símbols d'oïda, ull, atenció plena i cor. Escoltar és més que sentir paraules: és holístic.

Rogers i Farson (1961) emfatitzen que l'escolta activa implica:

- escoltar el significat total (contingut + sentiment)
- respondre als sentiments
- prestar atenció a tots els senyals (verbals i no verbals) per comprendre el missatge complet de la persona que parla

Escolta reflexiva

L'**escolta reflexiva**, descrita per Rogers (Carl Rogers; Miller & Rollnick, 2002), expressa una empatia precisa i una actitud d'acceptació. Implica escoltar amb respecte i intentar comprendre els sentiments i les perspectives de la persona que parla sense judici ni crítica.

En l'escolta reflexiva, la persona que escolta fa una hipòtesi informada sobre el significat que hi ha darrere de les paraules o expressions no verbals de la persona que parla i respon amb una **afirmació**, no amb una pregunta (Cormier, Nurius i Osborn, 2017).

La recerca en entrevista motivacional mostra que les afirmacions reflexives —més que les afirmacions simples o altres tècniques— tendeixen a generar **discurs de canvi** (Moyers et al., cit. en Cormier, Nurius i Osborn, 2017).

3.1 Respostes d'escolta i respostes d'influència

Cormier, Nurius i Osborn (2017) descriuen dues grans categories de respostes del/de la professional:

- **Respostes d'escolta** – basades en la perspectiva i el marc de referència de la persona usuària.
- **Respostes d'influència** – respostes més actives que incorporen observacions, idees o hipòtesis del/de la professional, amb l'objectiu de promoure la comprensió, l'acció o el canvi.

Les respostes d'influència només s'han d'utilitzar quan sigui adequat, habitualment en fases més avançades del procés d'acompanyament, un cop s'ha establert la confiança.

Respostes d'escolta (Cormier, Nurius i Osborn, 2017)

- **Clarificació**

Afavoreix l'elaboració per part de la persona, verifica la precisió del missatge i aclareix comunicacions vagues o confuses. Normalment comença amb una pregunta seguida d'una reformulació.

- **Paràfrasi**

Reformular el contingut del missatge per ajudar la persona a centrar-se o explorar els elements factuais. És útil quan centrar-se en els sentiments pot ser prematur.

- **Reflexió**

Reformular el component emocional del missatge. Ajuda les persones a prendre consciència de les emocions predominants, diferenciar entre sentiments, regular-los i sentir-se compreses.

- **Resum**

Connecta diversos elements del discurs. És útil per identificar temes o patrons, revisar el progrés, alentir o redirigir la conversa o contenir discursos excessivament dispersos.

Respostes d'influència (Cormier, Nurius i Osborn, 2017)

- **Preguntes**

Preguntes obertes o tancades per obtenir més detalls o informació. Es recomana fer-les servir amb moderació i propòsit.

- **Lliurament d'informació**

Proporcionar informació o dades factuais sobre esdeveniments, opcions o recursos. Ajuda a dissipar mites, motivar l'exploració de problemes evitats i estructurar transicions.

- **Autorrevelació**

Compartir experiències o informació personal per construir-hi una relació, transmetre autenticitat, modelar obertura, ampliar les perspectives de la persona usuària o infondre esperança.

- **Immediació**

Oferir retroalimentació sobre el que passa al present durant la interacció terapèutica. Útil per explorar sentiments no expressats o dinàmiques relacionals.

- **Interpretació**

Explícits significats implícits mitjançant la identificació de patrons, temes o sentiments subjacents. Ajuda els clients a veure el seu comportament des d'una perspectiva diferent i a aprofundir-ne l'autoconeixement.

- **Confrontació / Desafiament**

Assenyalar discrepàncies o inconsistències en la comunicació o el comportament de la persona usuària. Es fa servir per explorar perspectives alternatives i promoure l'acció.

Les tres últimes (immediatesa, interpretació i confrontació) són habilitats més avançades que requereixen sensibilitat, oportunitat i una sòlida relació terapèutica. Se solen emprar més endavant en el procés d'ajuda, especialment quan l'objectiu és fomentar la comprensió o una exploració més profunda.

El Projecte Home4Health

Mòdul 2 **Enfocament d'atenció** **basada en el trauma**

Mòdul 2 | Enfocament d'atenció basada en el trauma

Descripció general del mòdul (6 hores):

Unitat 1 - Comprensió del trauma complex	80
Secció 1 – Introducció al curs i presentacions de les persones participants	81
Secció 2 – Definicions	81
Secció 3 – Consciència del trauma i diferents tipus de trauma	83
Secció 4 – Impactes conductuals i neurològics del trauma a l'individu	89
Secció 5 – Suport entre iguals	92
<hr/>	
Unitat 2 - Interseccionalitat entre el trauma, la manca d'habitatge i el consum de drogues	95
Secció 1 – Trauma, consum de drogues i aferrament	96
Secció 2 – Adaptacions per a la supervivència	104
<hr/>	
Unitat 3 – Creixement posttraumàtic	107
Secció 1 – Definició	108
Secció 2 – La finestra de tolerància	109
<hr/>	
Unitat 4 - Trauma vicari	116
Secció 1 – Definició	117
Secció 2 – Esgotament	120
Secció 3 – Autocura	123
<hr/>	
Referències	129

a) Objectius i resultats de l'aprenentatge

- Definir el trauma complex i el seu impacte holístic als individus.
- Explicar les respostes conductuals i neurobiològiques associades al trauma.
- Identificar les interseccions entre el trauma, el sensellarisme, el consum de drogues i les experiències adverses a la infància.
- Aplicar enfocaments de suport entre iguals i informats sobre el trauma per fomentar la recuperació, el creixement posttraumàtic i mitigar el trauma secundari als cuidadors i cuidadores.

b) Competències abordades

Competència cultural: comprendre l'impacte del trauma i la interseccionalitat entre el trauma, el consum de drogues i el sensellarisme, i reconèixer com les diverses experiències donen forma a les respostes i les necessitats.

Habilitats analítiques: Analitzar patrons de comportament i respostes relacionats amb el trauma entre individus i poblacions.

Pensament crític: avaluar l'eficàcia dels enfocaments basats en el trauma, inclòs el creixement posttraumàtic i el suport entre iguals, i considerar estratègies específiques del context per donar suport a la curació.

Habilitats de comunicació: comunicar idees de manera eficaç i aplicar coneixements, habilitats i actituds per oferir atenció i serveis informats sobre el trauma que promoguin la recuperació.

c) Metodologia

- Classes teòriques i presentacions
- Discussions grupals
- Estudis de cas
- Vídeos curts
- Activitats

d) Materials

- Articles, llibres
- Estadístiques
- Diapositives de presentació
- Rodafoli, pissarra
- Papers, bolígrafs

e) Infraestructura

Una sala adequada amb accés a un projector i seients suficients i espai per a un grup d'un màxim de 25 persones.

Unitat 1 | Comprensió del trauma complex

Secció 1 | Introducció al curs i presentacions dels participants

Secció 2 | Definicions

Secció 3 | Consciència del trauma i diferents tipus de trauma

Secció 4 | Impactes conductuals i neurològics del trauma a l'individu

Secció 5 | Suport entre iguals

Unitat 1 | Comprensió del trauma complex

Secció 1 | Introducció al curs i presentacions dels participants



Activitat 2.1 | Trencagels: “Dues veritats i una mentida” (20 minuts)

Objectiu:

Ajudar les persones participants a conèixer-se entre elles d'una manera lleugera. Donar temps a cada participant per practicar l'escolta activa, observar el llenguatge corporal i passar-ho bé. Fomentar que les persones siguin tan creatives com vulguin.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'Eines.

Secció 2 | Definicions

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix el trauma com una “resposta retardada 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?

Hi ha molts tipus diferents de trauma que tenen impactes de gran abast i diversos que poden afectar el cos, el món sensorial i la salut. El trauma es refereix a situacions o esdeveniments que considerem traumàtics i com ens afecten les nostres experiències (<https://www.who.int>).

El trauma pot passar a qualsevol edat i causar danys a llarg termini. Cada persona reacciona de manera diferent del trauma, i els seus efectes poden notar-se ràpidament o molt de temps després. L'adversitat és un terme comunament utilitzat per descriure la gamma d'experiències vitals desafidores. El trauma no passa al buit. Està influenciat per múltiples elements sistèmics, relacionals, culturals, polítics i de més abast. L'adversitat pot incloure l'exclusió social, el desplaçament social, la discriminació, la pobresa, les addiccions, etc.

El trauma pot tenir significats diferents per a cada persona. El seu impacte i conseqüències varien; poden ser amplis, complexos i multifacètics.

Que un esdeveniment sigui traumàtic no depèn només de la naturalesa de l'esdeveniment en si, sinó de la nostra experiència i del significat que donem al trauma, així com d'una varietat d'altres factors més amplis.

Alguns dels factors interrelacionats que poden influir en l'impacte del trauma:

- Esdeveniments vitals previs, història personal, traumes i factors estressors
- La gravetat, naturalesa i tipus del trauma
- La freqüència, el moment i la durada dels traumes
- La localització dels traumes
- La relació amb la persona que exerceix l'abús
- La resposta de les persones de l'entorn davant l'abús
- La manera com s'ha gestionat el trauma i si ha estat cregut, validat, etc.
- El procés de construcció de significat del trauma
- Les expectatives, supòsits, creences i atribucions sobre un mateix, els altres, el món i els traumes
- Les pèrdues i vulneracions associades
- Les decisions socials, emocionals, de desenvolupament i d'interpretació associades (incloent-hi, en alguns casos, la depressió major)
- La presència i/o absència de factors protectors
- El suport social i comunitari
- L'accés a recursos i suports
- El context cultural, sociopolític, econòmic i ambiental més ampli
- El tipus de milieu, els relats familiars, el món emocional i els models de criança en què la persona s'ha format, "impregnat" i desenvolupat, incloent-hi la transmissió intergeneracional del trauma i els estils d'aferrament
- El temperament i les característiques úniques de la persona, incloent-hi factors biològics i genètics

És important destacar l'omnipresència i l'extensió del trauma i l'adversitat. Aquesta és una de les raons clau per les quals els serveis i els sistemes han d'estar més informats i ser més receptius a l'adversitat, la cultura i el trauma, i per què és important tenir present els que advoquen per un enfocament universal.



Activitat 2.2 | Si el trauma pogués parlar, què diria? (30 minuts)

Objectiu:

Facilitar una exploració col·lectiva de com el trauma es manifesta i es comunica a la vida de les persones, permetent als participants compartir perspectives, articular experiències i co-construir la comprensió en un entorn grupal de suport, fomentant així la consciència, l'empatia i una base per a un aprenentatge més profund.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Secció 3 | Consciència del trauma i diferents tipus de trauma

La conscienciació sobre el trauma implica comprendre que les experiències adverses de la infància poden afectar significativament les persones, les seves reaccions i el seu benestar general. Implica reconèixer que les persones poden ser sensibles als desencadenants i reaccionar d'una manera aparentment aliena a la situació actual. Un enfocament amb consciència sobre el trauma reconeix la prevalença del trauma, cerca comprendre'n el possible impacte i busca crear entorns de suport i seguretat que minimitzin el risc de retraumatització. (Definició pràctica de la pràctica informada sobre el trauma - <https://www.gov.uk>, 2022)

Aspectes clau de la consciència del trauma

- Comprendre l'impacte del trauma: Reconèixer que el trauma pot afectar la salut física i mental, el comportament i les relacions de les persones.
- Reconèixer signes i símptomes: Ser capaç d'identificar possibles signes i símptomes de trauma en les persones, incloent-hi canvis conductuals, malestar emocional i manifestacions físiques.
- Consciència dels desencadenants: Entendre que certes situacions, entorns o estímuls poden activar records o reaccions traumàtiques.
- Promoure la seguretat i la confiança: Crear entorns i interaccions que prioritzin la seguretat física i emocional, fomentin la confiança i redueixin el risc de re-traumatització.
- Adoptar pràctiques informades pel trauma: Implementar estratègies i enfocaments sensibles a l'impacte del trauma, com ara oferir opcions, promoure la col·laboració i apoderar les persones.
- Prevenir la re-traumatització: Evitar accions o situacions que puguin reactivar experiències traumàtiques prèvies i treballar activament per crear un entorn segur i de suport.
- Cercar suport professional: Reconèixer quan cal ajuda professional i fomentar que les persones busquin suport de terapeutes o altres professionals qualificats.

Per què és important la consciència del trauma?

- Millora la comprensió del trauma i del seu impacte en la persona.
- Millora el suport que es pot oferir.
- Ajuda a reduir l'estigma.
- Promou la recuperació i la sanació.
- Millora els resultats de les persones.

Diferents tipus de trauma

El trauma es pot classificar de manera general en agut, crònic i complex, cadascun amb característiques i impactes diferents. El trauma agut prové d'un únic esdeveniment estressant, mentre que el trauma crònic implica una exposició prolongada a situacions estressants. El trauma complex sorgeix d'experiències traumàtiques repetides i variades. A continuació es mostren exemples dels diferents tipus de trauma:

- Esdeveniment únic: ha passat una sola vegada.
- Trauma del desenvolupament: exposició a trauma en les primeres etapes de la vida.
- Trauma intergeneracional: com el trauma es transmet de generació en generació.
- Trauma històric: abusos institucionals, per exemple físics, sexuals i emocionals.
- Experiència de persones immigrants, refugiades, grups marginats i minories ètniques.
- Trauma secundari: forma de trauma que una persona experimenta no per una vivència directa, sinó per la connexió indirecta amb una experiència (per exemple, escoltar històries traumàtiques d'altres persones).
- Trauma vicari: és el malestar emocional i psicològic que experimenten les persones exposades a experiències traumàtiques d'altres. Sorgeix de la connexió empàtica amb el trauma de les persones supervivents i pot provocar un canvi profund en la visió del món, així com símptomes com ansietat, irritabilitat, pensaments intrusius i canvis en creences bàsiques. És un procés acumulatiu, no un esdeveniment puntual, i pot generar efectes similars als del trauma directe.

El trauma primerenc o del desenvolupament es produeix durant la infància. Succeeix quan hi ha interrupcions en la cura del nen o nena, com ara abusos crònics, negligència o altres formes d'adversitat severa. L'experiència repetida d'abús i adversitat impacta en el desenvolupament infantil (per exemple, en l'àmbit social, emocional, físic, en la capacitat de formar o mantenir relacions i en el desenvolupament personal).

Cal recordar que aquest trauma es produeix en el marc de les relacions amb les figures cuidadores o amb persones adultes en posició d'autoritat, fet que afecta la sensació de seguretat, protecció i confiança que el nen o nena necessita per desenvolupar-se.

En altres paraules, el trauma no resolt queda "emmagatzemat" en el cos i pot afectar de manera profunda la vida quotidiana de la persona.

Vídeo recomanat fora de la formació: *Vídeo sobre trauma del desenvolupament:* <https://youtu.be/5xyighp2lLk?si=AHIVsrZCSMm051GS>

Trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT)

Definició: El trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT) és una condició de salut mental causada per la vivència o l'exposició a un esdeveniment extremadament estressant o aterridor, ja sigui havent-lo patit directament o havent-ne estat testimoni. Els símptomes poden incloure records intrusius (flashbacks), malsons, ansietat intensa i pensaments incontrolables sobre l'esdeveniment.

Distinció entre TEPT i TEPT complex

El TEPT i el TEPT complex tenen l'origen en experiències traumàtiques, però el TEPT complex està específicament associat a traumes prolongats i repetits, sovint en contextos interpersonals. En canvi, el TEPT pot derivar d'un únic esdeveniment traumàtic. El TEPT complex inclou tots els símptomes del TEPT, però afegeix dificultats addicionals en la regulació emocional, la identitat i les relacions interpersonals. La majoria de persones que viuen esdeveniments traumàtics poden tenir dificultats d'adaptació i afrontament durant un període de temps curt, però amb el temps i una bona cura personal solen millorar. Si els símptomes empitjoren, persisteixen durant mesos o anys i afecten la capacitat de funcionament diari, es pot tractar de TEPT. Rebre tractament un cop apareixen els símptomes és important per alleujar-los i millorar el funcionament global de la persona.

Símptomes

Els símptomes del TEPT poden començar durant els primers tres mesos després de l'esdeveniment traumàtic, tot i que de vegades poden aparèixer anys més tard. Aquests símptomes duren més del que la persona voldria i poden causar dificultats importants en l'àmbit social, laboral i en les relacions amb els altres, així com afectar la capacitat de realitzar activitats quotidianes.

En general, els símptomes del TEPT s'agrupen en quatre categories: records intrusius, evitació, canvis negatius en el pensament i l'estat d'ànim, i canvis en les reaccions físiques i emocionals. Els símptomes poden variar d'una persona a una altra.

1. Records intrusius

Els símptomes de records intrusius poden incloure:

- Records no desitjats i angoixants d'un esdeveniment traumàtic que tornen una vegada i una altra.
- Reviure un esdeveniment traumàtic com si estigués succeint novament, també conegut com a flashbacks.
- Somnis o malsons pertorbadors sobre un esdeveniment traumàtic.
- Angoixa emocional greu o reaccions físiques a una cosa que li recorda un esdeveniment traumàtic.

2. Evitació

Els símptomes d'evitació poden incloure:

1. Tractar de no pensar o parlar sobre un esdeveniment traumàtic.
2. Mantenir-se allunyat de llocs, activitats o persones que recordin un esdeveniment traumàtic.

3. Canvis negatius en el pensament i l'estat d'ànims.

Els símptomes de canvis i pensaments negatius poden incloure:

- Pensaments negatius sobre sí mateix/a, altres persones o el món.
- Emocions negatives constants de por, culpa, culpabilitat, ira o vergonya.
- Problemes de memòria, incloent no recordar aspectes importants d'un esdeveniment traumàtic.
- Sentir-se separat de l'entorn familiar i amistats.
- Tenir dificultats per sentir emocions positives.
- Sentir-se emocionalment entumit.

4. Canvis en les reaccions físiques i emocionals.

Els símptomes de canvi en les reaccions físiques i emocionals, també anomenats símptomes d'excitació, poden incloure:

- Sobresaltar-se o espantar-se amb facilitat.
- Estar sempre en guàrdia davant del perill.
- Conducta autodestructiva, com ara beure massa o conduir massa ràpid.
- Problemes per dormir.
- Dificultat per concentrar-se.
- Irritabilitat, rampells d'ira o comportament agressiu.
- Reaccions físiques, com sudoració, respiració accelerada, ritme cardíac accelerat o tremolors.

Per **als nens de sis anys o menys**, els símptomes poden incloure:

- Recrear un esdeveniment traumàtic o un aspecte d'un esdeveniment traumàtic a través del joc.
- Somnis aterridors que poden incloure o no aspectes de l'esdeveniment traumàtic.

Intensitat dels símptomes

Amb el temps, la gravetat dels símptomes del TEPT pot variar. És possible que experimenteu més símptomes de TEPT quan es troba amb estrès general o quan us recorden el que s'ha viscut, incloent-hi la mateixa època de l'any en què va passar un esdeveniment traumàtic passat. Per exemple, podeu sentir el petardeig d'un cotxe i reviure experiències de combat. De la mateixa manera, pot veure a les notícies una notícia sobre una agressió sexual i sentir-se aclaparat pels records de l'agressió.

Es recomana veure fora de la capacitació: Vídeo sobre el reconeixement del trauma pel professor Van der Kolk <https://youtu.be/rbqeGOXonUA?si=UJ-j4KgAx70QeAt5>

Atenció Informada pel Trauma (TIC)

Aquest és un enfocament utilitzat en l'àmbit de la salut, l'educació i els serveis socials que reconeix l'impacte generalitzat del trauma i busca evitar la re-traumatització alhora que dona suport a la recuperació.

L'Administració de Serveis de Salut Mental i Abús de Substàncies (SAMHSA) utilitza un marc que descriu sis principis bàsics, àmpliament utilitzats:

- **Seguretat** – Garantir que les persones se sentin segures físicament i emocionalment. Això inclou tenir entorns calcats i previsibles, comunicació respectuosa i protecció dels límits i la privacitat.
- **Fiabilitat i Transparència** – Construir confiança mitjançant una comunicació clara i honesta. Això inclou explicar decisions i processos, ser consistent i fiable com a professional i evitar agendes ocultes.
- **Suport entre iguals** – Utilitzar experiències compartides per promoure la recuperació i la resiliència. Això pot incloure mentors entre iguals, grups de suport o persones amb experiència pròpia que donen suport a altres.
- **Col·laboració i Mutualitat** – Reconèixer que la recuperació passa en col·laboració. Això pot implicar reduir les desigualtats de poder, assegurar que les persones participin en la presa de decisions i que les seves veus siguin escoltades.
- **Apoderament, Veu i Elecció** – Centrar-se en les fortaleses més que en els dèficits. Inclou fomentar l'autonomia i l'auto-defensa, oferir opcions i respectar les eleccions, ajudant a desenvolupar habilitats i confiança.
- **Consciència Cultural, Històrica i de Gènere** – Reconèixer la influència de la cultura, la identitat i el trauma històric. Això inclou oferir una atenció culturalment sensible, abordar biaixos i discriminació i respectar la identitat de gènere i el context social.

L'atenció informada pel trauma significa preguntar "Què t'ha passat?" en lloc de "Què tens?" i dissenyar els serveis de manera que promoguin seguretat, poderament i recuperació.

Vídeo sobre els Principis de l'Atenció Informada pel Trauma

[Trauma Informed Practice - MARAM Animation Series](#)

Trauma entre dones en situació de sensellarisme:

El trauma és comú tant en homes com en dones que viuen sense llar, però el tipus, les causes i els impactes sovint difereixen segons el gènere. Les dones tendeixen a experimentar més traumes interpersonals i de gènere. Hi ha diversos tipus de trauma habituals entre les dones:

- **Trauma infantil** – Moltes dones en situació de sensellarisme reporten experiències adverses durant la infància (ACES), incloent:
 - Abús sexual
 - Abús físic
 - Negligència emocional
 - Violència domèstica a la llar
 - Consum de substàncies per part dels progenitors

Aquestes experiències poden augmentar el risc de sensellarisme, problemes de salut mental i altres vulnerabilitats.

- **Violència domèstica**– La violència domèstica és una de les principals vies que porta les dones al sensellarisme. Pot incloure:
 - Violència física
 - Assalt sexual
 - Control coercitiu
 - Control financer
 - Abús psicològic

Moltes dones que abandonen relacions insegures no tenen recursos econòmics ni opcions d'habitatge, cosa que pot portar a una situació de sensellarisme.

- **Violència i explotació sexual** – Les dones en situació de sensellarisme poden estar en alt risc d'abús sexual, assetjament i explotació. Això pot passar perquè la seva vulnerabilitat s'incrementa per:
 - Dormir al carrer
 - Allotjar-se en espais insegurs
 - Tràfic o coerció
- **Trauma durant el sensellarisme** – El sensellarisme en si mateix pot ser molt traumàtic. Les dones sovint experimenten por, pèrdua de dignitat i control, estigma i discriminació, separació dels fills/es i exposició a la violència.

Les dones que experimenten sensellarisme tenen taxes molt més altes de:

- Trastorn d'estrès posttraumàtic
- Trastorns d'ansietat
- Trastorn per consum de substàncies
- Autolesions i pensaments suïcides
- Depressió

Això pot portar a que algunes dones en situació de sensellarisme estiguin en hiper-vigilància i tinguin dificultats per confiar en els serveis. Les dones poden estar emocionalment desregulades i experimentar dissociació, cosa que dificulta molt l'accés a serveis adequats i l'obtenció d'un habitatge adequat.

Secció 4 | Impactes conductuals i neurològics del trauma a l'individu

El trauma pot tenir impactes conductuals significatius, provocant una àmplia gamma de reaccions que van des de l'evitació i l'hipervigilància fins a l'agressivitat i l'autolesió. Aquestes reaccions es poden manifestar de diverses maneres i afectar les rutines diàries, les relacions i el benestar general.

Què passa dins nostre quan estem vivint un trauma

Quan una persona està en situació de trauma, pot funcionar en mode de supervivència. Pot sentir-se insegura i experimentar les relacions com a confuses o fins i tot amenaçadores. És habitual alternar entre estats d'hiperactivació (hiperarousal) i hipoactivació (hipoarousal). Les altres persones poden ser percebudes com a amenaçadores, fins i tot a través de senyals com el to de veu, l'expressió facial o la postura corporal. També poden aparèixer sensacions físiques desagradables associades a l'estrès crònic i problemes de salut física.

El trauma afecta la manera com entenem i expressem les emocions. Les emocions poden esdevenir desbordants i percebudes com a perilloses o incòmodes. Pot haver-hi dificultats per identificar-les i anomenar-les, així com un embotament emocional, sensació crònica de buit i una capacitat limitada per empatitzar amb els altres. Això pot conduir al desenvolupament de mecanismes d'afrontament poc saludables, com l'evitació, la supressió emocional, la rumiació, la negació o l'autoculpabilització.

El trauma també pot afectar les capacitats cognitives. La presa de decisions, el judici de les situacions i la capacitat de raonament poden veure's compromesos. Igualment, pot afectar la planificació, la impulsivitat, la capacitat de retenció i les habilitats de resolució de problemes.

Què veiem en les persones que han experimentat un trauma?

- Dificultats en l'autoregulació i manca de control d'impulsos
- Respostes defensives i agressives
- Dificultats per tenir en compte les conseqüències de les pròpies accions
- Dificultat per anticipar les conseqüències abans d'actuar
- Persones que semblen desconnectades, absents o distants de la realitat
- Reaccions desproporcionades davant situacions menors (desbordaments emocionals)
- Imprevisibilitat, oposició, inestabilitat i respostes extremes
- Involucrar-se en conductes de risc elevat:
 - Autolesions
 - Pràctiques sexuals no segures
 - Activitats il·legals

- Consum problemàtic d'alcohol i substàncies
- Agressions
- Fugides
- Treball sexual

Pautes a recordar quan es treballa amb persones que han viscut trauma:

1. RECONÈIXER què és el trauma
2. Ser capaç de RECONÈIXER el trauma en les persones ateses
3. En la mesura del possible, assegurar-se que el/la professional també està cuidat/da
4. RESPONDRE amb compassió i co-regulació

Respostes adequades davant el trauma en les persones usuàries:

- Ser coherent en les accions i el llenguatge
- Escoltar la persona
- Conèixer els desencadenants de la persona
- Respectar la privacitat
- Ajudar la persona a trobar suport
- Tenir cura de la pròpia salut mental
- Tenir cura de la salut mental de la persona (correcció del text original)
- Coordinar-se amb els/les companys/es per obtenir suport

Evitar:

- El judici
- Prendre el control de la situació
- Entrar en lluites de poder
- Eliminar mecanismes d'afrontament sense oferir alternatives funcionals



Activitat 2.3 | Quines respostes al trauma es poden observar entre les persones usuàries?

Objectiu:

Identificar els impactes conductuals del trauma i comprendre'n l'enllaç. Poder connectar amb les persones usuàries d'una manera més conscient sobre el trauma, independentment del comportament, i ser capaços de reconèixer i respondre al trauma. Treballar junts com a professionals per reconèixer i respondre al trauma i comprendre millor el seu impacte.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al kit d'eines.

Impactes neurològics:

El trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT) i el cervell

El TEPT afecta significativament el cervell, alterant-ne l'estructura i la funció en àrees clau. S'observen canvis freqüents 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 flashbacks, malsons, hipervigilància i dificultat per regular les emocions.

Àrees específiques del cervell i les seues funcions

- **Hipocamp:** Més petit en individus amb trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT), cosa que afecta la memòria i el processament emocional, contribuint potencialment als flashbacks i els malsons.
- **Amígdala:** hiperactiva en persones amb trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT), cosa que provoca més ansietat, respostes de por i dificultat per regular les reaccions emocionals.
- **Escorça prefrontal:** pot ser menys activa o tenir una connectivitat reduïda, cosa que afecta la regulació emocional, la presa de decisions i les funcions executives.
- **Escorça cingulada anterior (CCA):** al trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT) també es pot observar una reducció del volum i l'activitat en aquesta àrea, que està involucrada en l'atenció, la presa de decisions i la regulació emocional.

El TEPT es pot observar en imatges cerebrals com les tomografies per emissió de positrons (PET). Aquestes poden revelar patrons d'activitat distintius, com ara un augment de l'activitat a l'amígdala i una disminució de l'activitat a l'escorça prefrontal. Aquestes troballes proporcionen informació valuosa sobre la base neurobiològica del TEPT i poden ajudar a desenvolupar tractaments específics.

Una teoria polivagal

Un component clau del sistema nerviós parasimpàtic és el nervi vague, responsable de la sensació visceral, de l'estimulació dels músculs del tracte digestiu i de la disminució de la freqüència cardíaca. Aquest nervi ajuda a modular les respostes del cos davant situacions de estrès crònic, por i trauma.

Les experiències traumàtiques poden contribuir a una activació excessiva del nervi vague, provocant símptomes com ansietat, canvis d'estat d'ànim, nàusees i dolor. Al mateix temps, nivells elevats d'estrès i ansietat també poden desencadenar aquest sistema; quan està sobreestimulat, pot produir símptomes com vòmits, marejos i dolor abdominal.

Els esdeveniments traumàtics poden empènyer el sistema nerviós fora de la seva capacitat d'autoregulació. En algunes persones, el sistema queda “encallat” en la posició d'activació, i la persona es manté sobreestimulada i incapaç de calmar-se. L'ansietat, la ira, la inquietud, el pànic i la hiperactivitat poden persistir mentre la persona es manté en aquest estat d'alerta i reactivitat constant.

Animeu totes les persones participants a la formació a veure això fora de classe per comprendre la perspectiva polivagal.

Vídeo sobre el trauma i el sistema nerviós: una perspectiva polivagal

<https://youtu.be/ZdlQRxwT1I0?si=U2ImpdEnElauZozt>

Fonts d'esperança:

- **Plasticitat cerebral:** El cervell continua al llarg de tota la vida reorganitzant-se en resposta a l'experiència.
- **Resiliència:** Totes les persones que han sobreviscut a un trauma han mostrat resiliència en haver resistit i sobreviscut a l'experiència.

Creixement posttraumàtic

- **Sanació somàtica:** Un cos que ha estat en mode de supervivència pot recuperar-se mitjançant la regulació del sistema nerviós.
- **Reparació relacional:** els estils d'aferrament poden evolucionar d'insegurs a segurs a través de relacions sanes en etapes posteriors de la vida.

Secció 5 | Suport entre igual

El suport entre iguals és únic i beneficia els supervivents de trauma, brindant-los diversos tipus de suport, consells pràctics per a la vida després d'una lesió i esperança per al futur. També els ajuda a sentir-se acompanyats pel camí. Per què és important el suport entre iguals a l'atenció informada sobre el trauma?

El suport entre iguals és crucial en l'atenció adaptada al trauma, ja que fomenta una sensació de seguretat, connexió i empoderament per a les persones que es recuperen d'un trauma. En compartir experiències viscudes i oferir suport mutu, els qui brinden suport entre iguals poden ajudar a superar els sentiments d'aïllament, generar confiança i promoure la sanació i la recuperació.

(www.dess.virginia.gov)

Consideracions importants:

- Una persona especialista en suport entre iguals ha de tenir experiència personal amb problemes de salut mental, consum de substàncies, sensellarisme o altres reptes importants.
- Han d'estar en recuperació activa o tenir un historial demostrat de superació d'aquests obstacles durant un període de com a mínim un any.
- La persona candidata ha de sentir-se còmoda compartint les seves experiències personals i navegant pel sistema que ha experimentat com a receptora de serveis.
- Les persones especialistes entre iguals han de ser capaces de construir relacions de confiança basades en el respecte mutu, l'empatia i no jutjar.
- Escoltar, després del compromís, i les comunicacions són essencials.
- Mantenir una actitud positiva i inspirar esperança als altres és vital.
- Han de poder defensar-se a si mateixos i als altres, comprendre els seus drets i sistemes d'aplicació de manera efectiva.
- S'haurien de sentir en un lloc saludable en el seu viatge de recuperació, capaços de gestionar el seu propi benestar mentre recolzen els altres.
- Ser capaç d'avaluar el nivell de suport necessari i poder derivar els clients als recursos adequats quan calgui.
- Necessiten una formació adequada i una supervisió contínua.

Quin és el rol del suport entre iguals?

El suport entre iguals té un paper clau en la promoció de la recuperació i el benestar. En compartir experiències, les persones iguals poden reduir la sensació d'aïllament i l'estigma, que sovint són barreres per demanar ajuda. Ofereix consells pràctics, empatia i encoratjament, recordant a la persona que no està sola en el seu procés.

El suport entre iguals és qualsevol interacció entre persones que comparteixen experiències similars, com ara visites individuals o grups de suport entre iguals.

Aquest enfocament utilitza un marc basat en les fortaleces que posa èmfasi en la seguretat física, psicològica i emocional, i en les oportunitats perquè les persones supervivents recuperin la sensació de control i apoderament.

SAMHSA, una agència del Departament de Salut i Serveis Humans dels Estats Units que lidera els esforços de salut pública per millorar la salut conductual de la població, defineix el suport entre iguals com: “un sistema en què persones amb experiència viscuda de trastorns de salut mental, trastorns per consum de substàncies o ambdós, ofereixen suport a altres persones que naveguen per reptes similars” (SAMHSA, 2024).

Quines són les quatre tasques del suport entre iguals ?

- Construir connexions
- Ajudar-se mútuament a entendre com arribem a saber el que sabem (visió del món)
- Redefinir la salut com un procés d'aprenentatge i creixement igualitari (mutualitat)
- Centrar-se en allò cap al que volem avançar, més que no pas en allò que volem evitar (Desenvolupament continuat en el mòdul de Peer Work)

Com es facilita el suport entre iguals ?

- Estar disponible
- Proporcionar a la persona un espai segur per expressar els pensaments.
- Escoltar de manera atenta, oberta i sense judicis, i fomentar el diàleg
- Ser amable, empàtic/ca i comprensiu/va, i compartir la pròpia experiència perquè la persona no se senti sola

Diferents tipus de suport entre iguals

- Suport en línia i telefònic
- Suport individual
- Suport informal en grup
- Suport formal en grup

Preguntes de reflexió:

- Com definiries el trauma amb les teves pròpies paraules?
- Quins factors influeixen en què una experiència esdevingui traumàtica per a una persona?
- Com pot afectar el trauma infantil al desenvolupament de manera diferent del trauma viscut a l'edat adulta?
- Com afecta el TEPT la vida quotidiana d'una persona, les seves relacions o la seva feina?
- Per què és important entendre l'impacte neurològic del trauma per a professionals i persones iguals?
- Per què les respostes al trauma poden ser interpretades erròniament com a "conductes problemàtiques"?
- Quins són els principis bàsics de l'atenció informada pel trauma?
- Quin paper pot tenir el suport entre iguals en la recuperació del trauma?
- Quins supòsits sobre el trauma podries necessitar qüestionar o revisar?

Unitat 2 | Interseccionalitat entre trauma, sensellarisme i consum de drogues

Secció 1 | Trauma, consum de drogues i aferrament

Secció 2 | Adaptacions per a la supervivència

Unitat 2 | Interseccionalitat entre trauma, sensellarisme i consum de drogues

Secció 1 | Trauma, consum de drogues i aferrament

Quan analitzem la relació entre trauma, sensellarisme i consum de drogues, hem de mirar la nostra intervenció des d'una perspectiva d'aferrament.

La teoria de l'aferrament de John Bowlby ofereix una comprensió profunda de la necessitat biològica humana de vincle. Basant-nos en aquesta teoria, el consum de substàncies es pot entendre com una forma d'“automedicació”, és a dir, un intent de compensar la manca d'estratègies d'aferrament segures. La teoria de l'aferrament suggereix una trajectòria del desenvolupament que va des de l'aferrament insegur fins als trastorns per consum de substàncies i, alhora, també destaca l'impacte negatiu del consum de substàncies sobre la seguretat de l'aferrament.

En la infància, es forma un aferrament segur quan una figura cuidadora “suficientment bona” és càlida, nutritiva, consistent i està en sintonia amb les necessitats del nen o nena. En canvi, un estil d'aferrament insegur pot desenvolupar-se quan les figures cuidadores responen de manera inconsistent a les necessitats físiques i emocionals del nen o nena.

Des de la primera infància, l'aferrament inicial amb les figures cuidadores proporciona un model de referència per a les relacions futures, influint en la manera com ens relacionem amb el món, amb les altres persones i amb nosaltres mateixos.

Com es relaciona això amb el trauma?

Com a éssers humans tenim dues necessitats fonamentals: l'autenticitat i l'aferrament. L'autenticitat és la nostra connexió amb nosaltres mateixos, i l'aferrament és la nostra connexió amb els altres. Això pot esdevenir problemàtic quan s'ha de triar entre ambdues. Quan les persones no han experimentat una base segura suficient, poden desenvolupar patrons d'aferrament insegurs, incloent-hi imatges negatives d'elles mateixes i dels altres, així com expectatives negatives respecte a les relacions.

El trauma altera significativament la manera com el cervell i el cos reaccionen davant situacions d'estrès. Quan es viu una experiència traumàtica, s'activa la resposta de lluita o fugida. Tot i que aquesta és una reacció natural que prepara el cos per afrontar el perill,

quan es manté de manera excessiva, el cervell pot quedar “encallat” en un estat d’hiperalerta. Això sovint condueix a estrès crònic, ansietat i altres problemes de salut mental.

El consum de drogues o alcohol pot esdevenir una manera habitual d’alleujar el dolor o de gestionar les emocions intenses associades al trauma. Amb el temps, aquesta forma d’afrontament pot derivar en trastorns per consum de substàncies. Com mostren les investigacions, les persones que han viscut trauma tenen més probabilitats de desenvolupar addiccions en comparació amb aquelles que no han passat per experiències similars (Dr Britt Gottlich, Psy.D., 2024).

Vídeo recomanat per ampliar informació:

<https://youtube.com/shorts/DeXEOPd03ws?si=XkaifZsALhWMwfzX>

Reconeixement de l’aferrament insegur en les persones usuàries

Escenari 1 - Aferrament evitatiu (dismissive)

El que observem: alta autosuficiència, reticència a expressar necessitats o demanar suport, distanciament social.

Perspectiva de la persona usuària:

- Alt desig d’autonomia
- Desconfiança envers els altres
- Dificultat per expressar necessitats o demanar suport
- Pot externalitzar la frustració i la ira cap al personal

Perspectiva de les persones professionals:

- Els intents de suport poden generar sensació de rebuig i inseguretat en el/la professional
- La manca de feedback pot interpretar-se com a distanciament o rebuig
- Les necessitats de la persona poden ser infravalorades si no s’expressen

Escenari 2 - Aferrament preocupat (preoccupied)

El que observem: alta necessitat de proximitat emocional, recerca de validació i aprovació, por a l’abandonament.

Perspectiva de la persona usuària:

- Fort desig de proximitat emocional
- Cerca constant de validació externa
- Por a ser abandonada

Perspectiva de les persones professionals:

- Pot generar respostes de més tendresa i compassió
- Requereix respostes consistents i pacients, amb alta atenció a les necessitats
- Repte per equilibrar la dependència amb el foment de l’autonomia

Escenari 3 - Aferrament desorganitzat (disorganised)

El que observem: necessitat de vinculació però alhora evitació de la intimitat, baixa autoestima i alta ansietat d'aferrament.

Perspectiva de la persona **usuària**:

- Desig de proximitat però també por a aquesta
- Patrons alternants de recerca i evitació de suport
- Desconfiança envers els altres, amb expectatives de rebuig, decepció o crítica

Perspectiva de les persones professionals:

- Conductes contradictòries que poden generar confusió i dificultar la resposta
- Incertesa sobre com oferir un suport coherent
- Possibles sentiments d'ansietat o esgotament

Conèixer el propi estil d'aferrament és clau. Ser conscients de les nostres pròpies respostes d'aferrament ens permet ser més reflexius en el treball amb les persones usuàries. També ens ajuda a:

- ser més curosos en la comunicació
- estar atents tant als senyals no verbals com verbals
- fomentar que les persones expressin les seves necessitats
- promoure la reconexió i la reparació relacional

Aplicació d'una mirada d'aferrament en la intervenció:

- Mantenir l'interès en la relació
- Fomentar que les persones verbalitzin les seves necessitats des d'una actitud de suport, exploració i curiositat

En casos d'aferrament molt enmesclat (enmeshed) (on els límits estan difusos i hi ha sobredependència i poca individualitat)

- Fomentar l'autonomia per millorar la capacitat de gestionar l'ansietat i la incertesa
- Oferir contacte regular però breu
- Evitar donar una reassegurança constant

Trauma, sensellarisme i consum de drogues

El trauma, la manca d'habitatge i el consum de drogues estan interconnectats de manera complexa, creant sovint un cercle viciós. Les experiències traumàtiques poden afectar significativament la salut mental, donant lloc a conductes desadaptatives, com ara l'abús de substàncies, com a mecanisme d'afrontament. El sensellarisme pot exacerbar aquests problemes, creant estressors ambientals i fent les persones més vulnerables al consum de substàncies.

Moltes persones que pateixen violència (com ara violència domèstica, violència sexual o violència comunitària) poden recórrer a les substàncies com a manera d'afrontar el malestar. Les persones poden automedicar-se per intentar adormir el dolor o recuperar la sensació de control. Això pot augmentar la vulnerabilitat a la violència, ja que les substàncies poden afectar el judici i posar les persones en situacions insegures. La dependència de substàncies pot generar entorns on les persones poden ser explotades o maltractades. L'alcohol i les drogues també poden intensificar conflictes o agressivitat. La relació entre violència, trauma i consum de substàncies pot ser bidireccional. Trencar aquest cicle requereix abordar-los simultàniament i no tractar-los per separat.

Trauma i salut mental

Els esdeveniments traumàtics, com la violència o l'abús, poden provocar problemes de salut mental com ara el trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT), la depressió i l'ansietat. Aquests problemes de salut mental poden dificultar la regulació de les emocions, cosa que porta a comportaments com el consum de substàncies com a manera d'afrontar la situació.

Trauma i sensellarisme

Les experiències traumàtiques poden contribuir al risc de quedar-se sense llar per pertorbar les relacions socials, l'ocupació i l'estabilitat habitacional. Per exemple, la violència domèstica pot obligar les persones a abandonar les seves llars, i el trauma d'aquesta experiència els pot dificultar reconstruir les seves vides.

El sensellarisme i el consum de drogues

La manca d'habitatge genera factors d'estrès ambientals, com la manca d'accés a recursos, l'aïllament social i la possible exposició a drogues. L'acceptació social del fàcil accés a les drogues a comunitats sense llar també pot contribuir al consum de substàncies.

El cicle

El trauma pot derivar en problemes de salut mental, que es poden veure exacerbats pels factors estressants d'estar en situació de sensellarisme. Aquesta combinació pot augmentar la probabilitat de consumir substàncies com a manera d'afrontar el dolor emocional i els desafiaments de la manca d'habitatge. El consum de drogues, alhora, pot empitjorar la salut mental, generar dificultats econòmiques i complicar encara més el cicle de la manca d'habitatge.

Què podem fer per abordar aquest cicle?

- Per abordar aquest cicle cal un enfocament multifacètic que inclogui atenció adaptada al trauma, serveis de salut mental i suport per a l'habitatge i l'ocupació.

- L'atenció informada sobre el trauma reconeix l'impacte del trauma a les persones i els ajuda a desenvolupar mecanismes d'afrontament saludables.
- Els serveis de salut mental poden proporcionar teràpia i medicació per abordar afeccions de salut mental.
- El suport per a la desocupació en matèria d'habitatge pot ajudar les persones a establir les seves vides i reduir el risc de quedar-se sense llar.

FEANTSA, la Federació Europea d'Organitzacions Nacionals que Treballen amb Persones sense Llar, a l'article "Recognizing the link between trauma and homelessness", destaca la importància de mesurar l'impacte de les nostres accions per conèixer els mètodes més eficaços en cada circumstància i quins no, així com de no aprendre de la nostra experiència. [Quebra de Moldagem do Texto]En les seves conclusions, la FEANTSA reconeix que l'atenció adaptada al trauma s'alinea amb els objectius del sector de les persones sense llar i pot ser eficaç sense augmentar els costos ni la càrrega organitzativa, ja que requereix un canvi en la manera de treballar i l'actitud envers el treball, en lloc de la implementació de nous recursos significatius. S'està produint un canvi progressiu dins del sector del sensellarisme, que va des de respostes reactives a les crisis —com ara la provisió de refugi, menjar i roba— cap a solucions a llarg termini basades en l'habitatge estable i el suport adaptat a les necessitats individuals. El suport relacionat amb el trauma hauria de formar part de qualsevol resposta al sensellarisme.

Les seves recomanacions inclouen:

- Crear un entorn físic que sigui segur.
- Desenvolupar serveis basats en la suposició que la persona usuària estarà gestionant els efectes del trauma.
- Minimitzar les barreres d'accés als serveis (baixa exigència i reducció de danys).
- Garantir que els serveis no tornin a traumatitzar les persones usuàries, per exemple mitjançant normes excessivament estrictes o autoritàries.
- Incorporar una perspectiva de gènere, tenint en compte que el trauma afecta de manera diferent homes i dones.
- Establir serveis que ofereixin relacions de cura i a llarg termini.
- Proporcionar formació en atenció informada pel trauma i en relacions terapèutiques.
- Fer que els serveis estiguin orientats a la persona usuària (client-driven).
- Centrar-se en les fortaleses i no en els dèficits.
- Donar suport al personal davant l'estrès emocional per evitar el burnout.

L'estudi d'Experiències Adverses a la Infància (ACE):

Les ACE, o Experiències Adverses a la Infància, són esdeveniments traumàtics viscuts abans dels 18 anys, com abús, negligència o disfunció familiar. Els nens i nenes són particularment sensibles al trauma, ja que el cervell encara s'està desenvolupant. Les investigacions demostren que els alts nivells d'adversitat durant la infància poden alterar el desenvolupament cerebral i afectar el sistema immunitari, cosa que comporta impactes negatius a llarg termini a la salut física, mental i social. Les ACE es mesuren comunament mitjançant un qüestionari de 10 preguntes, cadascuna representant una àrea diferent de possible trauma. Comprendre les ACE és crucial per identificar riscos i donar suport als nens de maneres que promoguin un desenvolupament saludable i la resiliència.

Principals troballes de l'estudi ACE

L'estudi demostra una forta relació entre el nombre d'experiències adverses i el risc més gran de patir problemes de salut a l'edat adulta. Les experiències adverses a l'edat adulta (ACE) són relativament comunes, fins i tot a la classe mitjana. L'estudi ha identificat nombrosos problemes de salut associats amb les ACE, com ara el risc de malalties cardíaques, diabetis, obesitat, depressió i consum de substàncies. L'estudi destaca que els efectes de les ACE poden persistir a l'edat adulta, afectant la salut física i mental.

Puntuacions ACE

Les puntuacions de l'ACE oscil·len entre 0 i 10, i cada resposta afirmativa al qüestionari suma un punt a la puntuació total. Una puntuació elevada indica una major exposició a adversitats durant la infància. En essència, l'estudi ACE aporta evidència sobre les conseqüències del trauma infantil i el seu impacte en la salut i el benestar a l'edat adulta.

Les experiències adverses durant la infància inclouen:

- Abús físic
- Negligència física
- Membres de la família amb problemes de salut mental
- Abús sexual
- Pèrdua d'un progenitor per mort, divorci o abandonament
- Abús emocional
- Negligència emocional
- Membres de la família amb addiccions a drogues legals i/o alcohol
- Membres de la família empresonats
- Testimoni de violència domèstica contra la mare

Les experiències adverses en la infància també s'han relacionat amb conductes de risc per a la salut, malalties cròniques, menor potencial de vida o fins i tot mort prematura. Les ACE són molt comunes: un 67% de la població presenta almenys una ACE. No obstant això, puntuacions altes de quatre o més ACE s'han associat amb un increment del risc per a la salut i el benestar de la persona.

Un estudi de 2017 realitzat a la Cork Simon Community, titulat “Moving towards trauma informed care - a research and practice” de la Dra. Sharon Lambert i Graham Gill Emerson, va analitzar el nivell de trauma entre les persones usuàries dels serveis de Cork Simon i com aquests serveis podien respondre millor a les persones que han viscut experiències traumàtiques. (Cork Simon Community, 2017).

El trauma entre les persones usuàries es va mesurar mitjançant l’administració del qüestionari ACE a 50 persones ateses per l’equip integrat de sensellarisme d’adults (AHIT), un equip multidisciplinari finançat pel Health Service Executive que opera des del centre d’emergència de Cork Simon i altres serveis per a persones sense llar a la ciutat.

Els resultats van mostrar nivells significatius de trauma infantil, notablement més elevats que els observats en la població general de l’estudi original ACE.

Les 50 persones participants tenien una edat mitjana de 31 anys, amb edats compreses entre els 20 i els 45 anys. La majoria eren homes (77,6%), mentre que les dones representaven el 20,4% del grup. La meitat de les persones participants havia estat en situació de sensellarisme durant menys de cinc anys, un 30% entre cinc i nou anys, i un 20% durant deu anys o més. Les seves situacions d’habitatge actual variaven, incloent-hi dormir al carrer, allotjament d’emergència, habitatge inestable i formes més estables d’allotjament.

El 100% de les persones usuàries dels serveis de Cork Simon Community que van completar el qüestionari havien experimentat una o més ACE. Més del 77% presentaven quatre o més ACE. Una puntuació de quatre o més ACE es considera associada a un risc significativament més elevat de mala salut i benestar.

En comparació, el 67% de la població general de l’estudi original ACE havia experimentat una o més ACE, i només un 12,5% havia obtingut una puntuació de quatre o més.

Els tres ACE més prevalents van ser:

- **Abús verbal:** 75%, una taxa 10 vegades superior a la població general de l’estudi original.
- Consum de substàncies per part d’un membre de la família: 71%, 2,6 vegades superior a la població general.
- **Abús físic:** 67%, 2,4 vegades superior a la població general.

Els resultats mostren que una proporció significativa de les persones usuàries de Cork Simon van patir abús verbal i físic a la llar durant la infància. Més d’1 de cada 3 participants va patir abús sexual durant la infància. Un quart va experimentar negligència física i dos terços negligència emocional. Més del 70% va viure amb una persona amb addiccions, més de la meitat amb una persona amb problemes de salut mental, la meitat va créixer en famílies monoparentals i prop d’un terç en llars on algun membre de la família havia estat empresonat. Quatre de cada deu van ser testimonis de violència domèstica cap a la mare.

També es van observar diferències entre homes i dones en l'experiència d'ACE. Quan les ACE són més elevades en les dones, generalment també són significativament més altes.

En conjunt, una proporció més alta d'homes presentava puntuacions ACE entre 4 i 10, indicant un nivell elevat d'experiències adverses en la infància. No obstant això, les dones eren més propenses a obtenir les puntuacions més extremes, amb una major proporció situant-se entre 7 i 10.

Alguns tipus d'experiències adverses van ser més freqüents en dones, especialment:

- Abús sexual (60% de les dones vs. 30% dels homes)
- Negligència emocional (100% de les dones vs. 59% dels homes)
- Pèrdua d'un progenitor durant la infància (60% de les dones vs. 43% dels homes)

En canvi, dos ACE van ser més freqüents en homes:

- Abús verbal (78% dels homes vs. 70% de les dones)
- Consum de substàncies dins del nucli familiar (76% dels homes vs. 60% de les dones)

En conjunt, aquests patrons suggereixen que, tot i que tant homes com dones van experimentar nivells molt elevats d'adversitat infantil, els tipus i la intensitat d'aquestes experiències varien segons el gènere.

ACEs i sensellarisme

Les ACE s'han identificat com a forts predictors del sensellarisme en l'edat adulta. Reduir de manera efectiva l'abús i la negligència infantil pot contribuir, en última instància, a prevenir problemes socials crítics com el sensellarisme.

En els resultats analitzats, es pot observar la interrelació entre ACE i sensellarisme. El 100% de les persones usuàries dels serveis havia experimentat almenys una ACE (una taxa 1,5 vegades superior a la població general de l'estudi original ACE), i el 77% havia experimentat quatre o més ACE (una taxa sis vegades superior a la població general).

També s'observa una correlació general entre les puntuacions ACE i la durada del sensellarisme: com més alta és la puntuació ACE d'una persona, més probable és que hagi estat durant més temps en situació de sensellarisme.

L'impacte de puntuacions elevades (quatre o més ACE) és clar. Aquestes s'han associat amb un increment del risc per a la salut i el benestar. En un ampli ventall de factors de salut i benestar, el 81% de les vegades les persones usuàries de Cork Simon amb una puntuació de quatre o més presentaven pitjors resultats que aquelles amb una puntuació inferior a quatre. També mostraven una pitjor salut mental i eren més del doble de propenses a haver patit malalties greus i violència domèstica.

Les conseqüències associades a puntuacions elevades inclouen:

- Dificultats per llegir senyals facials i socials
- Respostes exagerades de sobresalt
- Evitació
- Problemes de memòria
- Dificultats en la presa de decisions
- Conductes agressives

Aquestes respostes poden entendre's com a respostes traumàtiques normals; no obstant això, és important destacar que també són factors que dificulten la participació adequada de les persones en els serveis convencionals.

Secció 2 | Adaptacions de supervivència

Les persones supervivents de traumes solen adoptar diverses adaptacions, tant saludables com no saludables, per afrontar-ne els efectes. Aquestes adaptacions poden incloure la supressió emocional, l'evasió o els canvis en el comportament i el pensament. Buscar suport professional, com ara la teràpia LED, pot ajudar a identificar i reavaluar aquestes adaptacions, desenvolupar mecanismes d'afrontament més saludables i promoure la sanació.

Les adaptacions saludables poden incloure el desenvolupament de l'autocompassió i l'atenció plena. Reconèixer i validar les emocions, practicar l'autocompassió i l'atenció plena poden ajudar les persones a processar el trauma i reduir-ne l'impacte negatiu.

Construir una xarxa de suport sòlida també és important. Connectar amb persones de confiança i participar en una xarxa social de suport pot oferir una sensació de seguretat i validació.

Buscar suport professional pot ser beneficiós. La teràpia, especialment les teràpies centrades en el trauma, com ara l'EMDR i la TCC, pot ajudar les persones a processar records traumàtics, desenvolupar estratègies d'afrontament i sentir-se més segures.

Practicar l'autocura pot ser útil. Participar en activitats que brindin alegria i promoguin el benestar, com l'exercici, l'alimentació saludable i els passatemps relaxants, pot ajudar a controlar l'estrès i promoure la regulació emocional.

Establir metes realistes i centrar-se en les fortaleces pot ajudar a identificar i centrar-se en les fortaleces personals i establir fites assolibles pot fomentar un sentit de esperança i empoderament.

Un altre aspecte important és desenvolupar habilitats saludables. Aprendre i practicar estratègies d'afrontament saludables, com ara escriure un diari, l'artteràpia o l'expressió creativa, pot ajudar les persones a gestionar emocions difícils i reduir l'estrès.

Explorar pràctiques de ioga i moviment basades en el trauma pot ser beneficiós. Aquestes pràctiques poden ajudar les persones a reconnectar amb el seu cos, regular el sistema nerviós i processar el trauma mitjançant el moviment físic.

Hi ha diverses adaptacions perjudicials que poden ser perjudicials. La supressió i evasió emocional poden ser perjudicials. Silenciar les emocions, evitar els desencadenants i reprimir els sentiments pot provocar angoixa perllongada i dificultar la sanació.

Poden presentar-se canvis en el comportament. Les persones poden presentar canvis en el seu comportament, com a agressivitat, aïllament social o consum de substàncies, com una manera d'afrontar el trauma.

Això també pot incloure canvis als patrons de pensament. El trauma pot generar patrons de pensament negatius, com ara autculpa, percepcions distorsionades de la realitat i dificultat per confiar en els altres. També es poden experimentar símptomes físics. El trauma es pot manifestar amb símptomes físics, com ara dolor crònic, fatiga o problemes digestius.

És important comprendre i abordar les diferents adaptacions. L'autoreflexió pot ser útil. Dedicar temps a reflexionar sobre el comportament, els patrons de pensament i les respostes emocionals poden ajudar a identificar possibles adaptacions de supervivència. Cerca orientació professional també pot promoure adaptacions saludables. Un terapeuta pot ajudar les persones a comprendre'n les adaptacions, distingir entre mecanismes d'afrontament saludables i no saludables, i desenvolupar estratègies més adaptatives. Centrar-se en autocompassió i atenció plena pot ser útil.

Practicar l'autocompassió i l'atenció plena pot ajudar les persones a reconèixer i validar les emocions, a reduir la necessitat de reprimir-les o evitar-les. És important construir una xarxa de suport sòlida. Connectar amb persones de confiança i participar en una xarxa social de suport pot oferir una sensació de seguretat i validació. Una altra manera de fer-ho és dedicar-se a l'autocura. Prioritzar activitats d'autocura que promoguin el benestar, com l'exercici, les activitats saludables i els passatems relaxants, poden ajudar a controlar l'estrès i promoure la regulació emocional.

En comprendre les diverses adaptacions de supervivència que poden sorgir després d'un trauma, les persones poden prendre mesures proactives per fomentar mecanismes d'afrontament saludables i promoure una curació i la recuperació saludables.

Per a més informació podeu veure el següent vídeo: https://youtu.be/BVg2bfqblGI?si=i80BY_ZkYZlxXh8p



Activitat 2.4 | Cas clínic (30 minuts)

Objectiu:

Avaluar i aprofitar la saviesa i experiència dels participants en respondre a desafiaments del món real. Aquesta activitat capacita els participants per abordar problemes immediats i importants de forma innovadora, analitzant patrons de comportament relacionats amb el trauma, aclarint el seu historial traumàtic i identificant estratègies de suport adequades.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Preguntes de reflexió:

- Quins comportaments o hàbits m'han ajudat a sobreviure a situacions difícils en el passat?
- Quina situació o entorn podria haver modelat la resposta de supervivència?
- Quines fortaleses revela aquesta estratègia de supervivència sobre mi?
- Quines noves estratègies d'afrontament podrien donar-me suport ara?
- Com pot el consum de substàncies funcionar tant com a mecanisme d'afrontament com a factor que contribueix al sensellarisme?
- Per què és important veure el sensellarisme, la salut mental i el consum de substàncies com a qüestions interconnectades i no separades?
- Com pot el trauma infantil influir en les estratègies d'afrontament d'una persona a l'edat adulta?
- Com poden l'estigma cap al sensellarisme, la malaltia mental o el consum de substàncies desincentivar les persones a buscar ajuda?
- Com pot aprendre sobre les ACES canviar la manera de veure les persones que viuen sense llar?

Unitat 3 | Creixement posttraumàtic

Secció 1 | Definició

Secció 2 | La finestra de tolerància

Unitat 3 | Creixement posttraumàtic

Secció 1 | Definició

El creixement posttraumàtic (CPT) es refereix als canvis psicològics positius que poden passar després d'experimentar un esdeveniment traumàtic. Es basa en la idea que l'adversitat pot generar fortalesa personal, una apreciació més gran de la vida i una alteració de les creences o la comprensió d'un mateix, dels altres i del món. Si bé el trauma pot causar malestar significatiu, el CPT suggereix que les persones també poden trobar significat i transformar-se d'una manera que condueixi a un canvi positiu.

Aspectes clau del creixement posttraumàtic

El CPT pot fomentar un canvi psicològic positiu. Promou aspectes positius de la resiliència, la cerca de sentit i la fortalesa davant l'adversitat. El CPT no disminueix ni el dolor ni l'angoixa causats pel trauma, sinó que reconeix la possibilitat de creixement al llarg del procés de sentir-se amb dret. La transformació personal pot generar noves perspectives sobre un mateix, els altres i el món, així com canvis en els valors, les relacions i la visió general del món. Això pot manifestar-se en una major fortalesa personal, una apreciació més gran de la vida, canvis espirituals, millors relacions i una sensació de noves possibilitats.

Tedeschi et al. van definir el CPT com «una experiència de canvi psicològic positiu com a resultat de la superació d'un trauma o de situacions altament desafidores» (Tedeschi et al., 2018).

Tot i que el creixement posttraumàtic sovint passa de forma natural, sense psicoteràpia ni altres intervencions formals, es pot facilitar de cinc maneres: educació, regulació emocional, revelació, desenvolupament narratiu i servei.

Les persones supervivents poden simplement treballar per processar l'experiència i reduir la seva influència a la vida diària. Les teràpies eficaces per al TEPT inclouen la teràpia d'exposició prolongada i la teràpia de processament cognitiu, i la medicació pot abordar els símptomes difícils.

Secció 2 | La finestra de tolerància

Aquest concepte descriu el rang òptim d'activació emocional i psicològica dins del qual una persona pot funcionar de manera efectiva i regular les seves emocions. Quan una persona es troba dins de la seva finestra de tolerància, pot pensar amb claredat, gestionar les emocions i respondre als reptes de manera adequada.

Quan la persona es troba fora d'aquesta finestra, pot entrar en hiperactivació (hiperarousal: sobrecàrrega, ansietat, ira) o bé experimentar hipoactivació (hipoarousal: embotiment emocional, desconnexió o retirada).

Importància de la finestra de tolerància

Hi ha diverses raons per les quals aquest concepte és fonamental:

- Regulació emocional: entendre i mantenir la finestra de tolerància és clau per regular les emocions i gestionar l'estrès.
- Recuperació del trauma: en persones que han viscut trauma, aquesta finestra pot ser més estreta, i cal desenvolupar estratègies per ampliar-la i mantenir-se dins d'ella.
- Intervenció terapèutica: entendre la finestra de tolerància és essencial per a professionals que treballen amb persones que poden experimentar dissociació o trauma.

Hi ha diverses estratègies per mantenir la nostra finestra de tolerància. Aquestes inclouen:

- Mindfulness i consciència corporal: pràctiques com la respiració profunda, els exercicis de connexió amb el cos i l'arrelament (grounding) ajuden a regular el sistema nerviós i ampliar la finestra de tolerància.
- Habilitats de regulació emocional: aprendre a identificar i gestionar les emocions ajuda a mantenir-se dins de la finestra.
- Enfocaments informats pel trauma: els professionals amb perspectiva de trauma entenen l'impacte del trauma en el sistema nerviós i poden oferir suport per ampliar la finestra de tolerància.

La finestra de tolerància és un marc per comprendre com responem a l'estrès i com regulem les nostres emocions per funcionar eficaçment a la vida diària.

Com explicar la finestra de tolerància a les persones usuàries

Introduir el concepte

Explica que totes les persones tenen una "finestra de tolerància", que és el rang òptim d'activació emocional dins del qual poden sentir-se tranquil·les i alerta, gestionar les emocions i funcionar de manera efectiva.

Explicar les zones:

- Dins de la finestra: La persona se sent connectada, present i capaç de gestionar l'estrès quotidià. Pot pensar amb claredat, prendre decisions i cuidar-se.
- Hiperactivació (fora de la finestra): La persona se sent desbordada, ansiosa o reactiva, sovint en un estat de "lluïta o fugida". Pot experimentar ira intensa, pànic o hipervigilància.
- Hipoactivació (fora de la finestra): La persona se sent adormida emocionalment, desconnectada o retirada. Pot experimentar bloqueig, depressió o desconneció.

Relacionar-ho amb les seves experiències

Explora com experiències personals com el trauma, l'estrès crònic o altres dificultats de salut mental poden influir en la seva finestra de tolerància.

Emfatitzar la possibilitat d'ampliació

Explica que, tot i que algunes persones poden tenir una finestra naturalment més estreta, és possible ampliar-la amb el temps mitjançant diferents tècniques com la consciència emocional, el mindfulness i intervencions conductuals.

Proporcionar exemples de tècniques:

Ofereix consells pràctics a les persones usuàries per ajudar-les a mantenir-se dins de la finestra, com ara:

- Autoconsciència: identificar desencadenants i senyals de desregulació
- Mindfulness: respiració profunda o exercicis d'arrelament (grounding)
- Sensacions corporals: utilitzar pressió corporal o altres tècniques per sentir-se més connectat/da al cos

Oferir suport i recursos:

Reforça que és un procés progressiu i ofereix suport i recursos per ajudar la persona a gestionar el seu procés emocional.

Com podem ajudar les persones usuàries a autorregular-se?

Hi ha diverses estratègies útils per donar suport a l'autoregulació:

- **Establir rutines:** mantenir horaris consistents per àpats, cites, exercici i son aporta estructura i estabilitat.
- **Autocura:** activitats com aficions, mindfulness, exercici físic i alimentació saludable ajuden a reduir l'estrès.
- **Mindfulness i arrelament:** respiració profunda, escaneig corporal i consciència sensorial ajuden a connectar amb el present.
- **Regulació emocional:** identificar i diferenciar emocions, i desenvolupar estratègies per gestionar desencadenants i flashbacks.
- **Suport social:** connectar amb persones de confiança o grups de suport redueix l'aïllament.

- **Teràpia informada pel trauma:** ajuda professional per elaborar el trauma i reduir el malestar.
- **Exercici físic:** ajuda a reduir l'estrès i alliberar tensió emocional.
- **Identificació de desencadenants:** reconèixer-los i desenvolupar estratègies per gestionar-los.

Pots veure el següent vídeo per a més informació:

Vídeo sobre 'finestra de tolerància': <https://youtu.be/K1ovJu2GNVo?si=1AxA1V3jTb--NLuB>

És important establir metes realistes i centrar-se en les fortaleces. Podem aconseguir-ho identificant i centrant-nos en les fortaleces personals, i establint metes assolibles que fomentin un sentit d'esperança i empoderament. També ens podem centrar en desenvolupar habilitats d'afrontament saludables. Podem promoure l'aprenentatge i la pràctica d'estratègies d'afrontament saludables, com ara escriure un diari, l'artteràpia o l'expressió creativa, que poden ajudar les persones a gestionar emocions difícils i reduir l'estrès. Una altra opció és explorar pràctiques de ioga i moviment adaptades al trauma. Aquestes pràctiques poden ajudar les persones a reconnectar amb el seu cos, regular el sistema nerviós i processar el trauma a través del moviment físic.

Una persona pot desenvolupar adaptacions perjudicials. Aquestes poden incloure la supressió i evasió emocional. Silenciar les emocions, evitar els desencadenants i reprimir els sentiments pot provocar angoixa perllongada i dificultar la sanació. Hi pot haver canvis en el comportament. Les persones poden presentar canvis en el comportament, com a major agressivitat, aïllament social o consum de substàncies, com a manera d'afrontar el trauma. Una persona pot experimentar canvis als patrons de pensament. El trauma pot generar patrons de pensament negatius, com l'autoculpa, les percepcions distorsionades de la realitat i la dificultat per confiar en els altres. Les persones poden experimentar símptomes físics. El trauma es pot manifestar en símptomes físics, com ara dolor crònic, fatiga o problemes digestius. És important comprendre i abordar les adaptacions. L'autoreflexió hi pot ajudar. Dedicar temps a reflexionar sobre el comportament propi, els patrons de pensament i les respostes emocionals pot ajudar a identificar possibles adaptacions de supervivència. Una persona pot cercar orientació professional. Un terapeuta pot ajudar les persones a comprendre'n les adaptacions, distingir entre mecanismes d'afrontament saludables i no saludables, i desenvolupar estratègies més adaptatives. És important centrar-se en l'autocompassió i l'atenció plena. Practicar l'autocompassió i l'atenció plena pot ajudar les persones a reconèixer i validar les emocions, ja reduir la necessitat de reprimir-les o evitar-les. És important construir una xarxa de suport sòlida. Connectar amb persones de confiança i participar en una xarxa social de suport pot oferir una sensació de seguretat i validació.

Practicar l'autocura pot ser beneficiós. Prioritzar activitats d'autocura que promoguin el benestar, com l'exercici, les activitats saludables i els passatemps relaxants, pot ajudar a controlar l'estrès i promoure la regulació emocional. En comprendre les diverses adaptacions de supervivència que poden sorgir després d'un trauma, les persones poden prendre mesures proactives per fomentar mecanismes d'afrontament saludables i promoure una cura sanació i recuperació.

Organitzacions informades sobre el trauma

Una organització amb enfocament al trauma prioritza la comprensió i la resposta a l'impacte del trauma en les persones, el personal i l'organització en conjunt. Això implica integrar principis d'enfocament en el trauma en tots els aspectes de l'organització, des de les polítiques i els procediments fins a les interaccions amb els usuaris dels serveis. En reconèixer el possible impacte del trauma, les organitzacions poden crear entorns més segurs i de més suport que promoguin la sanació i la recuperació.

Hi ha una sèrie d'elements clau de les organitzacions informades sobre el trauma:

- Comprendre el trauma: reconèixer que el trauma pot afectar les persones de diverses maneres i que pot tenir efectes duradors a les seves vides.
- Crear un entorn segur: assegurar-se que l'entorn físic i emocional sigui segur i de suport per a les persones, especialment per a les persones que han experimentat un trauma.
- Promoure l'apoderament i l'elecció: donar a les persones l'oportunitat de prendre decisions i de participar en el procés de presa de decisions.
- Col·laboració i associació: treballar en col·laboració amb persones, personal i altres agències per brindar suport i serveis.
- Capacitació i suport al personal: brindar capacitació i suport al personal per comprendre i respondre problemes relacionats amb el trauma, inclòs el trauma vicari, la fatiga per compassió i l'esgotament.
- Humilitat cultural i inclusió: reconèixer i respectar les diferències culturals i garantir que els serveis siguin culturalment receptius i inclusius.
- Avaluació i valoració contínua: Avaluar periòdicament polítiques, procediments i pràctiques per garantir que estiguin informats sobre el trauma i siguin eficaços.
- Abordar el trauma sistemàtic: reconèixer i abordar l'impacte del trauma històric, racial i sistemàtic en les persones i les comunitats.

Quins són els beneficis de convertir-se en una organització informada sobre el trauma?

- Millors resultats per a les persones: creació d'un entorn més solidari i curatiu per a les persones que han patit un trauma.
- Millorar el benestar del personal: reduir l'estrès i l'esgotament entre el personal que treballa amb persones que han patit traumes.
- Relacions més sòlides: construir relacions més sòlides entre el personal i els individus, així com entre l'organització i la comunitat.
- Més compromís i retenció: creació d'un entorn més positiu i de suport que encoratgi les persones a interactuar amb els serveis i continuar participant.
- Resposta millorada a les crisis: Estar millor preparat per respondre a les crisis i els desastres, així com a les necessitats de les persones i les comunitats que han patit traumes.

Karen Treisman, al seu llibre “Un cofre del tresor per crear organitzacions informades sobre el trauma”, mostra com incorporar una comprensió profunda del trauma i l'adversitat a la pràctica diària ia tot el teixit de les organitzacions i els beneficis de fer-ho.

Exemples pràctics d'estratègies que es poden utilitzar per promoure el creixement posttraumàtic:

1. Reflexió deliberada:

Donar voltes sense estructura et manté estancat/da. El creixement posttraumàtic prové d'un processament intencionat.

Com fer-ho:

- Posa un temporitzador (10 a 20 minuts)
- Pregunta't:
- Què necessito reavaluar?
- Què té més o menys importància per a mi ara?
- Escribeu les teves respostes.

L'objectiu és donar sentit a l'experiència en lloc de repetir constantment l'esdeveniment.

2. Reconstruir la pròpia narrativa

El trauma pot afectar enormement el teu sentit d'identitat. El creixement pot sorgir de reescriure la pròpia història incloent-hi la força.

Exercici:

- Qui era jo abans?
- Què m'ha passat?
- Què he canviat?

Focalitza't en:

- Resiliència
- Noves habilitats positives adquirides
- Allò que valoro ara

3. Fortaleses**Identifica les fortaleses específiques que has demostrat:**

- Vaig demanar suport
- Vaig continuar malgrat les dificultats
- No vaig deixar de participar

Després pregunta't:

- On més puc aplicar aquesta fortalesa en la meva vida quotidiana?

4. Noves prioritats

Moltes persones informen d'un canvi en allò que és important per a elles.

Prova-ho:

- Llista 5 prioritats abans del trauma
- Llista 5 prioritats ara
- Compara-les
- Fes un petit canvi

5. Enfortir les relacions

El creixement posttraumàtic pot ajudar a aprofundir les connexions.

Focalitza't en:

- Persones que escolten activament i no jutgen
- Persones que poden ser honestes

Evita:

- Persones que desvaloren i no validen els teus sentiments





Activitat 2.5 | Promoció d'estratègies de creixement posttraumàtic (30 minuts)

Objectiu:

Identificar i compartir de forma col·laborativa estratègies efectives per promoure el creixement posttraumàtic, i destacar les bones pràctiques existents dins de les institucions dels participants i fomentar l'intercanvi de diversos enfocaments.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Preguntes de reflexió:

- Què ha passat i com m'ha afectat físicament?
- Ha canviat l'experiència la manera com veig el món?
- Quins supòsits sobre la vida s'han posat en qüestió?
- Què té més importància per a mi ara que abans?
- Com es veu el "creixement" per a mi personalment?
- Quin suport necessito en aquest moment?
- Quin és un petit pas que puc fer cap a la recuperació i el creixement?
- Com se sent el meu cos quan estic dins de la meva finestra de tolerància?
- Què m'ajuda a estar regulat/da?

Unitat 4 | Trauma vicari

Secció 1 | Definició
Secció 2 | Esgotament
Secció 3 | Autocura

Unitat 4 | Trauma vicari

Secció 1 | Definició

Què és el trauma vicari?

El trauma vicari fa referència a experiències significatives i indirectes de malestar que resulten de la implicació empàtica amb persones usuàries que han viscut situacions traumàtiques (World Health Organization, 2013). Aquesta exposició pot ser directa o indirecta i pot provocar una àmplia gamma d'efectes negatius en la salut mental, com ara pensaments intrusius, ansietat, alteracions del son i dificultats de concentració.

Quan una persona professional s'identifica amb el dolor de qui ha viscut experiències extremes, pot acabar incorporant a la seva pròpia consciència la por, el dol, la ràbia i la desesperació de l'altra persona. El compromís i el sentit de responsabilitat poden generar expectatives elevades i, amb el temps, contribuir a sentir-se sobrecarregat/da, desbordat/da i fins i tot sense esperança.

El trauma vicari, igual que el trauma directe, pot afectar profundament la manera com una persona percep el món, així com el seu sentit més profund de significat i esperança.

Aspectes clau del trauma vicari

El trauma vicari pot produir-se de diverses maneres. L'exposició indirecta es produeix quan una persona escolta, veu o coneix les experiències traumàtiques d'altres, en lloc de viure el trauma de manera directa. Pot ser un procés continu i acumulatiu, que es va desenvolupant amb el temps a mesura que la persona manté el contacte amb el relat del trauma d'altres.

Aquest procés pot tenir un impacte en la salut mental i provocar diversos símptomes, com ara ansietat, depressió, alteracions del son i dificultats de concentració.

El trauma vicari és diferent de la fatiga per compassió. Tot i que estan relacionats, la fatiga per compassió fa referència a l'esgotament físic, emocional i espiritual que pot aparèixer en el treball amb persones traumatitzades. En canvi, el trauma vicari implica també un canvi més profund en la manera com la persona entén i percep el món. És important posar èmfasi en l'autocura. Reconèixer els signes i símptomes del trauma vicari i aplicar estratègies d'autocura és essencial per reduir-ne l'impacte negatiu. Qualsevol persona que mostri empatia cap a persones que han viscut trauma pot veure's afectada, incloent-hi professionals, familiars, amistats i membres de la comunitat.

El model va sorgir als anys 1990 i va ser introduït per primera vegada per Laurie Anne Pearlman i Karen W. Saakvitne. El seu treball es centrava en la teoria del Desenvolupament del Jo Constructivista (CSDT, per les seves sigles en anglès). L'argument és que l'exposició a material traumàtic pot afectar una persona professional de diverses maneres. El trauma pot remodelar el marc cognitiu d'una persona sobre si mateixa i sobre el món. Això pot incloure les seves creences sobre la seguretat, el sentit de confiança, la sensació de control, la intimitat i el seu propi significat i identitat.

- **Components clau del model de trauma vicari:**
- **Exposició al trauma** – Sessions de teràpia, sessions de treball clau, conferències de casos, informes mediàtics.
- **Canvis en l'esquema cognitiu** – Les persones professionals poden modificar les seves creences sobre certs aspectes, incloses les creences sobre seguretat, confiança, control, autoestima i poden tenir dificultats per connectar amb altres.
- **Efectes emocionals i psicològics** – Pensaments intrusius sobre el trauma del client, embotiment emocional, augment de l'ansietat, problemes de son.
 - Factors que influeixen en el trauma vicari:
 - Factors personals: història personal de trauma, habilitats d'afrontament i nivell d'empatia.
 - Factors professionals: càrrega de casos, manca de supervisió i no fer pauses.
 - Factors organitzacionals: absència de suport al lloc de treball, formació insuficient en atenció informada pel trauma i accés a sessions de debriefing.

El trauma vicari es diferencia d'altres conceptes relacionats. Provoca canvis cognitius profunds derivats de l'exposició al trauma d'altres persones. Aquesta exposició genera tensió cognitiva i emocional.

Les estratègies per reduir el risc de trauma vicari inclouen:

- Augmentar la pròpia autoobservació
- Reconèixer els signes característics d'estrès, trauma vicari i burnout
- Tenir cura del propi benestar emocional
- Realitzar activitats relaxants i reparadores, incloent l'autocura en contacte amb la natura
- Cuidar la salut física i mental
- Equilibrar la càrrega de casos i utilitzar el suport entre iguals i espais de debriefing
- Participar en oportunitats de formació
- Fer pauses regulars i prendre temps de descans quan sigui necessari
- Supervisió professional i debriefing de manera regular
- Psicoteràpia personal

El nostre rol professional és exigent. Requereix una quantitat significativa d'energia mental i física. Treballem amb persones que necessiten suport i amb qui establim relacions d'acompanyament. Sovint, ens veiem afectats/des per les dificultats importants que les persones experimenten i per les barreres que afronten.

És important reconèixer que sentir que la feina és dura no és un signe de debilitat, sinó una resposta normal a la complexitat del treball. Alhora, també és important reconèixer que hi ha mesures que podem prendre per cuidar-nos i sostenir el nostre rol professional.

Podem empoderar-nos en la nostra feina fent-nos preguntes com: per què faig aquesta feina? Moltes persones escullen aquest àmbit perquè els aporta sentit i propòsit. Sovint ens sentim atrets/des pel rol d'ajuda i hem estat formats/des per assumir aquest paper. En el nostre treball utilitzem les nostres fortaleses i qualitats personals per acompanyar els altres.

Com podem empoderar-nos a la feina que realitzem?

Quines qualitats aportem a la feina? Empàtics/ques, sense prejudicis, afectuosos/es, comprensius/ves i encoratjadors/es Pacients, atents/es, dedicats/des, apassionats/des i resilients. (Pregunteu al grup si se'ls acudeix alguna més).

Hi ha diverses reaccions al trauma vicari. Aquestes poden ser físiques: sentir-se nerviós/a, tenir dificultat per dormir, emmalaltir-se amb facilitat. Poden ser emocionals: sentir-se trist/a, ansiós/a, enutjat/da, irritable, sense suport, insegur/a o tenir dificultats per gestionar les emocions. Poden ser cognitives: tenir dificultat per concentrar-se o prendre decisions, problemes de memòria, imatges pertorbadores, malsons, distracció.

De vegades, es poden observar diversos traumes en les relacions. Esperar el pitjor dels altres, tornar-se crític/a, tenir problemes de parella, perdre l'amistat (aïllament, augment de conflictes interpersonals, evitar la intimitat). Això pot afectar l'espiritualitat d'una persona. Les persones poden sentir-se desanimades, amb manca de fe, amb una actitud de "per què molestar-se?". Sentir-se vulnerable, preocupar-se excessivament pels possibles perills del món o per la seguretat dels altres.

Trauma secundari:

El trauma secundari i el trauma vicari estan estretament relacionats, però no són exactament el mateix. El trauma secundari sovint fa referència a l'estrès immediat i als símptomes que sorgeixen de l'exposició indirecta a l'experiència traumàtica d'una altra persona. Normalment té un inici sobtat i pot presentar símptomes similars al TEPT, causant malestar emocional i psicològic.

El trauma vicari, en canvi, acostuma a desenvolupar-se de manera gradual, però pot tenir un efecte a llarg termini, provocant un impacte cognitiu significatiu en la persona.

Resiliència vicària

La resiliència vicària (RV) són “els efectes psicològics i emocionals positius, com la fortalesa, el creixement i l'apoderament, que els professionals de l'ajuda experimenten en presenciar la resiliència dels seus clients davant de l'adversitat” (AlOtaibi NG, 2024).

Aquesta és una àrea de recerca emergent. Quan veiem els clients enfrontar-se a l'adversitat i a les dificultats, alhora veiem resiliència i superació dels nombrosos obstacles que se'ls presenten.

Hi ha diversos exemples de com es manifesta aquesta resiliència. Alguns inclouen les habilitats d'afrontament, la resolució de problemes, l'enginy i la valentia.

Secció 2 | Esgotament

Què és l'esgotament o burnout?

L'Organització Mundial de la Salut descriu el burnout (esgotament professional) com un fenomen relacionat amb la feina que resulta d'un estrès laboral crònic que no ha estat gestionat amb èxit.

El burnout es pot definir com un estat d'esgotament emocional, mental i físic causat per un estrès prolongat sense prou descans o suport.

Factors que contribueixen a l'estrès laboral i poden conduir al burnout:

- Fer lectura o tasques relacionades amb la feina a casa
- Treballar fora d'horari amb persones usuàries en hospitals i no poder recuperar hores
- No fer pauses adequades
- Respondre trucades durant les pauses
- Afrontar incidents crítics o potencialment crítics
- Manca de control: no tenir veu en la manera de fer la feina (horaris, assignacions, càrrega de treball)
- No disposar dels recursos necessaris per fer la feina
- Manca de claredat: no saber què s'espera de la persona treballadora
- Conflictes amb altres persones
- Excés o manca de feina
- Manca de suport
- Problemes d'equilibri entre vida laboral i personal

No tenir temps per:

- completar tasques dins dels terminis
- assistir a reunions d'equip o formacions
- gestionar tasques administratives
- fer seguiment dels plans d'atenció
- redactar adequadament els informes d'incidents

Signes d'esgotament:

- Sentir-se esgotat.
- No sentir-se capaç d'afrontar-ho.
- No poder dormir.
- Sentiment d'impotència.
- Cinisme.
- Estar trist, enutjat, irritable o desinteressat.
- Consumir més alcohol o altres substàncies.
- Patir malalties cardíaques, pressió arterial alta o diabetis tipus 2.
- Més probabilitats d'emmalaltir-se.
- Pèrdua de motivació
- Sentir-se irritable o frustrat/da
- Sentir-se desconnectat/da o embotit/da
- Tenir dificultats per concentrar-se

Com afrontar l'esgotament laboral:

- **Explorar les opcions disponibles:** parlar amb la persona responsable o cap d'equip sobre les preocupacions.
- **Treballar conjuntament per fer canvis:** col·laborar per trobar solucions als problemes identificats.
- **Establir objectius realistes:** si no és possible fer canvis en el context laboral, pot ser necessari valorar altres opcions professionals.
- **Buscar suport:** parlar amb companys/es, amigats o persones properes. Consultar també els serveis de suport que ofereix l'organització.
- **Activitats de regulació de l'estrès:** incorporar activitats relaxants com el ioga o el tai-txi.
- **Exercici físic:** l'activitat física regular ajuda a gestionar l'estrès.
- **Son:** un descans adequat ajuda a restaurar el benestar i protegir la salut.
- **Pràctica de mindfulness:** ajuda a reduir l'estrès i a millorar la regulació emocional.

Una bona pràctica que pot resultar molt efectiva per les persones professionals és fer servir el sistema de semàfor.

El trauma i el sistema de semàfor:

El sistema de semàfor del trauma és una manera senzilla de representar les nostres respostes al trauma. Els professionals el poden utilitzar per avaluar el seu propi estat fisiològic en un dia determinat.

El sistema de semàfor a la pràctica informada sobre el trauma és un marc que utilitza els colors verd, groc i vermell per representar diferents estats del sistema nerviós i com aquests impacten la resposta individual al trauma. És una manera de comprendre i respondre al trauma, reconeixent que els comportaments solen ser la manifestació de la reacció del cos davant amenaces percebudes o la seguretat. Utilitza un sistema de codis de colors per representar estats fisiològics.

Verd: Representa un estat de seguretat, calma i connexió social. En aquest estat, les persones poden connectar amb els altres, pensar amb claredat i sentir-se relaxades. Aquest és l'estat ideal per a un òptim funcionament i benestar.

Groc: Aquest és l'estat de "lluita o fugida", on el cos s'activa i es manté alerta davant de l'amenaça percebuda. Les persones poden sentir-se ansioses, hipervigilants o agitades. Aquesta és una resposta normal a l'estrès, però pot ser aclaparadora si es perllonga.

Vermell: Indica un estat de desconexió, que sol experimentar-se en sentir-se aclaparat o indefens. Es pot manifestar com una sensació d'entumiment, congelació o desconexió del propi cos o les emocions.

L'esgotament professional i el trauma vicari estan relacionats, però presenten respostes diferents davant l'estrès prolongat. L'esgotament professional es produeix quan el professional se sent aclaparat i esgotat pel estrès. El trauma vicari, en canvi, és quan la persona professional internalitza el trauma d'altres persones a través de la implicació empàtica.

Secció 3 | Autocura

L'autocura: una necessitat, no un luxe

L'autocura és l'acte de participar en activitats que promoguin el benestar i la salut general, inclosos els aspectes físics, mentals, emocionals i socials de prendre mesures conscients per nodrir-se un mateix, sovint mitjançant pràctiques que redueixen l'estrès, milloren l'estat d'ànim i milloren la qualitat de vida en general.

L'autocura significa fer intencionadament coses que protegeixin o millorin el propi benestar físic, mental i emocional. Es tracta de fer les petites accions que mantenen la persona equilibrada i sana.

Hi ha diversos aspectes clau per a l'autocura. Alguns inclouen:

- **Salut física** : Això inclou pràctiques com exercici, nutrició adequada, menjar prou, mantenir una bona higiene i revisions mèdiques regulars.
- **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, portar un diari o passar temps a la natura.
- **Benestar social**: cultivar relacions amb els éssers estimats, participar en activitats socials i buscar suport quan calgui.
- **Benestar espiritual**: trobar significat i propòsit a la vida practicant l'espiritualitat o participant en activitats que connectin amb un poder superior.

L'autocura és important perquè redueix l'estrès, millora la salut mental, enforteix la salut física, augmenta la resiliència i promou un sentit de propòsit.

Què és l'autocompassió?[Quebra de Moldagem do Texto]L'autocompassió és tractar-se a un o una mateixa amb la mateixa amabilitat, comprensió i suport que oferiríem a una persona estimada en moments difícils. Inclou:

- **Atenció plena (mindfulness)**: Ser conscient del propi patiment i de les dificultats sense exagerar-les ni reprimir-les.
- **Amabilitat cap a un mateix (self-kindness)**: Respondre a un mateix amb cura i comprensió en lloc de criticar-se durament.

Preguntes per reflexionar sobre l'autocura en el treball

- Pots adaptar el teu horari i la teva jornada laboral al teu nivell d'estrès i tolerància?
- Estàs fent la teva pausa per dinar?
- Què hi ha en el teu lloc de treball que està sota el teu control?
- Pots acceptar o fer les paus amb allò que no pots controlar?
- Estàs apagant el telèfon durant les pauses i fora de l'horari laboral?
- Estàs fent ús del suport disponible a l'organització?

Autocura efectiva mitjançant l'activació del nervi vague

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

Estratègies d'integració sensorial

Vista:

- Reduir la il·luminació massa intensa o agressiva
- Utilitzar ulleres de filtre de llum blava
- Fer una petita passejada o canviar d'entorn per gaudir d'un canvi d'escenari

Olfacte:

- olis essencials
- Cremes hidratants perfumada
- Perfumar-se amb colònia o perfum

Tacte:

- Portar roba amb textures còmodes
- Tenir una bufanda o una manta suau a la cadira de l'oficina
- Utilitzar una ampolla d'aigua freda o gels refrescants

Gust:

- Petits dolços
- Gaudir d'un bon dinar
- Mastegar xiclet
- Prendre un bon cafè

Vestibular (sentit de l'equilibri):

- Ioga
- Ciclisme
- Ballar
- Saltar al trampolí

So:

- Afegir un so que t'agradi, com música o soroll blanc.
- Reduir el soroll (per exemple, utilitzar auriculars amb cancel·lació de soroll o cercar un espai més tranquil).

Propiocepció (aquest és el sentit del moviment i la consciència corporal):

- Sortint a caminar una estona
- Estiraments suau
-

Estratègies d'autocura per a professionals:

Els i les professionals sovint estan sota pressió per complir terminis i tenen càrregues de treball elevades. L'autocura és essencial per mantenir la salut, la productivitat i tenir una carrera satisfactòria a llarg termini. A continuació, es presenten diverses maneres de fer-ho:

- **Cura física:**

Cuidar el cos millora directament la salut, la concentració i els nivells d'energia. Cal:

- Dormir prou (7 a 9 hores per nit)
- Fer exercici regularment (20 a 30 minuts al dia)
- Fer pauses per moure's durant la jornada
- Menjar àpats equilibrats
- Beure suficient aigua
- Vigilar el consum de cafeïna i alcohol

- **Cura mental i emocional:**

Els professionals sovint afronten sobrecàrrega cognitiva i estrès emocional. Algunes estratègies útils inclouen:

- Practicar mindfulness o meditació diàriament
- Escriure un diari
- Establir límits clars entre la vida laboral i personal
- Centrar-se en tasques individuals en lloc de fer-ne moltes alhora
- Buscar suport professional si cal

- **Autocura al lloc de treball:**

Pot prevenir l'esgotament i millorar la productivitat. Estratègies:

- Utilitzar mètodes de gestió del temps
- Programar petites pauses entre tasques
- Delegar quan sigui possible
- Comunicar preocupacions sobre la càrrega de treball
- Fer vacances regulars

- **Autocura social:**

Les relacions saludables ens poden protegir de l'estrès i l'esgotament. Estratègies:

- Mantenir contacte regular amb família i amics
- Construir relacions de suport amb companys
- Evitar l'aïllament laboral
- Participar en activitats socials que agradin

- **Autocura per al creixement personal:**

Comprometre's amb l'aprenentatge i el desenvolupament continu.

- Fixar-se objectius
- Aprendre noves habilitats o començar un nou hobby
- Assistir a formacions laborals
- Reflexionar sobre assoliments i objectius

Exemple d'una rutina diària ràpida d'autocura:

- Matí: 10 minuts de mindfulness, que poden incloure estiraments seus.
- Jornada laboral: Planificar el dia. Treballar en blocs de 60 minuts i fer pauses de 5-10 minuts. Garantir un descans adequat per dinar.
- Vespre: Cuinar un àpat nutritiu. Fer una caminada. Tenir una estona sense dispositius digitals.
- Nit: Dormir suficients hores.

Una eina pràctica per crear el teu propi pla d'autocura

Un pla d'autocura és una manera estructurada de cuidar el teu benestar físic, mental i emocional. Tenir-ne un pot marcar una gran diferència en la manera com es gestiona l'estrès i es manté la salut general.

Podeu crear dos tipus de plans:

- Pla d'autocura d'emergència o reactiu
- Pla d'autocura preventiu

Pla d'autocura d'emergència o reactiu

Responen el següent:

- Coses que em mantenen a terra quan estic alterat o angoixat.
- Activitats que m'eleven quan em sento esgotat o deprimit.
- Persones amb qui puc connectar-me quan necessito suport?
- Afirmacions: Coses positives per recordar-me.
- Els meus senyals d'advertiment que m'estic esgotant o estressant.
- Què cal evitar quan estic cansat o estressat.

Pla d'atenció preventiva

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

- Quins són els teus punts no negociables?
- Quines activitats van omplir la meva tassa?
- Nodrir el meu cos?
- Nodreix la meva ment?

Tècniques d'arrelament i calmament:

Aquestes tècniques poden ajudar a sentir-se més present i reduir el dolor o el malestar. Alguns exemples que es poden utilitzar:

- Arrelament 5-4-3-2-1: Nomena 5 coses que veus, 4 coses que sents, 3 coses que escoltes, 2 coses que olores, 1 cosa que tastis.
- Respiració profunda: Inspira comptant fins a 4, mantén la respiració comptant fins a 4, expira comptant entre 6 i 8. Repetir 3-5 vegades.
- Relaxació muscular: Tensa un grup muscular durant 5 segons i allibera lentament. Passa dels dits dels peus al cap.
- Sensació freda o calenta: Esquiaixa't la cara amb aigua freda o sosté una beguda calenta per portar l'atenció al cos.
- Arrelament amb moviment: Prem els peus a terra i nota el suport. Estira els braços, roda les espatlles o sacseja les mans. Camina lentament i observa cada pas.
- Arrelament mental: Nomena tots els animals, flors, països, etc., que puguis pensar per desviar l'atenció dels pensaments ansiosos, o recita un poema o cançó preferida.

Per donar exemples de vídeos desestressants es pot presentar el següent vídeo: <https://youtu.be/wE292vsJcBY?si=> .





Activitat 2.6 | Crea el teu pla d'atenció d'emergència i pla d'atenció preventiva

Objectiu:

Treballar creativament per crear el teu propi pla d'activitats que t'ajudin a sentir-te bé i a nodrir-te. Això t'ajudarà a prioritzar la teva autocura i et recordarà què t'ajuda quan la vida es fa difícil.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat s'expliquen al kit d'eines.

Referències

Referències:

American Psychiatric Association. (2025). What is posttraumatic stress disorder (PTSD)? <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>

Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63–70.

British Medical Association. (2022). Vicarious trauma: Signs and strategies for coping. <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/your-wellbeing/vicarious-trauma/vicarious-trauma-signs-and-strategies-for-coping>

Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. Routledge.

Cleveland Clinic. (2023). PTSD (post-traumatic stress disorder). <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9545-post-traumatic-stress-disorder-ptsd>

Dell’Osso, L., Lorenzi, P., Nardi, B., Carmassi, C., & Carpita, B. (2022). Post traumatic growth (PTG) in the frame of traumatic experiences. *Clinical Neuropsychiatry*, 19(6), 390.

European Federation of National Organisations Working with the Homeless (FEANTSA). (n.d.). FEANTSA. <https://www.feantsa.org/en>

Ghalib, N. (2024). A concept analysis of various resilience in mental health nursing. *ScienceDirect*. <https://www.sciencedirect.com>

Health Service Executive. (2025). Post-traumatic stress disorder (PTSD). <https://www2.hse.ie/conditions/ptsd/>

Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*.

Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 423–432.

Lambert, S., Gill-Emerson, G., Horan, A., & Naughton, A. (2017). *Moving towards trauma-informed care: A model of research and practice*.

Lipsky, L. v. D. (2009). *Trauma stewardship: An everyday guide to caring for self while caring for others*. Berrett-Koehler.

Maté, G. (2010). In the realm of hungry ghosts: Close encounters with addiction. North Atlantic Books.

Maté, G. (2011). When the body says no: Understanding the stress-disease connection. John Wiley & Sons.

McCann, L. M., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149.

Mayo Clinic. (2023). Job burnout: How to spot it and take action. <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/burnout/art-20046642>

Mayo Clinic. (2024). Post traumatic stress disorder (PTSD): Symptoms and causes. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/symptoms-causes/syc-20355967>

National Health Service. (2022). Overview: Post-traumatic stress disorder. <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/overview/>

Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. W. W. Norton.

Rousseau, D. (2024). Module 1: Introduction to trauma. Boston University Metropolitan College. <https://onlinecampus.bu.edu/ultra/courses>

Siegel, D. J. (1999). The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience. Guilford Press.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). Trauma-informed care in behavioral health services (Treatment Improvement Protocol Series 57, HHS Publication No. SMA 13-4801). <https://www.samhsa.gov>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (n.d.). SAMHSA. <http://www.samhsa.gov>

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma.

Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., & Taku, K. (2018). Posttraumatic growth: Theory, research, and applications. Routledge.

Treisman, K. (2021). A treasure box for creating trauma-informed organizations: A ready-to-use resource for trauma, adversity, and culturally informed, infused and responsive systems. Jessica Kingsley Publishers.

Treisman, K. (2024). Trauma-informed health care: A reflective guide for improving care and services. Jessica Kingsley Publishers.

Tujague, N., & Ryan, K. (2023). Cultural safety in trauma-informed practice from a First Nations perspective. Palgrave Macmillan.

Van der Kolk, B. A. (2015). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. Penguin Books.

Wright, A. (2024, April). How adaptations to childhood trauma can become your kryptonite. Psychology Today. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/making-the-whole-beautiful/202404/how-adaptations-to-childhood-trauma-can-become-your-kryptonite>

El Projecte Home4Health

Mòdul 3 Salut Mental

Mòdul 3 | Salut Mental

Descripció del mòdul: (6h)

Unitat 1 – Comprensió dels problemes de salut mental en el context de la manca d'habitatge	136
Secció 1 - Introducció al curs i presentacions dels participants	137
Secció 2 - Intersecció entre la manca d'habitatge i la salut mental	137
Secció 3 - Barreres per accedir a l'atenció de salut mental	143
<hr/>	
Unitat 2 - Problemes relacionats amb la salut mental entre les persones sense llar	148
• 1	
Secció 1 - Prevalença de problemes de salut mental entre persones sense llar	149
Secció 2 - Síntomes clau de problemes comuns de salut mental i conductes autolesives entre persones sense llar	154
Secció 3 - La teoria de l'automedicació	174
<hr/>	
Unitat 3 – Estratègies de reducció de danys i pràctiques basades en evidència	177
Secció 1 – Estratègies de reducció de danys per donar suport a persones sense llar amb problemes de salut mental	178
Secció 2 – Accions basades en evidència	184
Secció 3 – Diversitat cultural i salut mental: Consideracions per a la pràctica	210
<hr/>	
Referències	218

a) Objectius i resultats de l'aprenentatge

- Explicar la relació bidireccional entre la manca d'habitatge i la salut mental, inclòs 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 evidència per donar suport a persones sense llar amb problemes coexistents de consum de substàncies i salut mental.
- Analitzar com els factors culturals, de diversitat i interseccionals donen forma a les necessitats de salut mental, els comportaments de cerca d'ajuda i l'eficàcia dels sistemes d'atenció per a les persones sense llar.

b) Metodologia

- Classes teòriques i presentacions
- Discussions grupals
- Estudis de casos i escenaris del món real
- Activitats interactives
- Recursos multimèdia (vídeos, documentals, etc.)

c) Materials

Llibres de text, informes i articles acadèmics; informació estadística; materials d'estudi de casos; recursos multimèdia; diapositives de presentacions; materials bàsics d'escriptura (paper i bolígrafs).

d) Competències abordades

Desenvolupament de coneixements:

recopilar, integrar i interpretar informació multidisciplinària (clínica, psicosocial, ambiental) per donar suport a intervencions informades i apropiades al context amb persones sense llar.

Habilitats analítiques: identificar, analitzar i interpretar patrons conductuals, cognitius i emocionals associats amb problemes de salut mental, ús de substàncies, respostes al trauma 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 evidència, adaptant-les a contextos de vida complexos i inestables.

Habilitats de comunicació: comunicar eficaçment coneixements clínics, avaluacions i estratègies d'intervenció de manera clara i empàtica a persones, equips multidisciplinaris i parts interessades, mantenint alhora enfocaments informats sobre el trauma, sense prejudicis i culturalment sensibles.

Competència 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, incorporant aquesta comprensió a l'avaluació i la planificació de la intervenció.

e) Infraestructura

Una aula adequada equipada amb un projector, una pissarra i una disposició de seients que afavoreixin el treball en grup i els debats.

Unitat 1 | Comprensió dels problemes de salut mental en el context de la manca d'habitatge

- Secció 1** | Introducció al curs i presentacions dels participants
- Secció 2** | Intersecció entre la manca d'habitatge i la salut mental
- Secció 3** | Barreres per accedir a l'atenció de salut mental

Unitat 1 | Comprensió dels problemes de salut mental en el context de la manca d'habitatge

Secció 1 | Introducció al curs i presentacions dels participants



Activitat 3.1 | Trencagels: «El conductor i el detectiu»

Objectiu:

Fomentar l'escolta activa, la comunicació clara i la feina en equip entre els participants.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Secció 2 | Intersecció entre el sensellarisme i la salut mental

L'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2022) considera la salut mental un dret humà fonamental i la defineix com un estat de benestar mental que permet a les persones assolir el seu potencial, afrontar les tensions de la vida, treballar productivament i contribuir a la comunitat. La salut mental és més que la manca de trastorns mentals; és un component fonamental de la salut i el benestar general que sustenta la nostra capacitat per prendre decisions, forjar relacions i modelar les societats en què vivim (OMS, 2022).

L'OMS (2024) també reconeix que els factors biològics i psicològics poden exacerbar els problemes de salut mental i destaca l'habitatge com a determinant clau de la salut. Per tant, la manca d'habitatge i la salut mental estan connectades mitjançant una relació complexa i bidireccional.

El model socioecològic de tres nivells suggereix que el sensellarisme és el resultat d'una interacció complexa entre factors estructurals, errors del sistema i circumstàncies individuals. Per a qualsevol individu, la manca d'habitatge sol ser el resultat de l'impacte acumulatiu de múltiples factors, més que una sola causa. Els factors individuals i relacionals fan referència a les circumstàncies personals que exposen les persones al risc de quedar-se sense llar i poden incloure afeccions persistents i discapacitants. Aquestes afeccions poden incloure problemes de salut mental i consum de substàncies que experimenta la persona o els seus familiars, així com discapacitats que afecten el funcionament cognitiu, com ara el dany cerebral adquirit i el trastorn de l'espectre alcohòlic fetal (Gaetz i Dej, 2017).

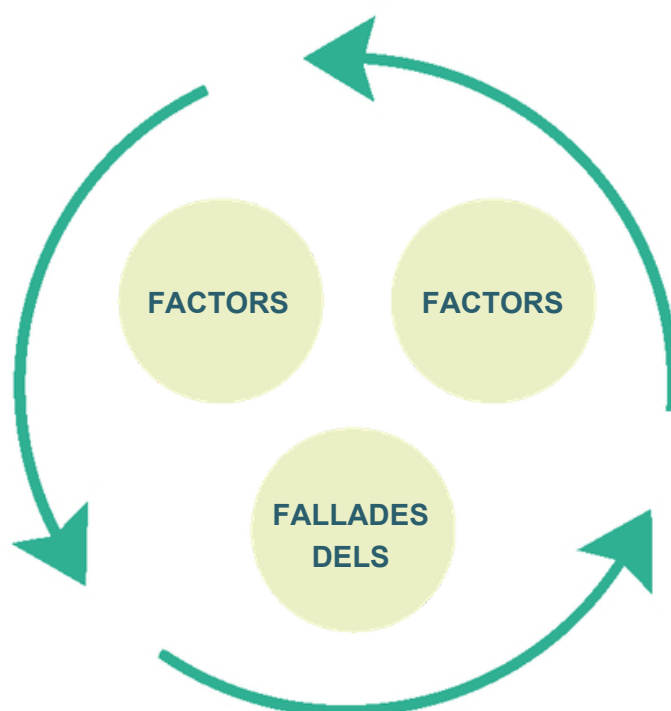


Figura 4- Causes de la manca d'habitatge (obtingut de Gaetz i Dej, 2017)

La relació entre els trastorns de salut mental i el sensellarisme és complexa i bidireccional, ja que les afeccions de salut mental poden contribuir a les circumstàncies que condueixen a la manca d'habitatge, mentre que el sensellarisme en sí mateix pot actuar com un factor estressant significatiu que precipita o exacerba els símptomes de salut mental (Barry et al., 2024). D'una banda, les malalties mentals no tractades, com l'esquizofrènia, el trastorn bipolar i la depressió més gran, poden afectar la capacitat d'una persona per mantenir una ocupació, un habitatge estable, les rutines diàries i les relacions socials, cosa que augmenta el risc de quedar-se sense llar. D'altra banda, la inestabilitat, l'estrès crònic i l'exposició repetida a traumes associats amb la manca d'habitatge poden desencadenar l'aparició de trastorns de salut mental o empitjorar de manera significativa les condicions existents (FEANTSA, 2023a, 2023b; Coalició Nacional per a les Persones sense Llar, 2017).

L'estrès traumàtic, comunament associat amb el sensellarisme, augmenta el risc de desenvolupar malalties mentals i s'ha demostrat que exacerba la gravetat dels símptomes (Spitzer, Vogel, Barnow, Freyberger i Grabe, 2007). Exerceix un paper important en la perpetuació de les malalties mentals, i l'evidència suggereix que el trauma sol precedir l'aparició de trastorns mentals. Com la relació entre el trauma i els trastorns per consum de substàncies, aquesta connexió és bidireccional: les malalties mentals poden augmentar la probabilitat d'experimentar trauma, mentre que el trauma pot augmentar el risc de desenvolupar símptomes psicològics i trastorns mentals (SAMHSA, 2014).

Aquesta dinàmica genera un cicle viciós que s'autoreforça: la mala salut mental augmenta la vulnerabilitat a la inestabilitat residencial i a l'exposició al trauma, mentre que el sensellarisme i el trauma agreugen encara més el malestar psicològic (per a més informació, vegeu el Mòdul 2: Enfocament d'Atenció Informada pel Trauma). Tal com afirma Deborah Padgett (2020, p.198), “la salut mental és alhora causa i conseqüència del sensellarisme”, i les intervencions que no aborden ambdues dimensions tenen dificultats per trencar el cicle de trauma, inestabilitat i exclusió social. Les dures realitats del sensellarisme —incloent la inseguretat constant, l'estigma, el trauma i la manca de seguretat— tenen efectes profundament perjudicials sobre el benestar mental (Padgett, 2020).

Estudis internacionals citats per FEANTSA (2023a) indiquen taxes de prevalença de trastorns mentals entre les persones en situació de sensellarisme que oscil·len entre el 60% i el 93,3%, en comparació amb taxes molt més baixes en la població general. FEANTSA argumenta que aquestes dades reforcen la necessitat d'entendre el sensellarisme com una qüestió de salut. Tal com assenyala el mateix informe (2023a, p.2), “la importància de l'habitatge com a determinant de la salut ha de ser plenament reconeguda”, posant èmfasi en el fet que un habitatge segur és fonamental no només per a l'estabilitat social, sinó també per a la salut mental i el benestar general.

L'impacte psicològic del sensellarisme

Els problemes de salut mental són molt freqüents entre les persones en situació de carrer. L'evidència mostra que com més greu és l'experiència de carrer, especialment en casos de ronda prolongada o recurrent, més precària sol ser la salut mental general de la persona (EUDA, 2023). Les dificultats de salut mental poden reflectir vulnerabilitats preexistents que, combinades amb fallades estructurals i sistèmiques, augmenten la probabilitat de sensellarisme. D'altra banda, els problemes de salut mental també poden desenvolupar-se com a conseqüència directa de la pròpia experiència de carrer.

Les persones en situació de carrer es veuen exposades repetidament a traumes crònics i acumulatius, cosa que té importants efectes negatius en la seva salut física i mental (Jayatunge, 2013). L'impacte psicològic va més enllà de l'absència d'un habitatge estable i inclou l'acumulació diària d'estrès, incertesa i exclusió social.

La vida quotidiana en situació de carrer sol caracteritzar-se per la inseguretat persistent, la gana, el malestar físic, la privació del son i l'exposició a entorns impredecibles o insegurs. Aquesta lluita continua per satisfer les necessitats bàsiques contribueix al desenvolupament o l'agreujament de trastorns de salut mental com l'ansietat crònica, la depressió i el trastorn d'estrès posttraumàtic (Padgett, 2020; Jayatunge, 2013).

Les persones sense llar també enfronten un risc més gran de violència física, agressió sexual i explotació, tant dins de la comunitat de persones sense llar com de la resta de la societat en general. Aquestes experiències fomenten la por, desconfiança i necessitat d'hipervigilància. Simultàniament, la pèrdua d'estatus social, l'absència de xarxes de suport i l'exclusió de la societat en general aprofundeixen l'aïllament i els sentiments de desesperança i d'inutilitat, cosa que agreuja encara més els problemes de salut mental existents i crea barreres addicionals per a la recerca d'ajuda (Jayatunge, 2013).

Les vulnerabilitats interseccionals, com l'ètnia, el gènere, l'orientació sexual, la identitat de gènere, la situació migratòria i els antecedents de consum de substàncies poden intensificar l'impacte psicològic de la manca d'habitatge. Aquests factors acostumen a augmentar l'exposició a l'estigma, la discriminació i els múltiples nivells d'exclusió social (FEANTSAa,b, 2023).

L'accés limitat a un habitatge estable i les barreres importants als serveis de salut mental dificulten que les persones rebin atenció constant i adequada. Com més temps romanguí una persona sense habitatge i sense el suport adequat, més gran serà el risc de desenvolupar malalties mentals greus i altres complicacions de salut a llarg termini (Amore i Howden-Chapman, 2012).

Quadre de resum: Idees clau

- El sensellarisme i la mala salut mental estan fortament interconnectats, i la gravetat i la durada hi juguen un paper important.
- El trauma —sovint crònic i repetit— és un element central de l'experiència del sensellarisme.
- Els estressors diaris, com la inseguretat, la fam, el malestar físic i la manca de son, contribueixen significativament al deteriorament de la salut mental.
- L'exposició a la violència i a l'explotació augmenta la vulnerabilitat psicològica i la desconfiança.
- L'exclusió social i l'aïllament reforcen la sensació de desesperança i dificulten l'accés al suport.
- Els factors interseccionals (per exemple, gènere, origen ètnic, situació migratòria o consum de substàncies) intensifiquen el dany psicològic.
- L'accés limitat als serveis i la prolongació del sensellarisme augmenten el risc de problemes de salut mental greus i persistents.

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

El diagnòstic dual, definit com la coexistència d'una malaltia mental i un trastorn per consum de substàncies, és molt freqüent entre les persones en situació de carrer. Moltes persones consumeixen alcohol o altres drogues com a forma d'automedicació per afrontar el dolor emocional, el trauma i la duresa de la vida quotidiana. Si bé el consum de substàncies pot proporcionar un alleugeriment temporal, en última instància agreuja els problemes de salut mental i crea barreres addicionals per a la recuperació. El consum de drogues d'alt risc és especialment comú entre les persones en situació de carrer perllongat o recurrent (EUDA, 2023).

Per a moltes persones, el consum de substàncies funciona com a mecanisme d'afrontament davant de traumes no gestionats; tanmateix, alhora es converteix en un obstacle important per accedir al tractament. Les persones en situació de carrer s'enfronten habitualment a discriminació, assetjament i barreres sistèmiques que en limiten l'accés als serveis de suport. Molts programes de tractament mantenen un enfocament centrat en l'abstinència, cosa que significa que les persones que continuen consumint substàncies sovint queden excloses de l'atenció adequada. En alguns sistemes, els requisits administratius, com ara la residència fixa o l'assegurança mèdica, fan gairebé impossible l'accés a les persones sense habitatge estable.

Les necessitats de supervivència solen ser prioritàries, cosa que redueix la capacitat o la motivació d'una persona per reduir o suspendre el consum de substàncies. Fins i tot quan hi ha motivació, les substàncies solen ser fàcilment accessibles, i la recuperació sense un entorn estructurat i de suport esdevé extremadament difícil (Coalició Nacional per a les Persones sense Llar, 2017). Les investigacions demostren sistemàticament una alta superposició entre el consum de substàncies i les malalties mentals a les poblacions sense llar, juntament amb una baixa adherència a les recomanacions de tractament. Aquestes troballes ressalten la necessitat de models d'atenció integrats i de baixa exigència que puguin respondre adequadament a les necessitats d'aquest grup objectiu (NPISA Lisboa, 2021).

La comorbiditat entre els trastorns per consum de substàncies i altres trastorns mentals està àmpliament establerta (Mills et al., citat a Australian Institute of Health and Welfare, 2024). Les dades de l'Estudi Nacional de Salut Mental i Benestar 2020–2022 a Austràlia mostren que un 9% de les persones amb trastorns d'ansietat o afectius també complien criteris per a un trastorn per consum de substàncies, mentre que un 46% de les persones amb un trastorn per consum de substàncies complien criteris per almenys un d'aquests trastorns mentals (ABS, citat a AIHW, 2024). Entre les persones que entren en tractament per alcohol i drogues, entre el 50% i el 76% compleixen criteris diagnòstics per a una altra condició de salut mental (AIHW, 2024).

Les persones amb trastorns concurrents experimenten resultats significativament pitjors, incloent un major deteriorament funcional, una càrrega simptomàtica més elevada i taxes de mortalitat considerablement superiors, així com una esperança de vida reduïda en comparació amb les persones sense comorbiditat (Leung et al., citat a AIHW, 2024).

La inestabilitat residencial i l'accés limitat als serveis de salut mental i d'atenció a les addiccions dificulten encara més un tractament oportú i efectiu. Aquestes barreres també afecten les persones que surten de la presó, contribuint a cicles de sensellarisme i reincidència quan no es disposa d'un suport adequat. Abordar el diagnòstic dual requereix enfocaments d'intervenció holístics i integrats, reconeixent l'habitatge estable com un component central de la salut i no com una qüestió opcional o separada.

Quadre de resum: Idees clau

- El diagnòstic dual té una alta prevalença entre les persones sense llar.
- El consum de substàncies sovint funciona com a automedicació per al trauma i l'angoixa emocional, però en última instància empitjora la salut mental.
- Els models de tractament basats en l'abstinència i els requisits administratius sovint exclouen l'accés a l'atenció adequada a persones sense llar amb problemes de salut mental que consumeixen drogues.
- Les necessitats de supervivència eclipsen la capacitat de participar al tractament o reduir el consum de substàncies.
- Les altes taxes de comorbiditat es correlacionen amb pitjors resultats en matèria de salut, més mortalitat i menys esperança de vida.
- Els serveis integrats de baixa exigència i l'accés a un habitatge estable són components essencials d'una atenció eficaç per al diagnòstic dual.
- Les persones que surten de presó enfronten més riscos de quedar-se sense llar, de recaure i de reincidir quan els sistemes de suport són inadequats.



Activitat 3.2 - Videofòrum

Objectiu:

Augmentar la consciència i la comprensió dels participants sobre com els problemes de salut mental contribueixen a la manca d'habitatge i s'hi veuen afectats.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Secció 3 | Barreres per accedir a l'atenció de salut mental

Les persones en situació de carrer, incloses aquelles amb problemes de salut mental i consum de substàncies, s'enfronten a múltiples barreres per accedir a l'atenció mèdica, els serveis de drogues i el suport social. Aquestes barreres poden ser estructurals, relacionades amb els serveis i individuals, i sovint interactuen entre si per crear obstacles significatius per al tractament i la recuperació.

a) L'habitatge com a determinant de la salut

Segons l'Organització Mundial de la Salut (2024), l'habitatge és un factor determinant de la salut. Un habitatge estable, segur i adequat és essencial per mantenir el benestar mental i físic. Per a les persones sense llar, la manca d'habitatge afecta directament la seva capacitat per accedir a l'atenció i beneficiar-se'n:

- Manquen d'una adreça fixa per registrar-se als serveis de salut o rebre correspondència.
- La continuïtat del tractament sovint es veu interrompuda.
- Els medicaments no es poden emmagatzemar de manera segura.
- L'exposició a la violència, el trauma i els factors estressants ambientals augmenta.
- Es redueixen les oportunitats d'intervenció primerenca.

Per tant, la manca d'habitatge en si mateix es converteix en un obstacle per a l'atenció, i deixar les persones en situació de carrer o brindar-los tractament sense un habitatge estable pot comportar més perjudicis (EUDA, 2023). La inestabilitat habitacional també limita l'accés a l'ocupació, el suport comunitari i els serveis socials i de salut més amplis (Jayatunge, 2013).

b) Estigma i discriminació

L'estigma és una barrera important per accedir a l'atenció de salut mental. Les persones en situació de carrer i amb malalties mentals es troben entre els grups més estigmatitzats de la societat, especialment quan també hi ha consum de substàncies (EUDA, 2023).

L'estigma pot adoptar diverses formes (Mental Health Europe, 2024):

- Estigma públic/social: estereotips negatius i actituds discriminatòries de la població general o dels proveïdors de serveis.
- Autoestigma: vergonya internalitzada que redueix la cerca d'ajuda.
- Estigma institucional/estructural: polítiques o pràctiques que creen un accés desigual, com a regles de serveis excloents.

Com a resultat, les persones sovint se senten prejutjades o rebutjades pels professionals de la salut, cosa que genera desconfiança en les institucions i renuència a buscar atenció (Jayatunge, 2013).

c) Vulnerabilitats interseccionals

Determinats grups socials afronten un major nivell d'estigma i desigualtat a causa de vulnerabilitats interseccionals com el gènere, l'origen ètnic, l'orientació sexual, la identitat de gènere, l'estatus migratori, l'edat o la trajectòria de consum de substàncies.

Aquests factors augmenten la probabilitat de patir discriminació i exclusió dels serveis, empitjoren els resultats de salut mental i redueixen l'accés a una atenció culturalment competent.

Les dones en situació de sensellarisme afronten barreres addicionals que intensifiquen l'impacte de l'estigma i la discriminació. Sovint estan sotmeses a expectatives socials rígides relacionades amb les cures i l'estabilitat familiar, fet que provoca que el sensellarisme sigui percebut com un "fracàs" més profund quan afecta dones. Aquest estigma s'intensifica encara més quan hi ha problemes de salut mental, consum de substàncies o experiències de violència domèstica i sexual —factors fortament interconnectats en les trajectòries femenines cap al sensellarisme.

Moltes dones també eviten els serveis per por al judici moral, a la vergonya associada al consum de substàncies o a la possibilitat que l'accés als serveis desencadeni intervencions de protecció de la infància, incloent la pèrdua de la custòdia dels fills i filles. Aquestes pors constitueixen una barrera important per a l'accés al suport en salut mental. La violència de gènere, que és freqüent tant abans com durant el sensellarisme, contribueix encara més a la desconfiança envers les institucions i reforça els comportaments d'evitació. En aquest sentit, la discriminació de gènere afegeix una capa addicional de vulnerabilitat, que requereix respostes de servei sensibles al gènere, informades pel trauma i atentes a les necessitats específiques de les dones (FEANTSA & Fondation Abbé Pierre, 2023).

Les persones sol·licitants d'asil, refugiades i migrants que viuen en allotjaments insegurs o al carrer tenen un alt risc de desenvolupar problemes de salut mental. Molts serveis no disposen de les eines ni de la competència cultural necessària per respondre de manera efectiva a les necessitats transculturals d'aquestes poblacions (FEANTSA & Fondation Abbé Pierre, 2023).

d) Barreres materials i burocràtiques

Les persones en situació de sensellarisme sovint afronten barreres materials i burocràtiques importants que limiten l'accés als serveis, com ara:

- Manca de recursos essencials, com documents d'identitat o acreditació de residència
- Absència d'una adreça estable i segura per rebre correspondència
- Accés limitat a transport fiable o manca de recursos econòmics per desplaçar-se a les cites
- Dificultat per assistir als serveis sense comprometre activitats de supervivència bàsiques, com la feina informal, l'accés a programes d'aliments o la recerca d'un lloc segur per dormir

Altres barreres sistèmiques inclouen la disponibilitat limitada de serveis gratuïts o públics de salut mental, llargues llistes d'espera i serveis que, tot i existir formalment, són poc accessibles a la pràctica a causa de requisits logístics, burocràtics o d'elegibilitat.

Aquestes dificultats, combinades amb sistemes administratius complexos i procediments llargs, limiten de manera significativa l'accés als serveis (NPISA Lisboa, 2021; Jayatunge, 2013). A causa d'experiències repetides de discriminació i exclusió, les persones poden distanciar-se dels serveis, perdent així l'accés a l'atenció sanitària i a altres drets (FEANTSA, 2023).

Desafiaments que enfronten els professionals de la reducció de danys

Les persones treballadores en reducció de danys sovint es troben amb barreres sistèmiques i operatives quan intenten derivar o donar suport a persones amb necessitats de salut mental.

Principals reptes:

- Baixa accessibilitat dels serveis de salut mental: llistes d'espera llargues per a psicoteràpia o valoracions psiquiàtriques, serveis infrafinançats, alta ocupació de llits psiquiàtrics i poca integració amb la resta del sistema sanitari.
- Limitat reconeixement de l'expertesa comunitària i en reducció de danys: els professionals sanitaris sovint no reconeixen el coneixement especialitzat basat en la pràctica dels equips de reducció de danys. Això es fa especialment evident en situacions complexes com les sol·licituds d'ingrés psiquiàtric involuntari o els casos de diagnòstic dual, on els símptomes tendeixen a atribuir-se exclusivament al consum de substàncies en lloc de fer una avaluació holística.
- Barreres geogràfiques i de transport: els serveis sovint no estan situats on les persones els necessiten i la manca de transport limita encara més l'accés.
- Insuficiència de serveis de baixa exigència: els programes basats en l'abstinència o models d'habitatge en escala poden excloure persones amb consum actiu o amb problemes de salut mental coexistents.
- Requisits de documentació: l'accés als serveis sovint depèn de documents d'identitat, prova de domicili, historial mèdic o altra documentació que les persones en situació de sensellarisme poden no tenir.
- Desconfiança o baixa vinculació de les persones usuàries: sovint derivada d'experiències prèvies negatives o discriminatòries amb institucions i serveis.
- Limitacions de recursos dels equips de reducció de danys: càrregues de casos elevades, manca de personal i temps limitat redueixen la capacitat d'acompanyar, fer seguiment de les derivacions o fer incidència efectiva.
- Complexitat burocràtica: els procediments administratius i els criteris d'elegibilitat rígids sovint no s'ajusten a les necessitats urgents, canviants i d'alta vulnerabilitat de les persones en situació de sensellarisme.

- **Solucions per superar les barreres**

Per respondre de manera efectiva a les necessitats de les persones en situació de sensellarisme, els serveis han de passar d'esperar que les persones s'adaptin a estructures rígides a crear sistemes flexibles, inclusivament i centrats en la persona. Aquests sistemes han de reconèixer el trauma, el desavantatge estructural i la importància dels objectius de recuperació definits per la pròpia persona.

A. Serveis integrats i de baixa exigència

- Transició de models clínics únics cap a xarxes integrades que connectin habitatge, salut mental, tractament de drogues i suport social (European Union Drugs Agency, 2023).
- Oferir accés sense cita prèvia i criteris d'entrada flexibles.
- Eliminar barreres com requisits d'abstinència, exigència de documentació o necessitat d'una adreça fixa.

B. Serveis d'outreach i mòbils (descentralització)

- Proporcionar serveis directament a les persones mitjançant equips mòbils o d'intervenció al carrer.
- Millorar la intervenció precoç, reduir l'atenció centrada en crisis i augmentar la continuïtat del suport.

C. Serveis de suport i transició

- Programes de convalescència o "medical respite": allotjament temporal amb suport mèdic i social per a persones en recuperació que no poden estar en un recurs de carrer però no requereixen hospitalització.
- Critical Time Intervention (CTI): intervenció limitada en el temps i progressiva per a persones que surten d'institucions (hospital, presó) i retornen a la comunitat.
- Gestió de casos: serveis de suport per coordinar l'atenció i connectar les persones amb recursos (Hwang & Burns, 2014).

D. Reducció de l'estigma en els sistemes de salut

- Formació per a professionals sanitaris en competència de gènere i cultural, reducció de l'estigma i pràctiques inclusives (FEANTSA, 2023).
- Implementació d'enfocaments informats pel trauma i centrats en la persona

E. Centres de serveis multidisciplinaris

- Creació de hubs que integren múltiples serveis sota un mateix sostre (metge/ssa de família, psiquiatria, psicologia, infermeria, treball social, teràpies ocupacionals, odontologia, salut sexual i reproductiva, infecciólogia, teràpia del trauma, teràpies complementàries i suport entre iguals).
- Milloren la coordinació, redueixen absències a cites i afavoreixen una atenció holística i continuada.

F. Participació de persones amb experiència viscuda

- Incorporació de persones amb experiència pròpia de sensellarisme o consum en equips de reducció de danys (tema ampliat al Mòdul 5 – Treball entre iguals).
- Millora la confiança, el vincle, la rellevància cultural i la capacitat de navegació del sistema.

G. Abordatge de les causes estructurals

Les intervencions efectives han d'anar més enllà de la salut i abordar determinants estructurals:

- Violència social i estructural: polítiques per reduir exposició a violència i discriminació
- Barreres a la integració social: inclusió comunitària, xarxes de suport i connexió social
- Atur i precarietat laboral: accés a formació, educació i ocupació estable
- Exclusió residencial i pobresa: habitatge assequible, suport al lloguer i polítiques de reducció de la pobresa
- Prescripció social: connexió amb recursos comunitaris no clínics (grups socials, activitats educatives i culturals)
- Assegurar que les respostes en l'àmbit de la salut estiguin integrades dins de solucions més àmplies de política social.



Activitat 3.3 | Joc de rols dels facilitadors

Objectiu:

Donar suport als professionals de reducció de danys en la identificació del seu paper com a facilitadors en situacions de la vida real i en el desenvolupament d'estratègies efectives per ajudar les persones a superar les barreres estructurals, personals i basades en serveis per accedir a l'atenció i el suport.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines

Unitat 2 | Problemes relacionats amb la salut mental entre les persones en situació de sensellarisme

Secció 1 | Prevalença de problemes de salut mental entre persones sense llar

Secció 2 | Síntomes clau de problemes comuns de salut mental i conductes autolesives entre persones sense llar

Secció 3 | La teoria de l'automedicació

Unitat 2 | Problemes relacionats amb la salut mental entre les persones en situació de sensellarisme

Els problemes de salut mental poden causar angoixa i interferir en la vida diària, les relacions i la qualitat de vida en general (OPP, 2025). Aquests problemes solen sorgir d'una combinació de factors, com influències biològiques i genètiques, la química cerebral, factors ambientals estressants, dinàmiques socials i familiars, vulnerabilitats personals i esdeveniments vitals adversos. Aquests factors solen interactuar, augmentant la probabilitat de desenvolupar problemes de salut mental.

Les persones amb trastorns de salut mental també tenen més probabilitats d'experimentar la manca d'habitatge a causa de desafiaments com els alts costos 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 experimenten les persones sense llar, així com algunes conductes autolesives.

Secció 1 | Prevalença de problemes de salut mental entre persones en situació de sensellarisme

Barry et al. (2024) han revisat més de 7700 articles de recerca i han inclòs 85 estudis amb més de 48.000 participants, principalment dels Estats Units, Canadà i Alemanya. Les seves troballes mostren que els problemes de salut mental són molt comuns entre les persones sense llar:

- Aproximadament dos de cada tres (67%) pateixen actualment un trastorn de salut mental.
- Més de tres de cada quatre (77%) han experimentat un trastorn de salut mental en algun moment de la vida.
- Els problemes de salut mental són més comuns entre els homes que no pas entre les dones.

Els trastorns més freqüents inclouen:

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

Les persones en situació de sensellarisme sense llar tenen moltes més probabilitats de tenir problemes de salut mental que la població general:

Condicció	Persones sense llar	Població general
Depressió major	19%	5%
Trastorns psicòtics	14%	0.40%
Trastorns de l'estat d'ànim	18%	1-10%
Trastorn bipolar	8%	0.70%
Trastorn d'estrès posttraumàtic	10.50%	1.10%
Trastorns per consum de substàncies	44%	12-15%
Trastorn de personalitat antisocial	26%	0.6-4%

Taula 2 - Comparació entre les persones sense llar i la població general, segons dades obtingudes de Barry et al. (2024)

El trastorn de personalitat antisocial pot ser especialment freqüent a causa de factors de risc compartits com la pobresa, l'exclusió social i el trauma en la primera infància. Alguns criteris diagnòstics —com les dificultats per mantenir una feina o la presa de riscos personals— poden solapar-se amb els reptes associats al sensellarisme, fet que dificulta diferenciar el trastorn de les circumstàncies vitals.

Aquests resultats posen de manifest la importància d'una resposta coordinada. Les intervencions efectives haurien de combinar atenció en salut mental, serveis socials, suport en l'habitatge i polítiques de suport.

El consum de substàncies pot emascarar, imitar o reduir temporalment els símptomes de salut mental. El personal i els equips de suport han d'abordar aquesta realitat des d'un enfocament de respecte, amb preguntes obertes i escolta activa, evitant suposicions per comprendre millor l'experiència de la persona.

Neurodiversitat i sensellarisme: atenció al TDAH

La recerca suggereix que el trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) és molt més freqüent entre les persones en situació de sensellarisme que en la població general. Gallagher (2023) estima que el TDAH afecta aproximadament un 32% de les persones en situació de sensellarisme, en comparació amb un 5–8% en la població general — és a dir, unes quatre vegades més.

Resultats similars s'observen en infants i adolescents. Denis i col·laboradors (2025) van realitzar una revisió sistemàtica i metaanàlisi sobre el TDAH en infants i joves sense llar. Es van incloure 13 estudis amb un total de 2.878 participants, amb una edat mitjana de 12 anys. Els nois estaven més representats que les noies. Quan es van combinar els resultats, es va trobar que aproximadament un de cada quatre (22,8%) infants i adolescents en situació de sensellarisme presentava TDAH. L'edat va resultar ser un factor rellevant: els estudis amb participants més grans (mitjana d'edat de 12 anys o més) mostraven taxes molt més elevades (43,1%) que els estudis amb infants més petits (13,1%).

Malgrat les diferències entre estudis, l'evidència indica que el TDAH afecta una proporció significativa d'infants i adolescents sense llar. L'experiència pràctica també suggereix que moltes persones adultes en situació de sensellarisme presenten dificultats de llarga durada compatibles amb el TDAH, com problemes d'organització, concentració, gestió del temps, impulsivitat i baixa tolerància a l'avorriment. Aquestes dificultats poden afectar de manera important l'educació, l'ocupació, la gestió econòmica i les relacions.

També és freqüent que persones adultes amb TDAH no diagnosticat o no reconegut utilitzin substàncies com a estratègia per afrontar o gestionar els seus símptomes, sovint sense identificar la causa subjacent de les seves dificultats. Això pot augmentar la vulnerabilitat a situacions de dany i complicar encara més l'estabilitat residencial. Reconèixer el TDAH i oferir suport adequat és, per tant, un element important en la prevenció i la intervenció del sensellarisme.

Acumulació compulsiva (hoarding) entre persones en situació de sensellarisme

La recerca suggereix que les conductes d'acumulació compulsiva són més freqüents entre persones amb antecedents de sensellarisme i inestabilitat residencial que en la població general. Un estudi que va analitzar la prevalença d'aquest comportament en persones que havien estat sense llar i que vivien en habitatge amb suport va utilitzar la Clutter Image Rating per avaluar 660 adults. Els resultats van mostrar que un 18,5% presentava comportaments d'acumulació, una xifra més de tres vegades superior a la prevalença estimada en la població general (Greig, 2020). Això és rellevant, ja que l'acumulació pot afectar negativament tant l'estabilitat de l'habitatge com la salut física i mental.

Altres estudis reforcen aquestes conclusions. Rodríguez i col·laboradors (2012) van analitzar el trastorn d'acumulació en persones en risc de desnonament a la ciutat de Nova York i van trobar que aquests comportaments eren relativament comuns en aquest grup. L'estudi també va identificar vincles amb factors com la dependència de l'alcohol, trets de trastorns de personalitat i determinades experiències adverses en la infància.

Els investigadors van estudiar persones ateses pel Eviction Intervention Services Housing Research Center (EIS), una organització sense ànim de lucre que dona suport a persones amb problemes d'habitatge, incloent el risc de desnonament. Es van analitzar 115 persones i els resultats van mostrar que un 22% (avaluació clínica) i un 23% (autoavaluació) complien criteris de trastorn d'acumulació. Aquesta taxa és entre cinc i deu vegades superior a les estimacions de la població general, on el trastorn afecta aproximadament un 2–5% de les persones.

Entre les persones que complien criteris de trastorn d'acumulació, un 32% es trobava en procés de desnonament, un 44% tenia antecedents de procediments de desnonament i un 20% havia estat desnonat almenys una vegada. Malgrat aquests riscos elevats, només un 48% rebia tractament en salut mental en el moment de l'estudi.

En conjunt, gairebé una de cada quatre persones que buscava suport per problemes d'habitatge en un servei de prevenció de desnonaments complia criteris de trastorn d'acumulació, però només aproximadament la meitat rebia suport en salut mental. Aquestes dades suggereixen que el trastorn d'acumulació pot tenir un paper important en la inestabilitat residencial i el risc de desnonament. Els autors destaquen la necessitat de més recerca per explorar si un tractament eficaç d'aquest trastorn podria contribuir a reduir el sensellarisme i els desnonaments.

Altres estudis posen de manifest forts vincles entre l'acumulació, el trauma en la primera infància i les experiències adverses infantils. Aquestes poden incloure la pèrdua primerenca d'una figura cuidadora, la pobresa, la privació material, la negligència o condicions de vida inestables. Aquestes experiències poden contribuir a dificultats en l'afecció, la necessitat de control i sentiments d'inseguretat, que més endavant poden evolucionar cap a conductes d'acumulació (Landau et al., 2011; Groundswell & South London and Maudsley NHS Foundation Trust, 2024). Tal com s'ha explicat en altres apartats del manual, aquest tipus d'experiències traumàtiques són habituals entre persones en situació de sensellarisme que també consumeixen substàncies.

En conjunt, aquestes evidències indiquen que l'acumulació compulsiva és un aspecte important a tenir en compte en el treball amb persones que han viscut sensellarisme. Si no es detecta i s'aborda adequadament, pot augmentar el risc de pèrdua de l'habitatge (per exemple, en programes d'*Housing First*), desnonament (com en habitacions de lloguer) i complicacions en la salut física i mental.

Suïcidi i autolesió entre persones en situació de sensellarisme

Un estudi poblacional amb 5.188.284 residents a Dinamarca va identificar que 56.663 persones (1,1%) van experimentar almenys un episodi de sensellarisme, amb un total de 570.986 anys-persona de seguiment. L'estudi va analitzar els resultats en un període de 10 anys des del primer contacte amb un alberg per a persones sense llar i va trobar els següents resultats (Nilsson et al., 2024):

- **Taxes de suïcidi:** un 1,3% dels homes i un 0,9% de les dones van morir per suïcidi.
- **Taxes d'autolesió:** un 9,2% dels homes i un 9,9% de les dones van presentar conductes d'autolesió.

En comparació amb persones que no havien experimentat sensellarisme, aquest factor es va associar amb un augment significatiu del risc de suïcidi (2,2 vegades més alt en homes i 3,8 vegades en dones) i d'autolesió (3,5 vegades més alt en homes i 3,3 vegades en dones).

El sensellarisme actual comportava un risc més elevat de suïcidi que el sensellarisme passat, amb els homes presentant un risc 3,7 vegades superior (vs. 2,0) i les dones 8,0 vegades superior (vs. 3,4).

Riscos addicionals

Entre els homes en situació de sensellarisme, la presència d'un trastorn psiquiàtric augmentava de manera molt significativa el risc de suïcidi (19,9 vegades més alt en comparació amb persones sense sensellarisme ni trastorn psiquiàtric). En dones, el nombre de casos era insuficient per a una anàlisi fiable. A més, haver presentat episodis d'autolesió també incrementava el risc de suïcidi posterior entre persones sense llar (7,4 vegades més alt en homes i 17,7 vegades en dones).

Idees clau

- Les persones en situació de sensellarisme tenen un risc molt més alt d'autolesió i suïcidi, especialment quan la situació de sensellarisme és actual.
- Els trastorns psiquiàtrics i els episodis previs d'autolesió són indicadors molt forts de risc de suïcidi en aquest grup.
- Aquests resultats subratllen la necessitat urgent de millorar la detecció, el suport i les intervencions específiques per reduir l'autolesió i el suïcidi entre persones en situació de sensellarisme.

Secció 2 | Síntomes clau de problemes comuns de salut mental i conductes autolesives entre persones en situació de sensellarisme

Aquesta secció explora els símptomes clau dels problemes de salut mental comuns i les conductes autolesives entre les persones en situació de carrer. Destaca com es poden presentar aquestes afeccions en aquesta població, proporcionant una base per comprendre els seus desafiaments i orientant el suport i les intervencions eficaces.

Trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH)

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

- **Manca d'atenció:** dificultat per prestar atenció als detalls, romandre concentrat en una tasca, seguir instruccions i regles i mantenir-se organitzat; tendència a cometre errors, perdre coses, oblidar les activitats diàries i distreure's fàcilment.
- **Hiperactivitat:** inquietud o activitat excessiva, fins i tot en moments inadequats; dificultat per romandre assegut o participar en activitats tranquil·les; parlar excessivament; dificultat per esperar el seu torn i interrompre freqüentment els altres.
- **Impulsivitat:** actuar sense pensar, involucrar-se en conductes arriscades i tenir dificultats per controlar-se.

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

- **Les criatures** sovint mostren hiperactivitat i impulsivitat prominents; a mesura que augmenten les demandes acadèmiques i socials, la manca d'atenció es fa més notòria.
- **Els i les adolescents** solen mostrar una hiperactivitat reduïda, amb més inquietud i moviment, mentre que la impulsivitat i la manca d'atenció generalment persisteixen.
- **Les persones adultes**, incloses les persones en edats més avançades, poden experimentar manca d'atenció, inquietud i impulsivitat, que es poden atenuar, però continuar sent perjudicials. També poden presentar irritabilitat, baixa tolerància a la frustració, vulnerabilitat a l'estrès o canvis intensos d'humor.

Tot i que es reconeix àmpliament en infants i adolescents, el TDAH també afecta adults, que poden reportar dificultats al llarg de la vida amb el rendiment acadèmic, l'exercici laboral i les relacions interpersonals. En infants, el TDAH pot contribuir a dificultats acadèmiques, ansietat, baixa autoestima, dificultats en les relacions amb els companys o conductes agressives i oposicionistes (OPP, 2025). Els infants i adolescents amb TDAH també tenen un risc més gran d'experimentar amb substàncies psicoactives i experimentar símptomes depressius.

El TDAH sol coexistir amb altres problemes de salut mental. Els problemes de son són especialment freqüents i afecten fins al 70% dels adults amb TDAH. Si bé els símptomes de manca d'atenció tendeixen a persistir amb el temps, els símptomes d'hiperactivitat i impulsivitat solen disminuir (NIMH, 2024).

Com que el TDAH és un trastorn del neurodesenvolupament, els símptomes han de començar a la infància: tot i que el diagnòstic es pugui fer en l'edat adulta, els símptomes han d'haver estat presents abans dels 12 anys (NIMH, 2024). Moltes persones adultes no van ser diagnosticades abans per manca de reconeixement per part de la família o del professorat, per una expressió lleu dels símptomes o per l'existència d'estratègies d'afrontament que inicialment eren efectives però que es van tornar insuficients quan les responsabilitats adultes van augmentar. El diagnòstic diferencial és essencial, ja que l'estrès, els trastorns del son, l'ansietat, la depressió i determinades condicions de salut física poden imitar els símptomes del TDAH.

És important destacar que, malgrat la tendència a atribuir les dificultats conductuals o acadèmiques dels infants al TDAH, només aproximadament un 5% dels infants compleixen criteris per al trastorn (OPP, 2025).

Trastorns d'ansietat

Tothom experimenta ansietat en algun moment, especialment quan s'enfronta a situacions percebudes com a amenaçadores, estressants, desconegudes o difícils. L'ansietat es pot descriure com una sensació de preocupació, nerviosisme, inquietud o por respecte al que podria passar (OPP, 2025). Aquestes sensacions poden interferir amb el son, la gana i la capacitat de concentració, però en circumstàncies habituals l'ansietat disminueix un cop la situació ha passat. Aquesta ansietat quotidiana fins i tot pot ser útil, ja que augmenta l'estat d'alerta i la concentració.

Tanmateix, quan l'ansietat es torna aclaparadora, es manté durant períodes llargs o interfereix de manera significativa amb el funcionament diari, pot arribar a ser invalidant. En aquests casos, les persones poden sentir que perden el control, por de morir o la sensació d'"estar perdent el cap". Quan la preocupació es torna dominant, persistent i dificulta la vida quotidiana o redueix el benestar general, pot estar present un trastorn d'ansietat (OPP, 2025).

Els trastorns d'ansietat són entre els problemes de salut mental més comuns i poden afectar persones de totes les edats. L'ansietat es manifesta de manera diferent en cada persona, i quan comença a prendre el control poden aparèixer diferents condicions relacionades, com ara:

- atacs de pànic sense desencadenant clar
- evitació fòbica (per exemple, por a sortir de casa)
- retirada social (evitació d'amics i família)
- pensaments obsessius o conductes compulsives

L'ansietat afecta tant la ment com el cos:

- Síntomes físics: tensió muscular, mal de cap, augment de la freqüència cardíaca, nàusees o vòmits, necessitat freqüent d'anar al lavabo o sensació de "papallones a l'estómac".
- Síntomes psicològics: por augmentada, hiperalerta, nerviosisme, irritabilitat, dificultat per relaxar-se o concentrar-se i tendència a sobrepensar. Els pensaments poden ser repetitius, intrusius i negatius. Les persones poden anticipar el pitjor, adoptar una visió pessimista i evitar llocs, situacions o persones, cosa que sovint redueix el contacte social.
- Les persones amb trastorns d'ansietat sovint no identifiquen clarament què està causant la seva preocupació i por. Els símptomes poden aparèixer de manera sobtada o gradual. El trastorn d'ansietat generalitzada (TAG) sovint comença al voltant dels 30 anys, tot i que també pot iniciar-se a la infància, i és més freqüent en dones que en homes (NIMH, 2022).

Signes i símptomes comuns del trastorn d'ansietat generalitzada (NIMH, 2022):

- | | |
|---|--|
| ○ Preocupació excessiva per les coses quotidianes | ○ Fatiga o sensació de cansament constant |
| ○ Dificultat per controlar les preocupacions o el nerviosisme | ○ Mal de cap, dolors musculars, mal de panxa o dolor sense causa clara |
| ○ Consciència que es preocupa més del que seria raonable | ○ Dificultat per empassar |
| ○ Sensació d'inquietud o incapacitat per relaxar-se | ○ Tremolors o tics musculars |
| ○ Dificultat per concentrar-se | ○ Sensació d'irritabilitat o d'estar "a la defensiva" |
| ○ Facilitat per sobresaltar-se | ○ Suor, mareig o sensació de falta d'aire |
| ○ Problemes per adormir-se o mantenir el son | ○ Necessitat freqüent d'anar al lavabo |

Deteriorament cognitiu (incloent el deteriorament cognitiu induït per drogues - DICI)

Per entendre millor el deteriorament cognitiu, és útil aclarir el concepte de cognició. La cognició fa referència als processos mentals implicats en l'adquisició de coneixement i comprensió a través del pensament, l'experiència i els sentits. Inclou un ampli ventall de funcions intel·lectuals superiors, com l'atenció, la memòria, l'aprenentatge, la presa de decisions, la planificació, el raonament, el judici, la percepció, la comprensió, el llenguatge i les habilitats visuoespacials (Dhakal et al., 2023).

El deteriorament cognitiu (també anomenat dèficit cognitiu) descriu dificultats en una o més d'aquestes àrees cognitives. No és una malaltia en si mateixa, sinó un símptoma que pot indicar una condició subjacent.

Els símptomes poden aparèixer en qualsevol dels dominis esmentats, i les persones solen experimentar (Dhakai et al., 2023):

- Dificultat per recordar coses (per exemple, repetir preguntes o relats)
- Problemes per aprendre informació nova o per concentrar-se
- Alteracions visuals o dificultats en la parla
- Dificultat per reconèixer persones o llocs; els entorns nous poden resultar aclaparadors
- Confusió o agitació
- Canvis d'estat d'ànim
- Canvis en el comportament o en el llenguatge
- Dificultats per realitzar tasques quotidianes

El deteriorament cognitiu pot estar present des del naixement o desenvolupar-se més endavant a causa de factors ambientals o mèdics (Dhakai et al., 2023). L'envelliment és el principal factor de risc, ja que és més freqüent en persones grans. Tanmateix, les causes varien al llarg de la vida:

- **Primera infància:** síndromes genètics, exposició prenatal a drogues, malnutrició, prematuritat, trauma, abús infantil
- **Infància/adolescència:** efectes secundaris de tractaments oncològics, malnutrició, trastorns metabòlics, autisme, condicions immunitàries
- **Edat adulta i vellesa:** ictus, deliri, demència, depressió, esquizofrènia, consum crònic d'alcohol, consum de substàncies, tumors cerebrals

Determinats medicaments —com sedants, tranquil·litzants, anticolinèrgics i glucocorticoides— també s'associen amb dèficits cognitius. Les lesions cerebrals i les infeccions del cervell o les meninges poden provocar deteriorament cognitiu a qualsevol edat.

Com s'ha esmentat anteriorment, el consum de substàncies també pot causar deteriorament cognitiu. Una categoria específica, el deteriorament cognitiu induït per drogues (DICI), fa referència al declivi cognitiu causat principalment per medicaments, incloent-hi fàrmacs que no actuen directament sobre el sistema nerviós central (Reimers et al., 2024). El DICI pot afectar totes les edats i variar en gravetat, des de símptomes subclínic fins a dèficits específics, deteriorament cognitiu lleu o deliri.

El DICI és una causa freqüent de deliri, especialment en persones amb factors predisposants com l'edat avançada, malalties neurològiques o dependència de substàncies psicoactives, i sovint es confon amb demència (Bowen & Larson, 2012). Els sedants —especialment les benzodiazepines— tenen un alt risc de provocar deteriorament cognitiu, i també s'associa aquest risc amb antipsicòtics sedants, opioides i alguns antidepressius.

d) Respostes complexes al trauma i a l'estrès posttraumàtic

Hi ha un reconeixement consolidat de la forta relació entre l'exposició a esdeveniments traumàtics i el desenvolupament de problemes de salut mental. El trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT) es va establir per primera vegada com a diagnòstic diferenciat l'any 1980 amb la publicació del DSM-III (Larsen, 2025). Tanmateix, molts clínics i investigadors van observar ràpidament que aquest diagnòstic no captava completament les conseqüències del trauma en persones que havien patit traumes recurrents, prolongats o en la primera infància, especialment quan aquests es produeixen en relacions interpersonals amb cuidadors, parelles o altres figures properes.

La recerca ha demostrat de manera consistent que el TEPT, tal com es va definir inicialment, no inclou els patrons més amplis de disfunció psicològica i funcional derivats de la victimització interpersonal crònica. Un factor clau és l'etapa del desenvolupament en què es produeix el trauma i si aquest té lloc en relacions que haurien de proporcionar protecció, seguretat i regulació emocional (Luxenberg et al., 2000). Aquestes evidències van conduir a la conceptualització del trauma complex (o Complex PTSD) i a la seva introducció al DSM-IV sota el terme *Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS)*. Tot i que no va obtenir estatus de diagnòstic independent, es va reconèixer com un conjunt de característiques associades al TEPT (Luxenberg et al., 2000).

Tot i que això va representar un avanç important, continua el debat sobre si el trauma complex ha de ser considerat una categoria diagnòstica independent. Amb el temps, les definicions han evolucionat: mentre que el DSM-5 incorpora algunes respostes "complexes" dins dels criteris del TEPT, la CIM-11 (ICD-11) va més enllà i defineix el TEPT complex com un diagnòstic separat però relacionat (Larsen, 2025). No obstant això, cap dels dos sistemes recull completament tots els criteris proposats inicialment per al DESNOS.

Malgrat les diferències en els marcs diagnòstics formals, hi ha un ampli consens clínic i científic que el trauma complex implica:

- victimització interpersonal,
- múltiples esdeveniments traumàtics i/o
- exposició crònica o prolongada al trauma,

Amb impactes especialment greus quan aquestes experiències tenen lloc en la infància (Luxenberg et al., 2000; Van der Kolk, 2005).

El trauma complex es caracteritza per dificultats en sis àmbits principals de funcionament (Luxenberg et al., 2000; Van der Kolk, 2005; Blaz-Kapusta, 2008):

- **Regulació de l'afecte i dels impulsos:** inclou reaccions emocionals extremes o canviants, conductes autodestructives (p. ex. autolesions, trastorns alimentaris, ideació suïcida), conductes sexuals impulsives o desregulades, o dificultats per controlar i expressar la ira.
- **Atenció o consciència:** inclou episodis dissociatius, despersonalització, alteracions de la memòria (amnèsia o hipermnèsia) relacionades amb el trauma o “pèrdua de temps” en situacions d'estrès.
- **Auto-percepció:** inclou una visió persistentment negativa d'un mateix, sentiments d'imptència, inutilitat, vergonya, culpa, autoacusació o sensació d'estar “contaminat”, estigmatitzat o danyat de manera irreversible.
- **Relacions amb els altres:** inclou desconfiança crònica, dificultats per establir vincles segurs, patrons de revictimització o, en alguns casos, conductes de victimització cap a altres com a estratègia de supervivència apresada.
- **Somatització:** inclou dolor crònic i símptomes físics que afecten els sistemes digestiu, circulatori, cardiopulmonar i sexual, sovint sense causa mèdica identificable.
- **Sistemes de significat:** inclou pèrdua de creences bàsiques, desesperança, malestar existencial i dificultats per mantenir un sentit de propòsit, direcció o futur.

e) Trastorns depressius

La depressió és un dels problemes de salut mental més comuns a escala mundial, i afecta aproximadament un 5% de la població adulta, amb una major prevalença diagnosticada en dones que en homes (WHO, 2023). L'Organització Mundial de la Salut la reconeix com la principal causa de discapacitat a nivell global (OPP, 2021).

La depressió implica una tristesa persistent, angoixa i desesperança. Aquestes emocions poden aparèixer de manera natural com a resposta a esdeveniments vitals com un dol, una pèrdua o una decepció important, i poden constituir una reacció normal, saludable i adaptativa (OPP, 2025). En aquests casos, la resposta emocional és proporcional a l'esdeveniment i tendeix a disminuir amb el temps. Tanmateix, quan aquests sentiments persisteixen durant més de dues setmanes consecutives, es repeteixen amb freqüència o interfereixen significativament en el funcionament diari, poden indicar un trastorn depressiu clínic.

La depressió es pot entendre com un continuu:

- **Depressió lleu:** la persona manté les rutines diàries, però les tasques poden semblar més difícils, aclaparadores o menys significatives.
- **Depressió greu:** el funcionament pot veure's greument afectat, la seguretat física pot estar en risc a causa de pensaments o conductes suïcides, i poden aparèixer símptomes psicòtics secundaris com al·lucinacions o deliris (NIMH, 2024).

Els símptomes depressius poden afectar les emocions, els pensaments, el comportament i el funcionament físic. Tot i que cada persona pot viure la depressió de manera diferent, els símptomes més comuns inclouen (NIMH, 2024; OPP, 2025):

Símptomes emocionals i cognitius

- Estat d'ànim persistentment trist, irritable, ansiós o de "buit" (durant més de dues setmanes)
- Sentiments de desesperança o pessimisme
- Irritabilitat, frustració o inquietud freqüent
- Sentiments de culpa, inutilitat o impotència
- Pèrdua d'interès o plaer en activitats habituals
- Dificultat per concentrar-se, recordar o prendre decisions

Símptomes físics i conductuals

- Fatiga persistent, baixa energia o sensació d'alentiment
- Alteracions del son (insomni, despertar precoç, hipersòmia, despertars freqüents, malsons)
- Canvis en la gana o en el pes sense causa aparent
- Augment del consum de substàncies psicoactives, incloent tabac i alcohol
- Símptomes físics com mals de cap, dolors abdominals o problemes digestius sense causa mèdica clara

Símptomes relacionats amb el risc

- Pensaments de mort o suïcidi, o intents de suïcidi

Altres possibles canvis d'humor o conducta

- Augment de la ira o irritabilitat
- Sensació d'estar constantment "a la defensiva"
- Retraïment, distanciament o actitud més negativa
- Conductes de risc o impulsives
- Augment del consum d'alcohol o drogues
- Aïllament social de família i amigats
- Negligència de responsabilitats importants
- Dificultats relacionades amb el desig o el rendiment sexual

f) Trastorn d'acumulació (hoarding) i conductes d'acumulació

L'acumulació compulsiva s'entén habitualment com un patró persistent d'adquisició i conservació de gairebé tot. Un problema sever d'acumulació, segons Tompkins (2015), es defineix per dos factors principals:

- estar en risc de lesions greus o fins i tot de mort a causa de les condicions de l'habitatge, i
- presentar una baixa capacitat funcional.

La capacitat funcional fa referència a la capacitat de dur a terme activitats diàries necessàries o desitjables (Soniati et al., cit. a Tompkins, 2015). Reflecteix la interacció entre la capacitat física, psicològica i social, avaluada dins del context de vida de la persona (Tompkins, 2014).

Quan es parla d'acumulació, és important diferenciar entre conductes d'acumulació i trastorn d'acumulació.

Conductes d'acumulació

Aquestes poden aparèixer en el context de diverses condicions mèdiques, genètiques o psicològiques, incloent-hi però no limitades al trastorn d'acumulació (Mataix-Cols et al., cit. a Tompkins, 2015). Les estimacions de prevalença indiquen que entre un 2% i un 5% dels adults presenten conductes d'acumulació significatives (Iervolino et al., cit. a Options Bytown, 2024).

Trastorn d'acumulació

El trastorn d'acumulació s'entén com un fenomen complex i multidimensional que implica processos cognitius, conductuals i emocionals.

La recerca mostra una forta relació amb altres problemes de salut mental:

- El 92% de les persones amb trastorn d'acumulació presenten comorbiditats com depressió, ansietat, TOC o fòbia social (Mass Housing Conference, cit. a Options Bytown, 2024).
- Els símptomes de TDAH són freqüents en aquests casos (Hartl et al., 2005, cit. a Options Bytown, 2024).
- Les conductes d'adquisició poden manifestar-se com a compra compulsiva, considerada un trastorn del control d'impulsos (McElroy et al., cit. a Options Bytown, 2024).
- La fòbia social també s'ha associat amb l'acumulació (Samuels et al., cit. a Options Bytown, 2024), i els objectes poden funcionar com a barreres de seguretat emocional.

A causa d'aquestes altes taxes de comorbiditat, l'avaluació ha d'incloure el cribratge de condicions associades. Això és essencial per dissenyar intervencions efectives i prevenir recaigudes. Les condicions coexistents poden complicar o influir en un enfocament de reducció de danys, requerint una intervenció integral.

Intervencions

Les intervencions en el trastorn d'acumulació solen ser complexes, llargues i costoses, però essencials. Les neteges d'habitatge sense intervenció terapèutica presenten una taxa de recidiva del 100% (Options Bytown, 2024), cosa que subratlla la necessitat de suport psicològic i conductual.

criteris diagnòstics DSM-5 del trastorn d'acumulació (SHIP, 2024)

- Dificultat persistent per llençar o desprendre's de possessions, independentment del seu valor, a causa de la necessitat percebuda de conservar-les i el malestar associat a eliminar-les.
- Aquesta dificultat provoca acumulació que desordena les àrees de vida activa i en compromet substancialment l'ús previst.
- L'acumulació causa malestar clínicament significatiu o deteriorament en àrees socials, laborals o altres àrees de funcionament, incloent la seguretat de l'entorn.
- El comportament no és atribuïble a una altra condició mèdica.
- El comportament no s'explica millor per un altre trastorn mental.

Especificadors (SHIP, 2024)

- Adquisició excessiva: dificultat per desprendre's d'objectes acompanyada de la recollida d'objectes no necessaris o per als quals no hi ha espai disponible.
- Insight bo o moderat: la persona reconeix el problema.
- Insight pobre: la persona creu majoritàriament que el comportament no és problemàtic.
- Insight absent o creences delirants: convicció total que el comportament és adequat malgrat evidència en contra.

Evolució i inici

- Les conductes d'acumulació sovint comencen al voltant dels 13 anys.
- La recerca de suport sol produir-se dècades més tard, amb una edat mitjana al voltant dels 50 anys (Bratiotis, Sorrentino & Steketee, cit. a Options Bytown, 2024).
- L'inici tardà (després dels 50 anys) pot estar relacionat amb canvis vitals importants (pèrdues, trasllats, dols) o amb esdeveniments cerebrovasculars no detectats (Anderson, Damasio & Damasio, cit. a Tompkins, 2014).

g) Trastorns de la personalitat, incloent-hi el Trastorn Límit de la Personalitat

La personalitat fa referència al conjunt de patrons de pensament, emoció, comportament i relació amb els altres i amb l'entorn. Aquests patrons tendeixen a mantenir-se relativament estables al llarg del temps i contribueixen al que fa única cada persona (Moreira, 2024). La personalitat es desenvolupa durant la infància i continua evolucionant al llarg de tota la vida.

Un trastorn de la personalitat s'entén com un patró durador i inflexible de l'experiència interna i del comportament que provoca un malestar o deteriorament significatiu i que s'aparta de manera marcada de les expectatives culturals (Moreira, 2024; APA, 2025). Aquestes desviacions es produeixen habitualment en tres àmbits del funcionament: afectiu, cognitiu i conductual. Segons FOCUS (2013), els trastorns de la personalitat no s'expliquen millor per una condició mèdica general, el consum de substàncies, una etapa evolutiva normativa o el context sociocultural.

Aquests patrons disfuncionals de llarga durada han d'afectar almenys dues de les quatre àrees següents (APA, 2025):

- la manera com la persona pensa sobre si mateixa i els altres
- les respostes emocionals
- el funcionament interpersonal
- el control dels impulsos i el comportament

El diagnòstic formal ha de ser realitzat per un professional de la salut mental qualificat i rarament s'aplica a persones menors de 18 anys, ja que la personalitat encara està en desenvolupament (APA, 2025). El DSM-5-TR inclou deu trastorns de la personalitat, agrupats en tres clústers. Tot i que aquestes condicions difereixen en molts aspectes, comparteixen característiques bàsiques, com ara formes marcadament diferents de percebre's a si mateixos, als altres i als esdeveniments; respostes emocionals i conductes que s'allunyen de les expectatives socials; i alteracions en el control dels impulsos, que poden implicar tant un excés de control com una manca de control.

Les persones amb trastorns de la personalitat també poden presentar símptomes associats a altres problemes de salut mental, a causa de l'impacte significatiu que els seus patrons persistents de pensament, emoció, conducta i relació tenen sobre el funcionament diari (Moreira, 2024). Els problemes comòrbids més freqüents inclouen ansietat, depressió, trastorns per ús de substàncies, trastorns de la conducta alimentària, dificultats sexuals i conflictes interpersonals.

Històricament, els trastorns de la personalitat han estat difícils de conceptualitzar i diagnosticar. Durant molts anys, les persones amb aquestes condicions van ser excloses dels serveis generals de salut mental per la creença que eren "intractables". Tanmateix, la recerca actual dona suport a l'eficàcia de múltiples enfocaments terapèutics (Macmanus, 2008). L'evolució dels models diagnòstics i de les expectatives de tractament posa de manifest la importància d'atendre les necessitats de les persones amb trastorns de la personalitat, especialment perquè la comorbiditat pot complicar el tractament i empitjorar el pronòstic.

En la revisió més recent del DSM-5, els trastorns de la personalitat es conceptualitzen com a alteracions en el funcionament de la personalitat i en trets de personalitat patològics, utilitzant un model multidimensional i basat en un continu (FOCUS, 2013). Aquest “model alternatiu” pretén abordar les limitacions dels sistemes diagnòstics anteriors mantenint la continuïtat amb la pràctica clínica actual.

Trastorn Límit de la Personalitat (TLP)

El Trastorn Límit de la Personalitat (TLP) afecta aproximadament 1 de cada 100 persones. És una condició de salut mental que afecta greument la capacitat de regular les emocions, cosa que pot augmentar la impulsivitat, afectar la imatge i la percepció d'un mateix i influir negativament en les relacions amb els altres.

Els símptomes poden incloure (OPP, 2025; NIMH, 2022):

- canvis d'humor sobtats i emocions molt intenses (p. ex. ansietat, tristesa profunda, ràbia), seguits de sentiments de buit, indiferència o aïllament (que poden durar d'hores a diversos dies)
- sentiments crònics de buit
- pensaments contradictoris (p. ex. sentir-se segur un dia i desesperat l'endemà) i conductes impulsives o arriscades (p. ex. menjar en excés, despesa excessiva)
- una imatge de si mateix distorsionada o inestable
- canvis ràpids en interessos i valors personals
- por a l'abandonament, el rebuig o a estar sol/a
- esforços per evitar l'abandonament real o percebut, com iniciar relacions de manera precipitada o acabar-les de manera abrupta
- relacions intenses i inestables amb família, amics i parelles
- conductes impulsives i potencialment perilloses, com compres compulsives, sexe insegur, consum de substàncies, conducció temerària o afartaments alimentaris
- conductes autolesives
- pensaments recurrents de conducta suïcida o amenaces suïcides
- ira intensa o inadequada, o dificultats per controlar-la
- símptomes dissociatius, com sentir-se desconnectat/da d'un mateix, observar-se des de fora del cos o experimentar sensació d'irrealitat

No totes les persones amb TLP presenten tots els símptomes (NIMH, 2022). La gravetat, la freqüència i la durada dels símptomes varien molt entre persones i al llarg del temps.

A causa dels seus símptomes, el TLP pot afectar negativament moltes àrees de la vida. Les persones poden experimentar canvis vitals sobtats, més esdeveniments negatius (com perdre la feina, abandonar els estudis o conflictes amb el sistema judicial), relacions inestables i més conflictes, separacions o exposició a dinàmiques abusives (OPP, 2025).

El TLP genera un patiment psicològic significatiu tant per a la persona com per al seu entorn (OPP, 2025). Les persones amb TLP tenen un risc més elevat d'altres trastorns de salut mental —com depressió, ansietat, trastorn per estrès posttraumàtic, trastorn bipolar, trastorns de la conducta alimentària o trastorns per ús de substàncies— així com d'autolesions i ideació suïcida. Les taxes d'autolesió i conducta suïcida són significativament més altes que en la població general. Com que els símptomes són diversos, el diagnòstic pot trigar i és possible la confusió diagnòstica (OPP, 2025). El diagnòstic precoç és essencial per ajudar les persones a aprendre a gestionar els símptomes i assolir una vida més estable i satisfactòria.

Trastorns psicòtics, inclosa l'esquizofrènia, la psicosi induïda per substàncies i altres presentacions 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 (OPP, 2025; NIMH, 2024). La condició implica distorsions significatives en la percepció de la realitat, incloent-hi:

- Al·lucinacions (p. ex. sentir veus que altres no senten)
- Deliris, com creences de ser perseguit o pensar que es tenen poders especials o una identitat especial (OPP, 2025)

Aquesta aparent pèrdua de contacte amb la realitat pot ser molt angoixant tant per a la persona com per a la família i l'entorn.

Impacte funcional

Com altres trastorns mentals greus, l'esquizofrènia pot causar un deteriorament funcional important (NIMH, 2024), incloent:

- dificultats per participar en activitats quotidianes
- símptomes que duren setmanes o esdevenen crònics
- interferència amb l'autonomia, les relacions i la feina
- necessitat augmentada de suport per mantenir l'estabilitat

Malgrat aquests reptes, existeixen tractaments efectius i moltes persones amb esquizofrènia poden viure vides autònomes i satisfactòries. La rehabilitació psicosocial és un component clau de la recuperació i complementa els enfocaments biomèdics i psicofarmacològics (Amorim & Perestrelo, 2024; OPP, 2025).

Categories de símptomes

Els símptomes varien entre individus, però generalment s'agrupen en tres categories (NIMH, 2024):

1. Símptomes psicòtics o positius

Alteracions del pensament, comportament i percepció de la realitat:

- al·lucinacions
- deliris
- pensament o discurs desorganitzat

La persona pot tenir dificultats per distingir què és real i què no. Aquests símptomes poden fluctuar o mantenir-se en el temps.

2. Símptomes negatius

- manca de motivació
- reducció de l'interès o del plaer en activitats quotidianes
- aïllament social
- reducció de l'expressió emocional
- dificultats per realitzar tasques diàries

3. Símptomes cognitius

- problemes d'atenció
- dificultat per concentrar-se
- alteracions de la memòria

Violència i esquizofrènia: aclariment de mites

Les persones amb esquizofrènia sovint són percebudes erròniament com a violentes. És essencial destacar que:

- la majoria de persones amb esquizofrènia no són perilloses
- tenen 10 vegades més probabilitats de ser víctimes de violència que la població general
- només el 3–5% dels actes violents són comesos per persones amb un trastorn mental (OPP, 2025)

El risc augmenta principalment quan el trastorn no està tractat o quan hi ha consum de substàncies associat (NIMH, 2024).

Noves substàncies psicoactives (NPS) i psicosi

Les noves substàncies psicoactives (NPS) són drogues sintètiques creades per imitar substàncies controlades evitant la regulació (EUDA, 2025). Generalment es classifiquen en sis grups: cannabinoides sintètics, fenetilamines, catinones, substàncies d'origen vegetal, piperazines i ketamina (Stanley et al., 2016).

L'ús de NPS s'ha relacionat amb:

- presentacions psiquiàtriques
- primers episodis psicòtics
- autolesió i ideació suïcida (Tait et al., citat a Gerra, 2025)
- elevat malestar psicològic (Champion et al., citat a Gerra, 2025)
- disfunció social (Matsumoto et al., citat a Gerra, 2025)

La psicosi induïda per substàncies sembla especialment freqüent entre usuaris de NPS.

Exemples:

- NPS implicades en el 22,2% de les admissions psiquiàtriques hospitalàries en una unitat d'Escòcia
- en el 59,3% dels casos hi contribuïen als símptomes (Stanley et al., 2016)

Símptomes aguts:

- al·lucinacions
- agressivitat
- comportament psicòtic o estrany

La majoria de casos es van associar a cannabinoides sintètics, seguits de catinones, al·lucinògens, NPS naturals i estimulants (Taflaj et al., 2024).

Altres presentacions psicòtiques

La psicosi fa referència a un conjunt de símptomes que afecten el pensament, la percepció, el comportament i la regulació emocional (NDARC, 2011; NIMH, 2023).

- Síntomes comuns (Ford, citat a SAMHSA, 2019) inclouen deliris, al·lucinacions, parla incoherent o sense sentit, problemes de memòria, dificultat per pensar amb claredat, percepcions o creences alterades, alteració del test de realitat, mala presa de decisions i comportament inadequat a la situació. Els deliris i les al·lucinacions són habitualment els símptomes més recognoscibles. També pot aparèixer parla i comportament desorganitzats (NDARC, 2011; NIMH, 2023).

Tipus de trastorns psicòtics

Is trastorns psicòtics difereixen en durada i gravetat dels símptomes (NDARC, 2011):

- Trastorn psicòtic breu: símptomes < 1 mes, sovint relacionats amb estrès
- Trastorn esquizofreniforme: símptomes durant 1–6 mesos
- Esquizofrènia: símptomes ≥ 6 mesos
- Trastorn esquizoafectiu: psicosi + símptomes de trastorn de l'estat d'ànim
- Trastorn delirant: creences falses persistents ≥ 1 mes

Els símptomes psicòtics també poden aparèixer en trastorns de l'estat d'ànim (depressió o bipolaritat), o com a resultat de condicions mèdiques com tumors cerebrals o lesions al cap.

Psicosi i consum de substàncies

Les persones amb psicosi tenen un risc més alt de desenvolupar problemes de consum de substàncies (NDARC, 2011).

Exemples:

- relació entre consum de cànnabis i inici de psicosi en alguns adults joves (Gonzalez-Ortega et al., citat a SAMHSA, 2019)
- Enquesta nacional australiana 2010:
- 51% de persones amb trastorn psicòtic tenien consum perjudicial de substàncies
- 55% tenien historial de consum perjudicial al llarg de la vida — sis vegades la taxa de la població general (Morgan et al., citat a AIHW, 2024)

Tractament integrat

Una revisió exhaustiva (EMCDDA, 2015, citat a EMCDDA, 2019) va trobar que els programes de tractament integrat que aborden tant la psicosi com el trastorn per consum de substàncies redueixen significativament els símptomes psicòtics i el consum de substàncies. En canvi, rebre tractaments separats i no coordinats rarament és efectiu (SAMHSA, 2019). La recerca dona suport de manera consistent al tractament integrat, coordinat i simultani dels trastorns concomitants.

Psicosi induïda per substàncies

Els símptomes psicòtics induïts per drogues apareixen durant o després del consum de substàncies psicoactives, ja sigui per intoxicació o abstinència (NDARC, 2011).

Més específicament, la psicosi induïda per substàncies es refereix a psicosi que:

- comença durant o poc després del consum, i
- persisteix encara que la substància ja no estigui activa — de vegades durant dies o setmanes (Inchausti et al., 2022)

Les persones que han experimentat psicosi induïda per substàncies tenen un risc més alt de recurrència amb reexposició. Encara que normalment són episodis breus, poden:

- actuar com a desencadenants de trastorns psicòtics més duradors en persones vulnerables
- representar estats transicionals cap a un trastorn psicòtic independent (Magidson et al.; Martín-Santos et al., citat a EMCDDA, 2016)

És important destacar que això no significa que el consum de substàncies “causi” malaltia mental. Les vulnerabilitats compartides — trauma, adversitat precoç, predisposició genètica, trets de personalitat i factors ambientals — contribueixen de manera independent a tots dos (UNODC, citat a AIHW, 2024).

Síntomes típics per classe de substància

<p>Estimulants (amfetamines, metamfetamines, cocaïna)</p> <ul style="list-style-type: none"> • deliris persecutoris • paranoia • al·lucinacions auditives, visuals o tàctils • agitació, ansietat o estats maníacs • agressivitat o hostilitat • problemes de concentració i memòria • alentiment cognitiu 	<p>Depressors (alcohol, benzodiazepines)</p> <ul style="list-style-type: none"> • deteriorament cognitiu • canvis ràpids d'estat d'ànim • agressivitat o desinhibició • mala presa de decisions • distorsions perceptives • al·lucinacions (especialment en abstinència) • delirium
<p>Al·lucinògens i dissociatius (LSD, mescalina, psilocibina, ketamina, PCP, MDMA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • al·lucinacions i distorsions sensorials importants • distorsió del temps i l'espai • sinestèsia (“barreja dels sentits”) • dissociació • alteració del test de realitat • paranoia o pànic • psicosi persistent • Trastorn perceptiu persistent per al·lucinògens (HPPD): rastres visuals, halos, imatges residuals 	<p>Cannabis</p> <ul style="list-style-type: none"> • alteració de la percepció del temps • intensificació de les experiències sensorials • pànic, por o paranoia • al·lucinacions i deliris • despersonalització o pèrdua d'identitat

Els al·lucinògens també poden causar “flashbacks”. Un “mal viatge” pot aparèixer després d’un sol ús o d’ús repetit. L’ús crònic pot associar-se amb depressió o ideació suïcida.

Dades epidemiològiques rellevants

El Health Research Board (Irlanda, 2022) informa:

- augment significatiu d’hospitalitzacions relacionades amb substàncies en joves
- increment del 171% en episodis de tractament per cocaïna (2011–2019)
- forts vincles entre consum de substàncies i problemes de salut mental, incloent ansietat, autolesions i suïcidi
- adults joves amb dependència a l’alcohol tenen taxes més altes d’ansietat severa
- consum de cànnabis associat a sis vegades més probabilitat de mala salut mental
- alcohol implicat en el 25% de les presentacions hospitalàries juvenils per autolesió
- 75% de les persones de 15–24 anys que van morir per suïcidi tenien historial d’ús d’alcohol i/o drogues

Aquestes dades posen en relleu la necessitat d’intervencions integrades de salut mental i consum de substàncies.

Conductes d’autolesió

L’autolesió es refereix a actes intencionals d’agressió o lesió infligits al propi cos sense la intenció de causar la mort (p. ex., tallar-se amb objectes punxants, cremar-se amb cigarretes, intentar trencar-se els propis ossos) (OPP, 2025). Moltes persones que s’autolesionen reporten que el dolor físic és més fàcil de gestionar que el dolor emocional aclaparador. Aquestes conductes sovint es duen a terme en secret.

L’autolesió pot funcionar com una estratègia d’afrontament poc saludable utilitzada per gestionar emocions que resulten insuportables. Per a algunes persones, pot servir com:

- una manera de comunicar el malestar quan les paraules no són suficients;
- una manera de “sentir alguna cosa” durant períodes de buidor emocional;
- una forma d’auto-càstig arrelada en la culpa o la vergonya;
- un mètode per alleujar temporalment una tensió emocional intensa.

Tanmateix, aquest alleujament és breu, i les dificultats emocionals que van desencadenar la conducta continuen sense resoldre’s. Encara que l’autolesió pot començar de manera impulsiva, pot convertir-se en un patró habitual amb el temps.

L’autolesió és un problema de salut mental freqüentment associat a altres condicions, incloent depressió, ansietat, trastorn límit de la personalitat, trastorns per consum de substàncies, abús infantil (especialment abús sexual), maltractament familiar sever, trastorn d’estrès posttraumàtic (TEPT) i trastorns de la conducta alimentària (OPP, 2025; CRPSIR, 2025). Encara que l’autolesió és diferent del comportament suïcida, les persones que s’autolesionen tenen un risc més elevat de suïcidi (OPP, 2016). Aquestes conductes sempre s’han de prendre seriosament, ja que poden causar dany físic significatiu i poden indicar l’existència de trastorns de salut mental subjacents.

L'autolesió pot aparèixer a qualsevol edat, però és més prevalent entre adolescents i adults joves a nivell mundial (CRPSIR, 2025).

Possibles signes de conductes d'autolesió inclouen:

- talls, cicatrius, marques de cremades o hematomes inexplicables;
- explicacions poc plausibles o repetides per a lesions;
- ús de mànigues llargues o pantalons en èpoques de calor;
- evitar piscines o situacions que requereixin canviar-se de roba;
- canvis en el son o en la gana;
- comportament secret;
- retraïment social o aïllament.

Pensaments i conductes suïcides

El suïcidi és un problema greu de salut pública amb impactes profunds en les persones, les famílies, les comunitats i la societat. És un fenomen global que es produeix a totes les regions del món, no només als països d'ingressos alts. El 2021, el 73% dels suïcidis globals van ocórrer en països de renda baixa i mitjana (WHO, 2025). El suïcidi és la tercera causa principal de mort entre els joves de 15–29 anys, tot i que pot produir-se a qualsevol edat.

Les causes del suïcidi són diverses i estan influïdes per factors socials, culturals, biològics, psicològics i ambientals al llarg de la vida. Un intent de suïcidi previ és un dels factors de risc més significatius de mort per suïcidi en la població general.

Comprendre els pensaments suïcides

La mort és naturalment un tema que pot generar ansietat, angoixa o por (OPP, 2025). Pensar ocasionalment en la pròpia mort o en la mort de persones estimades és normal. Tanmateix, en determinades situacions —sigui quina sigui la causa identificable o no— les persones poden sentir que no hi ha solució als seus problemes o que no tenen capacitat per canviar la seva vida. En aquests moments, la idea de morir pot semblar oferir alleujament o control sobre la situació. Aquesta experiència es coneix com a ideació suïcida o pensaments suïcides (OPP, 2025).

Tenir pensaments suïcides no significa necessàriament que la persona vulgui morir. Moltes persones tenen aquests pensaments sense arribar mai a actuar-hi. Tot i així, quan una persona no veu cap propòsit per continuar vivint i la ideació suïcida esdevé recurrent, aquests pensaments i sentiments poden arribar a ser aclaparadors i aterridors.

Experiències emocionals vinculades a la ideació suïcida

Les persones poden sentir:

- inutilitat, vergonya o culpa
- ira o ràbia
- rebuig, solitud o sentir-se incompreses
- indiferència o confusió sobre si volen viure o morir

Per a algunes persones, la mort pot semblar l'única sortida a un problema o a un dolor emocional insuportable. El suïcidi pot ser planificat o impulsiu, i pot ocórrer en moments de desesperació aguda.

Senyals d'alerta del suïcidi

Els senyals poden aparèixer de diferents formes i desenvolupar-se gradualment o de manera sobtada. La persona pot parlar sobre el suïcidi, la mort o expressar el desig de "desaparèixer". Pot començar a fer plans, com escriure cartes de comiat o publicar missatges de comiat a les xarxes. Algunes persones regalen objectes personals o comenten que ja no els necessitaran. Emocionalment, poden expressar desesperança profunda, culpa o desesperació.

També són comuns els canvis de comportament. La persona pot retirar-se d'amistats i entorn familiar, perdre l'interès per sortir de casa o deixar d'implicar-se en activitats que abans gaudia. Pot tenir dificultats per concentrar-se o pensar amb claredat, i poden aparèixer canvis notables en el son o la gana. L'estat d'ànim pot canviar, mostrant irritabilitat, tristesa persistent o ansietat. En alguns casos, les persones poden presentar conductes autodestructives, com l'ús de substàncies o l'autolesió. Un augment sobtat de calma o felicitat després d'un període llarg de tristesa també pot ser un senyal d'alerta, ja que pot indicar que la persona ha pres una decisió sobre el suïcidi.

Factors de risc

- Trastorns mentals, especialment depressió, trastorns per consum de substàncies i intents previs de suïcidi
- Crisis impulsives desencadenades per esdeveniments com problemes financers, conflictes de relació, dolor crònic o malaltia (WHO, 2025)
- Experiències de conflicte, desastres, violència, abús, pèrdua o aïllament social
- Major risc en grups que pateixen discriminació, incloent refugiats i migrants, pobles indígenes, persones LGBTI i persones a la presó (WHO, 2025)

Prevenció

Un primer pas en la prevenció del suïcidi és parlar-ne obertament. Les converses obertes poden ajudar a reduir l'ansietat, els sentiments negatius i els pensaments angoixants (OPP, 2025).

Als Països Baixos, Irlanda i Portugal, les línies telefòniques de prevenció del suïcidi ofereixen suport immediat a qualsevol persona que se senti desbordada o en risc. Professionals formats estan disponibles 24/7 per escoltar i ajudar les persones a mantenir-se segures. Demanar ajuda és un pas important cap a l'alleujament i el suport.

A Irlanda, es va establir una estratègia nacional de prevenció del suïcidi el 2015, que inclou el programa Connecting for Life. Més informació està disponible a:

https://www.hse.ie/eng/services/list/4/Mental_Health_Services/connecting-for-life/

Reconèixer els senyals d'alerta, oferir suport emocional i ajudar les persones a accedir a atenció professional són components crítics de la prevenció del suïcidi.



Activitat 3.4 | Estacions d'informació

Objectiu:

Promoure el coneixement dels aspectes bàsics dels problemes de salut mental, centrant-se en: els principals símptomes, els factors de risc o causes més comuns, com pot manifestar-se la condició en persones sense llar, els vincles amb el trauma i l'ús de substàncies, i consells pràctics d'intervenció.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Secció 3 - La teoria de l'automedicació

Nombroses investigacions i reflexions teòriques han explorat per què i com les persones desenvolupen addicció, i per què continuen consumint substàncies malgrat el patiment i les conseqüències negatives que causa (Achal, sense data). 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
- trets individuals i història personal

En aquesta secció, ens centrem en la Teoria de l'Automedicació (Self-Medication Theory, 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 principals de la Teoria de l'Automedicació

Existeixen dues versions principals d'aquesta hipòtesi teòrica, i ambdós enfocaments es basen principalment en observacions clíniques de persones amb problemes d'addicció. La perspectiva psicoanalítica, desenvolupada per Edward J. Khantzian i els seus col·legues, se centra en factors emocionals i psicològics subjacents. En canvi, la perspectiva conductista, desenvolupada per David F. Duncan, posa l'èmfasi en els comportaments apresos i les influències externes en el desenvolupament de l'addicció.

Premises centrals (Khantzian, 1985; 1997)

- Les persones poden estar predisposades a l'addicció a causa de vulnerabilitats psicològiques, trastorns i estats afectius dolorosos.
- La substància triada no és aleatòria. Tot i que les persones poden experimentar amb múltiples substàncies, la majoria desenvolupa una preferida.

L'addicció com a trastorn d'autoregulació

La teoria proposa que l'addicció es desenvolupa en el context de vulnerabilitats en l'autoregulació. L'addicció es considera un trastorn de la regulació de l'afecte, que implica dificultats per gestionar les emocions, mantenir l'autoestima, l'autocura, anticipar el dany i mantenir relacions. Les substàncies esdevenen altament reforçadores quan alleugen sentiments insuportables o permeten a la persona experimentar o regular les emocions, actuant com un mecanisme d'autoregulació.

L'efecte psicotròpic específic d'una substància interactua amb alteracions psiquiàtriques i estats afectius dolorosos, fent-la especialment atractiva per a individus predisposats. Els efectes a curt termini els ajuden a afrontar estats interns de malestar i una realitat externa percebuda com a aclaparadora. Khantzian (1997) denomina aquest procés "autoselecció", influït per l'efecte principal de la substància, els trets i l'organització de la personalitat de l'individu i el patiment psicològic intern.

L'autoselecció també pot conduir a una aversió cap a certes substàncies. Amb el temps, els efectes adversos d'una substància poden portar la persona a canviar-ne una altra que contraresti aquests efectes.

Exemples de selecció de substàncies (Khantzian, 1997)

- **Opiacis** – efecte calmant i "normalitzador"; redueixen la ràbia, l'afecte violent, la fragmentació interna i la desorganització interpersonal.
- **Depressors** – redueixen temporalment els sentiments d'aïllament, buidor, tensió i ansietat; emmascaren les pors a la proximitat i a la dependència.
- **Estimulants** – amplifiquen l'energia en persones amb estats hipomànics o d'alta activació; contraresten la depressió o l'avorriment; paradoxalment redueixen la hiperactivitat i la inatenció en el TDAH; ajuden a gestionar la labilitat emocional.

Perspectiva conductista de Duncan

Duncan subratlla la distinció entre l'ús de substàncies i l'abús de substàncies. Només una minoria d'usuaris perd el control, cosa que condueix a l'abús o a l'addicció (Achal, sense data). L'ús de substàncies es manté per reforç positiu (efectes plaents) i l'addicció a substàncies es manté per reforç negatiu (eliminació d'estats emocionals desagradables).

L'addicció implica conductes d'evitació/escapament, en què les substàncies proporcionen un alleujament temporal del malestar continu causat per trastorns mentals, estrès o experiències aversives. Aquestes conductes són resistents a l'extinció i poden reaparèixer fins i tot després d'un aparent cessament del consum.

La Teoria de l'Automedicació (SMT) ha estat criticada per la manca d'evidència científica consistent i robusta (Lembke, 2012; 2013), per una excessiva focalització en factors subjectius i individuals que pot desatendre el context, els factors ambientals i els aspectes biològics, i per poder conduir a enfocaments terapèutics enganyosos si s'aplica de manera aïllada. No obstant això, Khantzian considera la SMT com a complementària a altres teories de l'addicció, més que no pas com un substitut.

Automedicació i trastorns psiquiàtrics

- Tot i que l'ús de substàncies està fortament associat als trastorns psiquiàtrics, hi ha variabilitat en la causalitat: l'ús de substàncies pot ser una causa o una conseqüència de la psicopatologia (Khantzian, 1997). La Teoria de l'Automedicació (SMT) se centra menys en trastorns psiquiàtrics específics i més en símptomes subjectius i estats de malestar, tant si estan formalment diagnosticats com si no. Les persones que lluiten amb l'addicció poden:
- estar en major risc de consum de substàncies i addicció comòrbida (EMCDDA, 2016)
- experimentar problemes de substàncies a llarg termini, que poden millorar quan es gestiona el trastorn de salut mental subjacent (Bizzarri et al.; Leeies et al.; Smith & Randall, citats a EMCDDA, 2016)
- continuar consumint substàncies fins i tot després que les condicions psiquiàtriques remetin (Moeller et al., citats a EMCDDA, 2016)

Evidència epidemiològica

Les enquestes nacionals mostren que les persones amb problemes de salut mental tenen més probabilitats que els adults sense aquestes afeccions de consumir substàncies de forma riscosa (NDSHS, 2022-2023, citat a AIHW, 2024):

- Alcohol en nivells de risc: 37% vs. 32%
- Tabaquisme diari: 15% davant 7,4%
- Consum d'alguna droga il·lícita: 29% davant del 16%

Un estudi en atenció primària també va trobar que el consum moderat o elevat d'alcohol en pacients amb trastorn mental greu o de llarga durada era del 4,7%, més del doble que en la població general (2,2%) (Belcher et al., 2021).

Unitat 3 | Estratègies de reducció de danys i pràctiques basades en evidència

Secció 1 | Estratègies de reducció de danys per donar suport a persones sense llar amb problemes de salut mental

Secció 2 | Accions basades en evidència

Secció 3 | Diversitat cultural i salut mental: Consideracions per a la pràctica

Unitat 3 | Estratègies de reducció de danys i pràctiques basades en evidència

Quan les persones se centren principalment a satisfer les seves necessitats bàsiques de supervivència —com trobar un lloc segur per dormir, aconseguir el proper menjar o protegir-se del clima, la fam o la violència—, es torna extremadament difícil concentrar-se en tasques relacionades amb la salut, com organitzar la medicació o programar i assistir a cites mèdiques (2). Aquests desafiaments solen intensificar-se quan també es presenten problemes de salut mental i consum de substàncies.

Els i les professionals de reducció de danys no necessiten diagnosticar trastorns de salut mental, però tenen un paper crucial en la detecció primerenca de l'angoixa, la reducció del dany i la facilitació de l'accés a l'atenció adequada. La seva contribució es basa en una presència constant, el foment de la confiança i un suport accessible.

És important tenir en compte que els diagnòstics formals poden trigar temps, cosa que sovint deixa moltes persones en situació de carrer sense un diagnòstic oficial. Per tant, les intervencions s'han de centrar a identificar les conductes que causen angoixa, augmenten la vulnerabilitat o condueixen a l'exclusió social, en comptes d'esperar un diagnòstic formal.

Des d'aquest punt de partida, els professionals de reducció de danys poden treballar amb perseverança per fomentar la participació en comportaments com l'adherència al tractament, la gestió de la medicació, les pràctiques segures de consum de substàncies o les prescripcions socials que milloren la qualitat de vida, l'autonomia i la inclusió social. Les investigacions destaquen que les intervencions basades en la confiança, la coherència, l'accés fàcil i els enfocaments centrats en el pacient s'associen amb millors resultats, com ara la reducció de les hospitalitzacions, la millora de la salut mental i una major utilització dels serveis sanitaris i socials (Gontijo et al., 2025; Lauchaud et al., 2022).

A més, adoptar una perspectiva basada en les fortaleces (centrada en les habilitats, la resiliència i les estratègies d'afrontament existents) pot empoderar les persones per fer canvis graduals i mantenir el compromís amb els serveis de suport, fins i tot en absència d'un diagnòstic formal psiquiàtric o d'ús de substàncies (SAMHSA, 2014).

Secció 1 | Estratègies de reducció de danys per donar suport a persones en situació de sensellarisme amb problemes de salut mental

En aquesta secció, ens centrarem en estratègies clau de reducció de danys que són útils en donar suport a persones en situació de sensellarisme que tenen problemes de salut mental (NHCHC, 2024; SAMHSA, 2020; Hwang i Burns, 2014; Hopper et al., 2010; OMS, 2021; Padget et al., 2016)

Aquestes estratègies estan destinades a ser utilitzades per professionals i personal de primera línia que potser no tinguin capacitació formal en salut mental, però que treballen amb persones que ja han estat diagnosticades o identificades com a persones que pateixen una condició de salut mental específica.

Les estratègies de reducció de danys es presenten a continuació:

1. Detectar els primers senyals

Els i les professionals de reducció de danys solen ser de les primeres persones a observar canvis en el comportament, l'aparença o l'estat d'ànim. Els primers senyals, com ara més agitació, retraïment, confusió, canvis en el son o la gana, o creences inusuals, poden indicar un deteriorament incipient de la salut mental. Identificar aquests senyals a temps permet als professionals intervenir amb més rapidesa, prevenir crisis i facilitar-ne la derivació oportuna.

2. Proporcionar un espai segur per parlar

Moltes persones en situació de sensellarisme s'enfronten a la discriminació, l'estigma i les experiències traumàtiques recurrents que minen la seva confiança. En oferir un espai coherent i sense prejudicis, els i les professionals de reducció de danys creen la seguretat psicològica necessària perquè les persones expressin preocupacions, pors, experiències de victimització i símptomes que potser no poden compartir amb els serveis formals.

3. Validar els sentiments sense jutjar

La validació ajuda a reduir la vergonya i l'actitud defensiva, especialment en persones amb antecedents traumàtics o consum de substàncies concomitants. Reconèixer les emocions (p. ex., "És lògic que et sentis aclaparat") enforteix la connexió, disminueix l'angoixa i augmenta la disposició a cercar suport.

També és important considerar que els comportaments de les persones solen tenir sentit en context: comportaments que podrien semblar paranoics o inusuals en altres entorns poden servir com a estratègies de supervivència al carrer. Contextualitzar i validar els sentiments és essencial per comprendre els comportaments amb precisió.

4. Avaluació de la seguretat immediata

Els professionals de reducció de danys estan ben posicionats per identificar riscos aguts, com l'autolesió, la ideació suïcida, la psicosi, el risc de sobredosi o l'exposició a la violència. Tot i que no diagnostiquen, poden reconèixer quan una situació és insegura i activar protocols de crisi, serveis d'emergència o equips mòbils de salut mental.

5. Donar suport a l'accés als serveis de salut mental

Navegar pels sistemes de salut mental pot ser extremadament difícil per a una persona sense llar. Els treballadors socials poden ajudar explicant els serveis disponibles, facilitant les derivacions, contactant els proveïdors, acompanyant els clients a les cites quan sigui possible i donant-los suport per superar obstacles pràctics com el transport, la documentació, la programació i l'accés a la medicació receptada. Els treballadors socials són especialment importants en aquestes tasques a causa de la seva experiència amb els serveis i de la seva capacitat per afrontar l'estigma i el judici dins del sistema.

6. Mantenir contacte regular quan sigui possible

La continuïtat és un element fonamental per a un suport eficaç. El contacte freqüent, però de baixa exigència (com ara visites breus de seguiment, visites a domicili o interaccions informals) ajuda a mantenir el seguiment, mantenir la participació, monitoritzar els canvis i evitar que les persones abandonin el procés d'atenció. Això requereix persistència i compromís per part dels equips per connectar amb les persones en la seva situació actual i utilitzar estratègies comunitàries (per exemple, identificant persones de la mateixa edat a la comunitat) per ajudar a mantenir el contacte amb l'atenció.

7. Coordinació amb equips mòbils o de crisi

Els professionals de reducció de danys solen actuar com a intermediaris entre les persones usuàries i els serveis especialitzats. El coneixement en temps real del context i la història d'una persona pot orientar les unitats psiquiàtriques mòbils, els equips de crisi o els serveis d'emergència, millorant la qualitat de la intervenció i reduint les hospitalitzacions innecessàries o la intervenció policial.

8. Suport al subministrament de medicaments

La continuïtat de la medicació sol veure's interrompuda per la manca d'habitatge, i els i les professionals poden ajudar ajudant les persones usuàries a comprendre les seves receptes, ajudant-les amb la recollida o entrega, emmagatzemant els medicaments de manera segura quan sigui possible, recordant-los els horaris de les dosis i identificant els efectes secundaris amb antelació. Unes rutines de medicació estables poden reduir significativament la intensitat dels símptomes i la freqüència de les crisis.

9. Promoure l'alfabetització en salut i la comprensió dels medicaments receptats.

Les persones en situació de sensellarisme poden tindre accés limitat a informació sanitària fiable. Els professionals en reducció de danys poden explicar com es desenvolupen les malalties mentals, com funcionen els tractaments, quins efectes secundaris es poden presentar i per què és important l'adherència al tractament. Les explicacions clares i accessibles enforteixen l'autonomia i faciliten la presa de decisions informades.

Les persones professionals també poden ajudar els i les usuàries a comprendre les interaccions entre els medicaments receptats i les substàncies que consumeixen, recolzant-los en el desenvolupament d'estratègies per reduir els riscos (per exemple, evitant la combinació d'altres depressors del sistema nerviós central, com les benzodiazepines, amb alcohol a causa del risc més alt de sobredosi i depressió respiratòria).

10. Compensació de dificultats amb habilitats físiques o cognitives

Algunes persones tenen dificultats amb la funció executiva, la memòria o les habilitats motores a causa de malalties mentals, traumes, neurodiversitat, consum de substàncies o envelliment. Els professionals poden ajudar a organitzar les caixes de medicaments, portar un registre de les cites, emplenar formularis i simplificar les tasques complexes. Aquest tipus de suport pràctic redueix l'abandó del tractament.

11. Donar suport a la comunicació amb els professionals sanitaris

A les persones usuàries els hi pot resultar difícil explicar els seus símptomes, experiències amb el tractament o efectes secundaris. Els professionals de reducció de danys poden ajudar-los a preparar el que volen comunicar, acompanyar-los quan sigui possible o fer-ne un seguiment posterior. Una comunicació clara garanteix que els professionals de la salut rebin informació precisa i que els clients se sentin escoltats.

12. Reduir l'aïllament i el risc mitjançant una atenció constant

Fins i tot petits moments de connexió repetits, com ara converses breus, visites de suport o recordar el nom i la història personal d'algú, poden reduir significativament els sentiments d'invisibilitat i de desconfiança. Per a les persones que viuen amb greus problemes de salut mental, traumes o manca d'habitatge crònic, aquest tipus de coherència relacional proporciona estabilitat, redueix l'aïllament i pot disminuir el risc de crisis o comportaments perjudicials.

Diferents activitats poden donar suport a aquest enfocament, com ara grups terapèutics, activitats socials estructurades o altres oportunitats de participació constant que fomentin la confiança i la connexió.

13. Donar suport a les necessitats bàsiques com a punt d'entrada a l'atenció de salut mental

Abans que sigui possible qualsevol intervenció psicològica, moltes persones necessiten que se'n satisfacin les necessitats bàsiques: alimentació, aigua, higiene, seguretat i descans. Crear condicions mínimes d'estabilitat augmenta la capacitat d'una persona per participar en l'atenció de salut mental i redueix la càrrega cognitiva associada a la supervivència. En alguns programes, s'ha demostrat que els suports pràctics o petits incentius econòmics (per exemple, vals de transport, vals de menjar o estipendis de participació) milloren la participació i l'adherència quan s'utilitzen de manera ètica i dins de marcs estructurats.

14. Estructuració de rutines i previsibilitat

Les persones que experimenten traumes complexos, psicosi o consum problemàtic de substàncies solen viure en un caos intern i extern. Establir rutines senzilles i predictibles, com ara horaris constants, punts de trobada regulars i recordatoris pràctics, pot ajudar a reduir la desorganització, disminuir l'ansietat i prevenir crisis. La previsibilitat també augmenta la sensació de seguretat i control, fonamental per a la implicació i estabilització.

15. Defensar els clients dins dels sistemes

Els serveis no sempre donen credibilitat a les experiències de les persones que consumeixen drogues o que estan sense llar, i els professionals de reducció de danys exerceixen un paper fonamental en la defensa dels drets en desafiar les barreres injustes, negociar excepcions (com la manca d'una direcció fixa o d'identificació), sol·licitar avaluacions prioritàries en situacions urgents i garantir que els símptomes (eclipsi diagnòstic).

16. Enfortiment de la motivació i la disposició per a l'atenció

Utilitzant els principis de l'entrevista motivacional, els professionals poden ajudar les persones a identificar metes personals, explorar l'ambivalència, comprendre i reduir la resistència i augmentar l'autoeficàcia. Aquest enfocament és especialment valuós quan encara no és possible el tractament formal, ja que fomenta la implicació, millora l'autonomia i prepara la persona per a etapes terapèutiques futures.

17. Suport per a la desescalada de crisi i la regulació emocional

Els professionals de reducció de danys solen ser presents en moments de desregulació emocional. Les tècniques bàsiques de connexió a terra, el suport respiratori, una presència relacional tranquil·la i l'orientació de la persona cap a la seguretat poden reduir els riscos de dany i el consum compulsiu de substàncies.

Els serveis poden planificar amb antelació creant sales segures o espais de baixa estimulació per a persones que experimenten angoixa aguda; per exemple, durant un episodi psicòtic induït per substàncies que inclogui deliris (creences falses i fixes) o al·lucinacions (percepció de coses que no existeixen). Els equips també poden elaborar procediments clars o "plans de seguretat" per guiar les respostes del personal en aquestes situacions, garantint que tots, inclòs el personal administratiu, el personal de suport i els equips tècnics, compreguin la seva funció i com actuar de manera coordinada i adaptada al trauma.

18. Reconèixer i respondre els desencadenants del trauma

La majoria de persones sense llar tenen antecedents de trauma greu. Detectar senyals d'activació, evitar pràctiques intrusives i treballar amb calma i previsibilitat ajuda a prevenir la retraumatització. Sobretot, el personal ha de mantenir una perspectiva centrada en el trauma durant les intervencions, evitant interpretacions simplistes o moralitzants del comportament.

En canvi, s'anima els treballadors a anar més enllà de les reaccions superficials i cultivar la curiositat guiada per principis centrats en el trauma, preguntant-se "Què li va passar a aquesta persona?" o "Per què reacciona d'aquesta manera?" en lloc de "Què passa a aquesta persona?" o "Aquest comportament és inacceptable". Aquesta perspectiva millora la comprensió, redueix l'estigma i promou respostes més compassives i eficaces.

Adoptar aquesta postura també ajuda el personal a evitar personalitzar el comportament o tornar-se reactiu en lloc de comprensiu. Això no vol dir ignorar els propis límits o desencadenants; mantenir la seguretat personal i els límits emocionals és essencial per a una pràctica sostenible i adaptada al trauma.

19. Documentar observacions i informació de manera segura

Quan sigui possible, registrar observacions, inquietuds, intents de contacte i canvis al llarg del temps ajuda a monitoritzar els riscos de manera més efectiva, donar suport a la continuïtat de l'atenció entre diferents equips i brindar derivacions més completes, clares i precises.

La confidencialitat i el consentiment informat continuen sent essencials. La documentació ha de ser objectiva, neutral i centrar-se en comportaments observables, no en interpretacions o suposicions. La informació sensible s'ha de manejar d'acord amb estàndards ètics i legals per protegir la privadesa i seguretat de la persona.

20. Col·laboració entre sectors

La complexitat de les necessitats de les persones requereix una acció coordinada en múltiples sistemes, entre ells:

- serveis de salut mental
- serveis d'addicció
- proveïdors d'habitatge
- serveis socials
- sistemes de justícia i llibertat condicional,
- hospitals i serveis d'urgències,
- equips d'extensió de carrer,
- ONG i organitzacions comunitàries.

Enfortir aquestes connexions millora la continuïtat del servei, en redueix la fragmentació i genera resultats significativament millors. Els professionals de reducció de danys solen actuar com a pont entre els sistemes, garantint que la informació flueixi adequadament, que les barreres s'identifiquin a temps i que la persona romangui al centre de la intervenció.

Secció 2 | Accions basades en evidència

En aquesta secció, ens centrem en accions basades en 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 i Burns, 2014; Hopper et al., 2010; OMS, 2; Tolin, Meunier, Frost i Steketee, 2010; NIMH, 2008).

Per a cada condició de salut mental o comportament relacionat, aquesta secció està organitzada en quatre àrees clau:

- **Consideracions pràctiques de detecció** : orientació sobre com reconèixer els signes primerencs d'una manera senzilla i accessible, adaptada a contextos de carrer o de llindar baix, sense necessitat d'eines clíniques formals.
- **Senyals d'advertiment clau que requereixen atenció especial** : indicadors que suggereixen que la situació necessita una vigilància més propera, suport addicional o seguiment professional.
- **Senyals d'alerta que requereixen intervenció urgent** : senyals de risc immediat de dany físic o psicològic, inclòs el risc potencial de mort, que requereixen una resposta mèdica o psiquiàtrica ràpida.
- **Intervencions diàries pràctiques** : estratègies i accions concretes que els treballadors poden implementar diàriament per donar suport a l'individu, incloses tècniques de comunicació, mesures de seguretat, estructuració de rutines, orientació, documentació i assistència a la presa de decisions.

Trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH)

1. Consideracions pràctiques de detecció

- Observeu dificultats amb l'atenció, la concentració i el seguiment d'instruccions en les tasques diàries (per exemple, oblidar cites, perdre pertinences, ometre passos a les rutines, canviar freqüentment de tema en les converses o no poder seguir allò acordat).
- Observeu comportaments impulsius o hiperactius (per exemple, actuar sense planificar, estar inquiet, parlar excessivament o tenir dificultat per romandre assegut o romandre en un lloc durant una conversa).
- Busqueu desregulació emocional: frustració, irritabilitat o canvis sobtats d'humor.
- Tingueu en compte que les persones amb TDAH poden reaccionar de manera diferent de les substàncies en comparació amb altres: per exemple, algunes poden sentir-se més tranquil·les o més concentrades després de prendre estimulants com les amfetamines, en lloc d'experimentar els efectes estimulants habituals.
- Utilitzeu preguntes senzilles i no clíniques:
 - Li resulta difícil fer un seguiment de les coses o recordar cites?
 - “Et sents inquiet o necessites moure't molt fins i tot quan no hauries de fer-ho?”
 - “Li resulta difícil concentrar-se en una 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 (per exemple, entrar al trànsit, prendre riscos innecessaris).
- Frustració extrema o rampells d'ira que afecten les interaccions socials o la participació en el servei.
- Dificultat per seguir instruccions o comprendre informació de seguretat, cosa que porta a errors repetits o situacions de risc.
- Abandonament freqüent d'activitats, responsabilitats o treball com a reacció impulsiva al comportament dels altres.

3. Senyals d'alerta per a una intervenció urgent

- Impulsivitat severa que resulta en perill imminent per a ell mateix o per a altres.
- Esclats emocionals aguts amb risc de dany (per exemple, comportament agressiu, autolesió).
- Signes d'intensificació d'afeccions coexistents (p. ex., ansietat greu, psicosi, sobredosi de substàncies).
- Incapacitat per mantenir el funcionament bàsic malgrat el suport, cosa que posa la persona en risc immediat de patir dany.

4. Intervencions pràctiques diàries

- Utilitzeu una comunicació clara i concisa i dividiu les tasques en passos petits i manejables.
- Doneu suport a l'organització amb recordatoris, llistes de verificació o ajuts visuals.
- Establir rutines predictibles i punts de trobada consistents per reduir el caos i la confusió.
- Ajudeu la persona a organitzar la reunió o interacció fent una llista col·laborativa dels temes a tractar (per exemple, "Enumerem els temes que hem d'abordar avui perquè ens pugui ajudar a mantenir-nos enfocats en aquests objectius?"), escriviu-los i marqueu els temes a mesura que es discuteixen, recolzant l'atenció i l'estructura.
- Anticipi el final de les reunions o interaccions donant un senyal verbal clar (per exemple, "Estem arribant al final de la nostra reunió. Hi ha alguna cosa específica que vulgui discutir en els últims 10 minuts?"), cosa que ajudarà la persona amb TDAH a realitzar una 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 (per exemple, impulsivitat, dificultat per seguir instruccions, oblit) d'una manera comprensiva i sense prejudicis.
- Oferir suport emocional i validació: reconèixer els desafiaments i les frustracions causats pel TDAH.
- Supervisar la seguretat i oferir orientació sobre conductes impulsives (per exemple, planificar espais segurs, supervisar activitats d'alt risc).
- Donar suport a intervencions farmacològiques de baixa exigència, per exemple, treballant amb la persona per implementar estratègies acordades per reduir l'ús de benzodiazepines a través de la dispensació controlada, respectant alhora la seva autonomia i seguretat.
- Documentar les observacions i el progrés per ajudar a coordinar altres serveis i donar suport a la continuïtat de l'atenció.

Trastorns d'ansietat

Els trastorns d'ansietat poden afectar profundament la capacitat d'una persona per gestionar tasques quotidianes, accedir als serveis, prendre decisions i adoptar estratègies de consum més segures. A les persones sense llar, amb traumes o amb consum de substàncies, l'ansietat sol presentar-se de forma fluctuant, emmascarada o intensificada a causa de l'estrès crònic, els entorns insegurs o els símptomes d'abstinència.

Comprendre l'ansietat en aquests contextos ajuda els treballadors a:

- Apropieu-vos a la persona amb paciència i sensibilitat.
- Adaptar les expectatives al voltant del compromís o el seguiment
- Reduir l'escalada i el pànic durant les interaccions
- Donar suport a la connexió a terra i la regulació emocional
- Identificar quan l'ansietat pot indicar riscos addicionals (per exemple, psicosi, sobredosi, abstinència o problemes mèdics)

Consideracions pràctiques de detecció

Utilitzeu preguntes senzilles, no clíniques i conversacionals:

- “T'has sentit molt tens o nerviós darrerament?”
- “Tens moments en què sents que el teu cos està en perill, fins i tot si no està passant res?”
- “La preocupació o la por fan que el teu dia sigui més difícil de manejar?”
- “Notes que el teu cor s'accelera, tens dificultat per respirar o entres en pànic sobtat?”

Centrar-se en els impactes funcionals en lloc de les etiquetes:

- Dificultat per esperar en files o espais concorreguts
- Evitar serveis o cites
- Dificultat per organitzar pertinences o tasques
- Dificultat per romandre adormit a causa de preocupacions o pensaments intrusius.

Observar la interacció amb el consum de substàncies:

- Estimulants (cocaïna, metamfetamina): agitació, paranoia, pànic
- Cannabis: pot reduir l'ansietat o provocar pànic depenent de la dosi i l'individu.
- Alcohol o benzodiazepines: alleugeriment a curt termini, ansietat de rebot durant l'abstinència
- Opiacis: redueixen la tensió física però poden emmascarar l'ansietat o el trauma subjacents

Tingueu en compte els desencadenants ambientals:

- Els espais inestables, sorollosos o insegurs poden augmentar l'ansietat basal.
- Un comportament “agressiu”, “irritable” o “poc cooperatiu” pot reflectir pànic o aclaparament.

2. Senyals d'advertiment clau que requereixen atenció especial

Indicadors verbals:

- Reporten preocupació constant o incapacitat per “desconnectar la seva ment”
- Expressar por de perdre el control, “tornar-se boig” o morir
- Descriure atacs de pànic amb símptomes físics.
- Evitar llocs, personal o serveis per por
- Pensament catastròfic (per exemple, “Tot sortirà malament”, “No puc amb res”)

Indicadors de comportament:

- Inquietud, caminar de banda a banda, escaneig constant de l'entorn.
- Evitar llocs concorreguts o desconeguts
- Dificultat per romandre el temps suficient per completar una tasca o cita
- Retirada sobtada de serveis o suports
- Augment del consum de substàncies per automedicar-se
- Sembla estar “nerviós”, sobresaltar-se amb facilitat, nerviós o hipervigilant.

Indicadors físics i emocionals:

- Batecs cardíacs ràpids, sudoració, tremolors, marejos.
- Dificultat per respirar o opressió al pit (comú en atacs de pànic)
- Malestar gastrointestinal, nàusees, “papallones a l'estómac”
- Tensió muscular, mals de cap, dolor crònic.
- Irritabilitat, dificultat per relaxar-se, esgotament emocional.
- Alteració del son degut a preocupació o por excessius

3. Senyals d'alerta per a una intervenció urgent

Signs suggesting severe anxiety, panic disorder, medical emergencies, or imminent risk of harm:

- 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 greu o incapacitat per orientar-se en el temps, lloc o entorn.
- Ansietat amb al·lucinacions o deliris paranoïdes (possible psicosi o efecte estimulants)
- Ansietat durant l'abstinència d'alcohol, benzodiazepines o opioides
- Afirmacions com:
 - “No puc respirar, moriré”.
 - “La meua ment no s'atura, estic perdent el control”.
 - “No puc seguir així”

En contextos de carrer o de persones sense llar, aquests símptomes es poden agreujar ràpidament i requerir intervenció mèdica o psiquiàtrica immediata.

4. Intervencions pràctiques diàries

- Comunicació: Utilitzeu un llenguatge tranquil, pacient i sense prejudicis; valideu els sentiments.
- Connexió a terra i regulació emocional: exercicis de respiració de suport, connexió a terra sensorial o breus tècniques d'atenció plena
- Seguretat: garantir un entorn segur; reduir els factors desencadenants i la sobreestimulació
- Rutina i previsibilitat: mantingueu horaris i punts de trobada consistents per reduir l'ansietat.
- Orientació i recordatoris: proporcioneu instruccions senzilles, recordatoris o senyals visuals.
- Manteniment de registres: Anoteu les observacions, els desencadenants i els canvis en els nivells d'ansietat per a la continuïtat de l'atenció.
- Suport per consum de substàncies: supervisar els intents d'automedicació; brindar orientació per a la reducció de danys
- Referència i col·laboració: involucrar equips mòbils o de crisi, acompanyar els clients a les cites quan sigui possible

Deteriorament cognitiu, inclòs el deteriorament cognitiu induït per fàrmacs

1. Consideracions pràctiques de detecció

- **Observeu els següents indicadors funcionals i de comportament:**
 - Memòria i atenció:
 - Repetir preguntes o històries
 - Perdent el fil de les converses
 - Dificultat per seguir instruccions
 - Lluita per aprendre nova informació
 - Faltar a cites amb freqüència
- **Orientació i reconeixement:**
 - Confondre llocs o persones
 - Perdre's fàcilment
 - Dificultat per fer servir el transport públic i desplaçar-se per la ciutat.
 - Sentir-se aclaparat en nous entorns
- **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 als patrons de marxa (que podrien indicar dificultats en la planificació motora o l'orientació espacial)
 - Problemes per completar tasques quotidianes habituals
 - Participació en situacions insegures sense anticipar conseqüències negatives (per exemple, creuar carrers concorreguts sense precaució, interactuar amb persones arriscades o manipular mal objectes perillosos).
- **Possibles signes relacionats amb els medicaments:**
 - Sedació forta o pensament “confús”
 - Mala coordinació
 - Desorientació després d'usar benzodiazepines, opioides, cannabinoides sintètics, metadona, pregabalina, alcohol o antipsicòtics
 - Períodes de deliri, especialment amb el consum de substàncies mixtes

2. Senyals d'advertiment clau que requereixen atenció especial

- Incapacitat repetida per completar tasques diàries o seguir rutines
- Confusió freqüent que interfereix amb la comunicació o la presa de decisions
- Canvis sobtats d'humor o comportament no explicats pel context
- Signes d'intoxicació o reaccions adverses que afectin la seguretat
- Disminució notable de l'atenció, la memòria o l'aprenentatge.

3. Senyals d'alerta per a una intervenció urgent

- Confusió aguda o deliri (consciència fluctuant, desorientació, al·lucinacions, canvi sobtat de comportament)
- Persona incapaç de mantenir-se fora de perill (deambula per zones insegures, deixa estufes o fonts de calor enceses, oblidat objectes essencials)
- Disminució important del funcionament (incapacitat per realitzar tasques bàsiques que abans eren manejables)
- Nova confusió associada a:
 - Lesió al cap
 - Febre o infecció
 - Intoxicació amb sedants o múltiples substàncies
 - Abstinència d'alcohol, benzodiazepines o GHB
 - Forta sospita de sobredosi o interaccions adverses amb medicaments

4. Intervencions pràctiques diàries

- **Estratègies de comunicació:**
 - Utilitzeu frases curtes i concretes

- Donar instruccions pas a pas
 - Repetiu la informació amb calma i sense mostrar frustració.
 - Comprovar la comprensió (“Pots dir-me amb les teves pròpies paraules què acabem d'acordar?”)
 - Eviteu 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 trobada consistents)
 - Oferir recordatoris (missatges de text, trucades, notes escrites)
 - Proporcioneu senyals d'orientació (ubicació, hora/dia, activitats en curs)
 - Realitzar tasques junts quan sigui necessari (per exemple, ajuda per fer servir el transport públic, cuinar o banyar-se)
 - Introduir suports físics (per exemple, baranes de bany, suports per a inodors) en entorns domèstics per millorar la seguretat, la independència i reduir el risc de caigudes o accidents.
 - **Donar suport a la presa de decisions:**
 - Dividiu les opcions en opcions simples
 - Donar temps per processar la informació
 - Utilitzeu ajuts visuals per donar suport a la comprensió i la presa de decisions (per exemple, passos escrits, diagrames, llistes de verificació).
 - Comproveu si hi ha llacunes a la memòria abans d'esperar el seguiment
 - Eviteu esperar una adhesió independent a les cites sense suport
 - **Mesures de seguretat:**
 - Vigilar la intoxicació que augmenta la confusió (benzodiazepines, alcohol, opioides, pregabalina)
 - Si se sospita deliri, eviteu la confrontació, mantingueu la persona tranquil·la i busqueu avaluació mèdica.
 - Patrons de notes: hora del dia, desencadenants, substàncies utilitzades
 - Eviteu lús dequips que funcionin a gas en intervencions domiciliàries
 - Assegureu-vos que un número de contacte d'emergència sigui fàcilment accessible
 - Feu que l'adreça del vostre domicili sigui fàcil d'identificar i visible
 - Mantingueu les claus, targetes d'accés o elements essencials adherits al cos o en un lloc constant i de fàcil accés.
 - **Documentació:**
 - Registrar canvis al llarg del temps a la memòria, l'atenció i el funcionament.
 - Identificar desencadenants o substàncies relacionades amb l'empitjorament de la confusió.
 - Compartir observacions rellevants amb els equips clínics, respectant-ne el consentiment.

Respostes complexes al trauma i a l'estrès posttraumàtic

Les persones en situació de carrer presenten taxes extremadament altes de trauma complex a causa de l'exposició repetida a la violència, l'abandó, la institucionalització, l'adversitat infantil, l'explotació o les condicions de vida insegures. El trauma complex influeix profundament en la regulació emocional, la confiança, la capacitat per mantenir rutines i la interacció amb els serveis. Comprendre aquests patrons ajuda els professionals a respondre amb empatia, evitar l'escalada d'angoixa, reconèixer comportaments provocats pel trauma, prevenir la retraumatització i augmentar la seguretat mitjançant estratègies de foment de la confiança i la consolidació.

1. Consideracions pràctiques de detecció

- Utilitzeu preguntes senzilles i no intrusives per explorar els efectes del trauma en lloc d'esdeveniments específics, per exemple:
 - “Quins tipus de situacions et fan sentir aclaparat?”
 - Què us ajuda a sentir-vos més segurs quan esteu estressats?
 - “Hi ha coses que dificulten la confiança en les persones o els serveis?”
 - “Què necessites de nosaltres quan et sents activat o molest?”
- Pateix atenció als senyals corporals i emocionals: retraïment sobtat, canvis ràpids de calma a agitació, distracció, reaccions intenses a la proximitat o l'autoritat, culpa o vergonya aclaparadores.
- Tingueu en compte els factors desencadenants ambientals: les condicions de vida insegures o inestables poden exacerbar la hipervigilància, la desregulació emocional o les conductes que imiten el trauma.

2. Senyals d'avertiment clau que requereixen atenció especial

- **Emocional i conductual:**
 - reaccions intenses a petits desencadenants
 - dificultat per calmar-se
 - canvis ràpids a les emocions
 - aferrament sobtat o evitació
 - escaneig constant de l'entorn
 - repetició de conductes perilloses o desadaptatives sense anticipar conseqüències negatives (per exemple, tornar a situacions abusives, participar en interaccions arriscades o recrear patrons de victimització).

<p>Dissociació i canvis de consciència:</p> <ul style="list-style-type: none"> • congelació • mirada perduda • espaiament • perden la noció del temps • sentir-se separat • record inconsistent 	<p>Somàtic i físic:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dolor crònic inexplicable • símptomes gastrointestinals o cardiopulmonars • fatiga • mals de cap • disfunció sexual
--	--

3. Senyals d'alerta per a una intervenció urgent:

- Dissociació severa amb inconsciència del perill.
- Pànic, ràbia o terror incontrolable.
- Pensaments suïcides, autolesions o desesperança sobtada.
- Al·lucinacions o escoltar veus relacionades amb el trauma.
- Signes d'agressió o d'explosió recent.
- L'augment del consum de substàncies es desencadena directament per recordatoris de traumes.
- Presència en un entorn insegur amb un conegut abusador.

4. Intervencions pràctiques diàries:

- Prioritzeu la seguretat, la previsibilitat i la calma: acosteu-vos lentament, expliqueu les accions i utilitzeu rutines consistents.
- Tècniques de posada a terra i regulació: respiració lenta, orientació al present, connexió sensorial, espais de baixa estimulació.
- Mantenir una postura relacional informada sobre el trauma: curiositat en comptes de judici, validació, col·laboració, respectar el ritme i evitar personalitzar les reaccions.
- Respecteu els límits i les opcions: demaneu permís, ofereu opcions, mai forceu la revelació i accepteu una construcció lenta de la confiança.
- Reduir la retraumatització en els serveis: evitar enfocaments punitius, minimitzar procediments intrusius, garantir la privadesa, monitoritzar el to del personal.
- Adoptar el principi de reducció de danys de rendició de comptes sense terminació, que reconeix que les persones són responsables de les seves pròpies eleccions i decisions de salut, alhora que garanteix que els serveis no s'interrompin si no es compleixen objectius específics o no se segueixen les regles.
- Identifiqueu els factors desencadenants i creeu plans de seguretat: exploreu de forma col·laborativa els factors desencadenants, els primers signes, les estratègies d'afrontament, els contactes de suport i els entorns que cal evitar.
- Enfortir els factors protectors: rutines estables, suport entre iguals, reforçar petits èxits, vinculació amb serveis de salut, pràctiques d'ús més segures quan sigui rellevant.
- Col·laborar entre sectors: salut mental, atenció primària, serveis de violència domèstica, serveis d'addiccions, refugis/habitatges, sistema de justícia, organitzacions comunitàries.

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 ajuda els professionals a:

- acostar-se a les persones amb més empatia,
- ajustar les expectatives al voltant del compromís,
- identificar senyals primerencs de risc (especialment risc de suïcidi),
- i adaptar les intervencions a la realitat i capacitat de la persona en aquell moment.

El reconeixement primerenc dels símptomes depressius és essencial per prevenir el deteriorament, millorar la participació i reduir el risc de suïcidi. En situacions de persones sense llar, els símptomes es poden manifestar de manera diferent a causa de l'estrès crònic, la inseguretad ambiental i el consum concomitant de substàncies.

1. Consideracions pràctiques de detecció

- Utilitzeu preguntes senzilles, conversacionals, obertes i empàtiques com:
- Com t'has sentit darrerament?
- “Què ha estat el més difícil per a tu darrerament?”
- “T'has sentit deprimat, desesperançat o sense energia?”

Concentreu-vos en els canvis funcionals; és possible que les persones no descriguin la "tristesia" directament. Busqueu:

- motivació reduïda
- dificultat per organitzar les tasques diàries
- retirada de les rutines o suports habituals
- Més temps aïllat

Considerareu l'impacte del medi ambient

Dormir a la intempèrie o a refugis insegurs pot causar esgotament i irritabilitat, cosa que pot emascarar o simular símptomes depressius. És fonamental una perspectiva holística.

2. Senyals d'advertiment clau que requereixen atenció especial

- **Indicadors verbals**
 - Expressar desesperança (“Ja no té sentit”).
 - Parlar de la mort, de no voler despertar o sentir-se una càrrega.
 - Esmentar l'abandó d'objectius, les relacions o la salut.
- **Indicadors de comportament**
 - Retraïment marcat dels companys o dels serveis de suport.
 - Augment o disminució sobtada del consum de substàncies.
 - Disminució de l'autocura o incapacitat per gestionar les necessitats bàsiques.
 - Conductes d'alt risc (ús de substàncies perilloses, relacions sexuals perilloses, entorns riscosos).

Indicadors físics i emocionals

- Fatiga persistent, moviments lents, agitació o inquietud.
- Pèrdua o augment de pes notable, o canvis a la gana.
- Queixes de dolor crònic sense causa mèdica clara.
- Irritabilitat, rampells d'ira o entumiment emocional.

3. Senyals d'alerta per a una intervenció urgent

- Parlar de voler morir o fer-se mal.
- Planificar o cercar mitjans per al suïcidi.
- Escoltar veus que inciten a l'autolesió (possibles trets psicòtics).
- Desesperança severa o declaracions de “no hi ha sortida”.
- Esdeveniments traumàtics recents (per exemple, agressió, pèrdua, desallotjament).
- Intoxicació greu amb alcohol o drogues coexistent.
- Estar sol i desconnectat de les xarxes de suport.

4. Intervencions pràctiques

• **Construïu seguretat i estabilització primer**

- Creu una interacció tranquil·la, previsible i sense prejudicis.
- Prioritzar les necessitats immediates (dinar, descans, refugi, atenció mèdica): les necessitats bàsiques no satisfetes poden empitjorar els símptomes depressius i bloquejar la participació.
- Utilitzeu estratègies de connexió a terra si la persona sembla aclaparada (per exemple, respiració lenta, concentració en el moment present).

• **Donar suport a l'expressió emocional**

- Normalitza parlar dels teus sentiments, especialment de la desesperança o l'esgotament: «Moltes persones que passen per situacions difícils se senten així. M'agradaria saber com et puc recolzar».
- Validar en lloc de minimitzar: “El que sents té sentit, ateses les circumstàncies”.

• **Fomenti passos petits i assolibles: la depressió redueix la motivació i la funció executiva; apunt a microobjectius:**

- Animeu-lo a aixecar-se del llit, menjar alguna cosa i dutxar-se quan sigui possible.
- Dividir les tasques en petits passos
- Concentreu-vos en “una cosa avui” en lloc de múltiples expectatives

• **Augmentar el suport i la freqüència del contacte**

- Oferir registres més freqüents (la presència és terapèutica).
- Les interaccions breus i consistents poden prevenir el deteriorament.
- Seleccionen un o dos membres del personal per mantenir un contacte proper i constant amb la persona.
- Pont entre serveis (salut, psiquiatria, reducció de danys, assistència social).

- **Facilitar l'accés a l'avaluació clínica quan sigui apropiat i amb consentiment:**
 - acompanyar o organitzar avaluacions de salut mental
 - Donar suport a l'adherència oferint recordatoris, ajuda amb el transport o assistint a cites.
 - Advocac per l'atenció psiquiàtrica de baixa exigència (per exemple, psiquiatria de carrer, equips mòbils)
- **Integrar la reducció de danys al suport a l'estat d'ànim**
 - Exploreu com el consum de substàncies està relacionat amb l'automedicació sense jutjar.
 - Estigueu atents als patrons: l'abstinència augmenta els símptomes depressius, la intoxicació emmascara el risc.
 - Ajudar la persona a identificar estratègies més segures quan l'abstinència no és possible.
- **Utilitzeu enfocaments d'activació conductual: activitats senzilles i de baixa pressió poden contrarestar la inèrcia depressiva:**
 - caminant junts
 - prenent un cafè
 - fent una tasca junts
- **Connectar amb persones o rutines significatives**
 - Enfortir la connexió i la pertinença: la depressió a les persones sense llar està fortament associada amb l'aïllament.
 - Facilitar la reconexió social quan sigui possible, encara que sigui mínimament.
 - Fomentar la participació en menjars comunitaris, activitats grupals i grups de suport entre iguals.
- **Planificació de seguretat quan hi ha risc de suïcidi**
 - Explora el nivell de risc amb calma i directament.
 - Creeu un pla de seguretat breu i significatiu:
 - A qui trucar (enumereu més d'una opció)
 - On anar per sentir-se segur
 - Què els ajuda a calmar-se?
 - Assegureu-vos que els contactes d'emergència siguin coneguts i accessibles.
 - Coordinar amb equips de crisi o serveis d'emergència quan calgui.

5. Adopteu una perspectiva pacient i a llarg termini

- La depressió a les persones sense llar sol ser crònica i estar vinculada a les circumstàncies de la vida.
- El progrés no és lineal: s'esperen fluctuacions.
- Mantingueu una postura de *“sóc aquí, fins i tot quan les coses empitjorin”*.
- No interpreteu la retirada o les cites perdudes com a falta d'interès.

Trastorn d'acumulació i conductes d'acumulació

Les persones que acumulen objectes sovint experimenten riscos significatius de seguretat, deteriorament funcional i trastorns de salut mental coexistents, com ara depressió, ansietat, trastorn obsessivocompulsiu (TOC), TDAH, antecedents traumàtics o aïllament social. Les conductes d'acumulació es poden manifestar en entorns de carrer, albergs, habitatges de transició o programes d'habitatge primer.

Tot i això, és important destacar que, en molts casos, l'acumulació i venda d'articles serveix com a font informal d'ingressos, necessària per a la supervivència de les persones en situació de carrer. Comprendre el context i dialogar amb la persona sobre el paper funcional de l'acaparament és essencial, ja que permet desenvolupar estratègies individualitzades adaptades a la vida i al benestar de cada persona.

1. Consideracions pràctiques de detecció

Utilitzeu preguntes sense prejudicis, curioses i pràctiques; eviteu el llenguatge moralitzant (“desordenat”, “brut”, “mandrós”).

- **Indicadors d'observació:**

- Grans quantitats de possessions al voltant de les zones de dormir (botigues de campanya, refugis).
- Elements que bloquegen sortides, ventilació, llits o passadissos.
- Dificultat per permetre que el personal retiri escombraries o objectes.
- Forta angoixa emocional quan es mouen o toquen objectes.
- Recollida reiterada d'articles gratuïts (roba, envasos d'aliments, objectes donats).
- Evitar visites domiciliàries o inspeccions en habitatges amb suport (pot indicar vergonya o estigma).
- Espai habitable no utilitzat per al propòsit previst (per exemple, llit soterrat sota pertinences, cuina o bany inutilitzables).
- Observeu l'actitud defensiva, les afirmacions d'autodeterminació, les racionalitzacions o les reavaluacions positives del comportament de recol·lecció.

- **Preguntes senzilles de detecció conversacional:**

- Et sents còmode al teu espai vital en aquest moment?
- "Els objectes que t'envolten et resulten útils o dificulten les tasques diàries?"
- "És estressant pensar a classificar o llençar coses?"
- "Algú mai ha expressat preocupació per la seguretat a casa/habitació/botiga?"
- "Et trobes col·leccionant més coses de les que tens espai?"

- **Investigueu amb delicadesa si hi ha problemes coexistents:**
 - Síntomes del TDAH (desorganització, distracció, postergació a l'hora de desfer-se d'objectes).
 - Història del trauma (objectes utilitzats com a seguretat emocional).
 - Ansietat o aïllament social vinculats amb l'acaparament.
 - Conducta de compra o adquisició compulsiva.

2. Senyals d'advertiment clau que requereixen atenció especial

- Angoixa, enuig o pànic en parlar de pertinences.
- Dificultat per permetre que el personal retiri els articles a causa d'un alt nivell d'angoixa emocional
- Forta actitud defensiva, evasió o renúncia a interactuar amb els serveis de suport.
- Evitar els serveis de suport domiciliari.
- Espai habitable inutilitzable per a tasques diàries (moviment segur, dormir, cuinar, higiene).
- Col·leccionisme repetit que interfereix amb el funcionament diari.
- Racionalitzacions o minimitzacions que impedeixen el reconeixement dels riscos de seguretat.
- Desallotjaments freqüents o queixes per desordre.
- És probable que hi hagi problemes de salut mental coexistents que empitjorin l'acaparament (per exemple, depressió, TOC, consum de substàncies).

3. Senyals d'alerta per a una intervenció urgent

- Elements que bloquegen sortides, ventilació o passadissos (riscos d'incendi i seguretat).
- L'espai habitable presenta riscos immediats per a la salut o el sanejament (per exemple, cuina o bany inutilitzables, riscos estructurals, ferides, floridura).
- Angoixa extrema o incapacitat per garantir que se satisfacin les necessitats bàsiques degut al desordre.
- Sobrecàrrega estructural (inclinació del terra, acumulació perillosa de pes).
- Acumulació combinada amb una greu distracció personal (no menjar, mala higiene, problemes mèdics).
- Amenaça de desallotjament, ordres municipals o pèrdua d'habitatge.
- Persones grans que viuen soles en un ambient extremadament desordenat.
- Acumulació després d'una pèrdua important, un trauma o un deteriorament cognitiu.

4. Intervencions pràctiques diàries

- **Genereu confiança i reduïu la vergonya:**
 - Apropieu-vos de forma imparcial, curiosa i comprensiva; eviteu utilitzar llenguatge humiliant (com "possessions" en lloc de "escombraries"). Tingueu en compte que la persona podria haver patit humiliacions repetides per part de la seva família, veïns i la societat. Apropieu-vos amb empatia, eviteu el llenguatge moralitzant i normalitzeu els desafiaments associats amb l'acaparament per reduir l'estigma i generar confiança.
 - Col·laborar amb la persona per comprendre el paper funcional dels elements (per exemple, supervivència, ingressos, seguretat emocional).
 - Normalitzar l'angoixa i ressaltar la col·laboració.
 - Eviteu tocar pertinences sense permís.
 - Validar l'aferrament emocional als articles.

- **Dividiu les tasques en objectius petits i manejables:**
 - Identifiqueu una àrea segura per aclarir (per exemple, ruta de sortida, àrea de l'escalfador).
 - Doneu suport a la "desinfecció per reduir danys": concentreu-vos en la seguretat, no en la neteja total.
 - No neteges completes.
 - Fomenteu l'ús de contenidors, bosses o prestatges per reduir els perills.
 - Utilitzeu ajudes visuals (llistes de verificació, plànols simples d'una habitació segura).
 - Abordar les necessitats de salut mental coexistents:
 - Proporcionar suport tranquil davant de l'ansietat o angoixa en classificar articles.
 - Detectar depressió, trauma o deteriorament cognitiu que contribuïska a l'acaparament.
 - Derivar per a avaluació i suport de salut mental, quan sigui possible.

- **Prevenir crisis i desallotjaments:**
 - Sigui constant amb la intervenció: mantingueu horaris predictibles per a les cites o visites. Això podria implicar augmentar la freqüència, però mantenir interaccions breus o espaiar-les adequadament, segons allò que fomenti la participació i redueixi l'estrès de la persona.
 - Establir vincles amb proveïdors d'habitatge, salut mental i serveis socials per oferir suport coordinat.
 - Oferiu suport descrivint el compromís i el progrés: ressalteu el que s'ha aconseguit, especialment en les interaccions amb els propietaris, els proveïdors d'habitatge o la comunitat, per reforçar l'autonomia, generar confiança i demostrar una participació positiva.
 - Assistir a les inspeccions amb el client quan sigui apropiat.
 - Ajudeu a prioritzar els riscos de seguretat immediats per satisfer els propietaris/inspectors.

- **Donar suport objectius significatius:**
 - Pregunti-li què desitja la persona: privadesa? una habitació segura? menys inspeccions?
 - Reforçar l'autonomia i l'elecció.
 - Celebreu el microprogrés (una bossa retirada, 10 minuts de classificació).
- **Col·laborar entre serveis:**
 - Teràpia ocupacional, equips de salut mental, prevenció d'incendis, treballadors d'habitatge social.
 - Eviteu intervencions punitives o forçades a no ser que hi hagi un risc de mort.
 - Si la neteja és inevitable, ofereix suport integral i envolupant per minimitzar el trauma, tenint en compte que sense una intervenció contínua, la reincidència és gairebé segura.

Trastorns de la personalitat

Les persones amb trastorns de la personalitat poden presentar patrons de pensament, sentiment i comportament arrelats que dificulten les relacions, la interacció amb els serveis i la regulació emocional. En les persones sense llar, aquests patrons es poden veure intensificats per traumes, estrès crònic i consum de substàncies. Comprendre aquests patrons ajuda els treballadors a:

- Mantenir interaccions consistents i predictibles;
- Evitar escalades o ruptures en el compromís;
- Reconèixer que les conductes “difícils” sovint tenen una funció adaptativa;
- Augmentar la seguretat i la participació mitjançant límits clars i col·laboració.

1. Consideracions pràctiques de detecció

- Observar patrons de relació: dificultat per confiar, alternança entre proximitat i retraïment, reaccions intenses al rebuig percebut.
- Tingueu en compte respostes emocionals extremes o canvis d'humor ràpids.
- Identificar conductes protectores: aïllament, evitació del servei, manipulació, amenaces d'abandonament.
- Busqueu dificultats amb les regles, els límits o frustració pels retards i els contratemps.
- Feu preguntes obertes i sense prejudicis sobre les relacions i experiències passades:
- Què us ajuda a confiar en la gent?
- Com prefereixes que fem servir els conflictes o malentesos?
- Observar patrons de consum de substàncies que puguin modular les emocions o la impulsivitat.

2. Senyals d'avertiment clau que requereixen atenció especial

- Reaccions extremes al rebuig o crítica percebuda.
- Amenaces d'autolesió, autocàstig o abandó de serveis en resposta al conflicte.

- Conductes manipuladores per reduir la incomoditat, el risc o la frustració.
- Dificultat per complir compromisos, cosa que dóna lloc a ruptures repetides en els plans d'atenció.
- Conductes de risc dirigides cap a un mateix o cap a altres, fins i tot si són subtils o indirectes.

3. Senyals d'alerta per a una intervenció urgent

- Amenaça imminent d'autolesió greu o suïcidi.
- Conducta agressiva amb risc de danyar els altres.
- Pèrdua de contacte amb la realitat (psicosi, dissociació severa).
- Consum extrem de substàncies combinat amb impulsivitat, augmentant el risc de sobredosi o accidents.
- Situacions en què la persona està en perill immediat sense capacitat de protegir-se o seguir instruccions de seguretat.

4. Intervencions pràctiques diàries

- Establir límits clars i consistents: definir regles amb fermesa però sense càstig; explicar les conseqüències de manera previsible.
- Sigui previsible i consistent: mantingueu horaris, cites i respostes estables.
- Validar els sentiments sense reforçar conductes perjudicials: “ Entenc que et sentis frustrat i intentarem trobar junts una solució segura ”.
- Utilitzeu una comunicació clara i directa: eviteu l'ambigüitat; repetiu la informació segons calgui.
- Mantenir fites petites i assolibles: suport gradual al compromís amb el servei i a la regulació emocional.
- Oferir opcions sempre que sigui possible: augmenta la sensació de control i en redueix la resistència.
- Enfortir les xarxes de suport: connectar-se amb serveis de salut mental, iguals de confiança i treballadors clau.
- Planifiqueu amb antelació les crisis: creeu conjuntament estratègies de desescalada i contactes d'emergència per a situacions d'alt risc.
- Aplicar principis de reducció de danys: centrar-se a reduir el dany, no eliminar conductes; donar suport a l'autonomia i la presa de decisions segura.
- Les persones amb trastorn límit de la personalitat se solen autolesionar per regular les seves emocions, alleujar l'angoixa o distreure's del dolor intern. Atès que l'autolesió pot proporcionar un alleugeriment immediat, pot ser molt difícil aturar-la. Desenvolupar habilitats per gestionar les emocions, tolerar l'angoixa, viure el moment i millorar les relacions és útil. També és important reconèixer que tant els propis comportaments com els dels altres sorgeixen d'estats mentals interns, com pensaments, sentiments i desitjos.

Psicosi

Esquizofrènia i altres psicosis

Consideracions pràctiques de detecció

- **Preguntes de conversa:**

- “Has notat alguna cosa inusual en la manera com veus o escoltes les coses?”
- “De vegades sents que la gent t'està observant o intentant fer-te mal?”
- “Li resulta difícil concentrar-se o sent que els seus pensaments estan confusos 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 (saltar entre temes, incoherència)
- Paranoia o desconfiança
- Al·lucinacions auditives o visuals
- Retraïment social o aïllament
- Comportaments inusuals (moviments repetitius, postures estranyes, catatonia, un estat en què una persona té un moviment, parla o capacitat de resposta inusual o molt reduïda)
- Descuit de la cura personal o de les necessitats bàsiques
- Canvis d'humor ràpids o extrems no relacionats amb el context
- Manca de son, agitació o ansietat acompanyades de pensaments inusuals.

- **Canvis funcionals a Avís:**

- Dificultat per complir cites o seguir instruccions
- Problemes per gestionar les tasques diàries (comprar, cuinar, pagar factures)
- Dificultat per mantenir l'atenció durant converses o activitats grupals

Senyals d'advertència clau que requereixen atenció especial

- Intensificació d'al·lucinacions o deliris
- Retirada sobtada de persones o serveis
- Incapacitat per gestionar l'autocura o les tasques diàries
- Disminució ràpida de les capacitats socials, ocupacionals o funcionals
- Comportaments inusuals o perillosos que podrien danyar un mateix o altres.
- Augment de l'agitació, l'agressió o labilitat emocional.
- Dificultat per distingir la realitat de les experiències internes
- **Senyals d'alerta per a una intervenció urgent**
- Al·lucinacions actives o deliris que impulsen la conducta (al·lucinacions d'ordres)
- Agitació o agressió severa que no respon a la desescalada
- Ideació suïcida, autolesió o risc de danyar els altres
- Desorientació aguda en el temps, el lloc o la identitat
- Episodi psicòtic acompanyat de febre, deshidratació o emergències mèdiques.
- Deteriorament ràpid del funcionament en qüestió dhores o dies.
- Aparició sobtada o empitjorament de símptomes psicòtics (possible causa mèdica, de substàncies o neurològica)

Intervencions pràctiques diàries

- **Comunicació i interacció:**
 - Utilitzeu un llenguatge tranquil, clar i senzill; frases curtes.
 - Eviteu discutir sobre deliris o al·lucinacions; valideu els sentiments al seu lloc.
 - Oferir opcions per augmentar la sensació de control
 - Donar senyals d'orientació repetits: lloc, data, entorn segur

- **Ajustaments ambientals:**
 - Redueix la sobrecàrrega sensorial: minimitza el soroll, els llums brillants o els espais plens de gent.
 - Assegureu-vos que hi hagi un entorn segur i amb poca estimulació sempre que sigui possible.
 - Mantenir rutines i punts de trobada predictibles

- **Suport per al funcionament diari:**
 - Ajuda amb tasques que requereixen organització o planificació.
 - Fomentar l'assistència a les cites amb recordatoris o acompanyament
 - Dividiu les tasques en passos manejables; utilitzeu senyals visuals si cal
 - Monitoritzar el son, la nutrició i la hidratació.

- **Reducció de danys i conscienciació sobre substàncies:**
 - Vigilar el consum de substàncies que puguin empitjorar la psicosi (estimulants, alcohol, cannabinoides sintètics)
 - Educar sobre els desencadenants i les estratègies dús més segur, si escau.
 - Donar suport a la participació en serveis de salut mental o de suport entre iguals.

- **Crisi i seguiment:**
 - Documentar observacions i desencadenants, compartir amb equips clínics (amb consentiment)
 - Establir un pla de seguretat per a moments de psicosi aguda
 - Coordinar amb professionals de salut mental per a avaluació, tractament i suport continu.
 - Mantingueu la paciència i la constància; el progrés sol ser gradual.

- **Col·laborar entre serveis/comunitat:**
 - Coordinar amb teràpia ocupacional, equips de salut mental, treballadors socials i altres professionals rellevants per donar suport a la persona de manera integral.
 - Eviteu intervencions punitives o forçades a no ser que hi hagi un risc immediat de mort.
 - Si una intervenció d'habitatge (o reubicació a un entorn més segur) és inevitable, oferir suport integral per minimitzar l'angoixa, emfatitzant que sense suport continu, és molt probable que hi hagi una recaiguda o un deteriorament.

- Treballar amb la comunitat per promoure la comprensió de la psicosi en lloc de jutjar-la.
- Advocar per entorns segurs i amb baix estigma que donen suport a la participació i redueixin l'aïllament social.
- Incentiu els companys, veïns i proveïdors de serveis a respondre amb empatia i suport pràctic en lloc de mesures punitives.

Psicosi induïda per substàncies

1. Consideracions pràctiques de detecció

- **Preguntes conversacionals/no clíniques:**

- "Has notat alguna cosa recentment que et sembli estrany o confús?"
- "Has sentit o vist coses que altres podrien no notar?"
- "T'has sentit insegur, vigilat o amb la sensació que algú et podria voler fer mal?"
- Quines substàncies has consumit recentment? Alguna nova o diferent?
- "Aquestes experiències solen passar després de consumir certes substàncies?"
- "Dorms bé?"
- "Això ha passat abans alguna vegada?"
- "Algú a la teva família té problemes de salut mental o psicosi?"

- **Indicadors d'observació:**

- Paranoia, grandiositat o idees de referència
- Al·lucinacions auditives o visuals
- Major sensibilitat al soroll o la llum.
- Agitació sobtada, por o comportament desorganitzat
- Discurs ràpid o fugida d'idees
- Parlar amb ell mateix o respondre a estímuls interns
- Descuidar les necessitats bàsiques
- Signes de consum recent d'estimulants, cànnabis, cannabinoides sintètics, ketamina, al·lucinògens, abstinència d'alcohol o benzodiazepines.
- Confusió, desorientació o llacunes de memòria. \

2. Senyals d'advertiment clau que requereixen atenció especial

- Fortes creences persecutòries o paranoia
 - Episodis psicòtics recurrents relacionats amb el consum de substàncies
 - Agitació extrema, irritabilitat o comportament impredecible.
 - Desorientació respecte al lloc, temps o situació
 - Deteriorament ràpid de l'autocura o del funcionament bàsic
 - Privació del somni de 48 a 72 hores o més
 - Angoixa intensa durant la intoxicació, l'abstinència o després d'experiències al·lucinògenes.
- [Quebra de Moldagem do Texto]

3. Senyals d'alerta per a una intervenció urgent

- Al·lucinacions d'ordres que instrueixen a autolesionar-se o fer malbé altres
- Agitació o agressió severa que no respon a la desescalada
- Psicosi persistent més enllà de la durada prevista de la intoxicació
- Confusió severa, convulsions, col·lapse o febre alta.
- Psicosi combinada amb consum de múltiples substàncies
- Pensaments suïcides o conductes autolesives
- Incapacitat per mantenir fora de perill
- Prova de realitat perillosament deteriorada (“M'estan observant”, “Veniu per mi”)
- Signes de toxicitat per estimulants, síndrome serotoninèrgica o complicacions dels cannabinoides sintètics

Intervencions pràctiques diàries

Apropament immediat / Al carrer:

- Prioritzar la seguretat: ambient tranquil, estimulació mínima, mantenir l'espai personal.
- Posada a terra i orientació: “ Ets aquí amb mi, estàs fora de perill ara mateix ”.
- Parlar amb claredat i amb frases curtes; evitar discutir sobre deliris.
- Ofereix opcions per augmentar el control: “ Vols assegurar-te aquí o fora? ”
- Fomentar la hidratació, el descans i el suport a les necessitats bàsiques.

Suport a curt termini (hores-dies):

- Vigilar l'empitjorament dels símptomes
- Afavorir el son, la hidratació i la nutrició.
- Ajudar a evitar els desencadenants (substàncies, espais insegurs)
- Fomentar l'avaluació mèdica o la psiquiàtrica si és receptiu.
- Documentar observacions de manera segura i precisa

Reducció de danys a llarg termini:

- Educar sobre els riscos de psicosis específics de substàncies (estimulants, cannabinoides sintètics, cànnabis amb alt contingut de THC, al·lucinògens)
- Identificar senyals d'alerta primerenca i desencadenants personals
- Donar suport a la reducció gradual o estratègies d'ús més segur
- Fomentar l'ús amb companys de confiança i evitar l'ús en solitari.
- Facilitar la connexió amb serveis de suport entre iguals o de salut mental.
- Acompanyar cites si cal i coordinar amb equips multidisciplinaris.
- Desenvolupar plans de seguretat per a episodis recurrents

Conductes d'autolesió

- **Consideracions pràctiques de detecció**
 - Indicadors d'observació:
 - Talls recents, cicatrius, marques de cremades o lesions inexplicables.
 - Embenats o apòsits improvisats
 - Usar mànigues/pantalons llargs fins i tot en climes càlids
 - Retirada sobtada o canvis d'humor
 - Evitar dutxes, vestuaris o atenció mèdica.

- **Projecció 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 et vas fer mal per suportar la situació?”
 - “Hi ha alguna cosa succeint que hagi fet que les coses se sentin més intenses del que és habitual?”
 - “Et sentiries còmode dient-me si estiguessis recurrent a l'autolesió per suportar la situació?”

- **Preguntes contextuais:**
 - Factors estressants actuals, pèrdues, conflictes i desencadenants de traumes.
 - Patrons de consum de substàncies (especialment estimulants, alcohol o abstinència)
 - Aïllament social o manca de suport
 - Historial d'abús o malaltia mental

- **Senyals d'advertència clau que requereixen atenció especial**
 - Parlar de voler escapar dels sentiments o “adormir-se”
 - Declaracions com “No ho puc suportar més”
 - Donar explicacions vagues sobre les lesions
 - Augment del consum d'alcohol o estimulants per afrontar la situació.
 - Conductes de risc, relacions caòtiques, volatilitat emocional
 - Disminució de l'autocura o del funcionament
 - Vergonya significativa, secretisme o evitació del suport

- **Senyals d'alerta per a una intervenció urgent**
 - Autolesió acompanyada de pensaments o plans suïcides
 - Lesions greus, infeccions o ferides que requereixen atenció mèdica.
 - Augment de la freqüència o gravetat de les autolesions
 - Al·lucinacions o psicosi que dirigeixen l'autolesió
 - Persones sota la influència de depressors que expressen desesperança
 - Joves o adults joves amb episodis repetits d'autolesió

- Persones amb antecedents d'autolesió que actualment estan experimentant factors estressants recents, com ara trauma, ruptura de relació, desallotjament, pèrdua o agressió.
- Persones aïllades sense xarxa de suport

Intervencions pràctiques

• Creant un espai segur:

- Valida el dolor emocional: "Estàs fent el millor que pots per afrontar-ho".
- Eviteu moralitzar o entrar en pànic; mantingueu-vos fermes
- Mostrar empatia i curiositat sobre què significa el comportament.

• Com reduir el dany causat per l'autolesió:

- Fomentar una cura més segura de les ferides (subministraments estèrils si la política ho permet)
- Proporcionar apòsits, tovalloletes antisèptiques i consells sobre cures posteriors.
- Consciència de l'anatomia: encoratjar la persona a evitar les àrees d'alt risc del cos (per exemple, venes, artèries, genitals, àrees amb alt risc de pèrdua de sang greu o infecció) mentre es parla obertament i es proporciona informació pràctica sobre anatomia i pràctiques més segures sempre que sigui possible.
- Analitzeu estratègies d'afrontament alternatives (amb dolor associat o sense), com utilitzar glaçons de gel, posar-se una banda elàstica al canell, utilitzar tècniques de connexió a terra o sensorials o altres estratègies que ajudin a regular l'angoixa sense causar un dany significatiu.
- Donar suport a la reducció de factors desencadenants sempre que sigui possible

• Regulació emocional i afrontament:

- Estratègies de connexió a terra (respiració profunda, connexió a terra sensorial)
- Identificar els senyals d'alerta primerenca dels impulsos
- Feu servir una versió adaptada de l'estratègia "Surf the Urge" (Marlatt i Gordon, 1985), ajudant la persona a percebre l'impuls d'autolesionar-se, observar com puja i baixa com una onada, i a romandre amb la sensació sense actuar en conseqüència. Mantingueu els passos simples i breus, centrant-vos en la respiració, la connexió a terra i recordant a la persona que els impulsos són temporals i passaran.
- Desenvolupar plans d'afrontament (música, caminar, contactar amb suport)
- Reforçar factors protectors (relacions, rutines, objectius)
- Planificació col·laborativa de seguretat:
- Identificar suports de confiança (amic, treballador, línia d'ajuda)
- Planifiqueu els llocs més segurs on anar si els impulsos augmenten
- Acordar situacions que requereixen ajuda mèdica

○ Explore links with substance use

○ Provide harm-reduction tools when relevant (e.g., naloxone, wound-care supplies)

- **Suport professional:**
 - Oferir connexions amb serveis de salut mental, teràpia de trauma, etc.
 - Normalitzar la cerca d'ajuda
 - Assegureu-vos que les converses sobre l'autolesió se centrin en la seguretat, la prevenció d'infeccions i les estratègies d'afrontament alternatives en lloc de...

- **Riscos mèdics i vincles amb substàncies:**
 - Respondre les ferides i els signes d'infecció.
 - Conegueu els llindars d'emergència:
 - Sagnat incontrolat
 - Signes d'infecció (envermelliment, inflor, febre, cel·lulitis disseminada)
 - Ideació suïcida aguda (intenció, pla i/o mitjans)
 - Autolesió recent o creixent que la persona no pot controlar de manera segura
 - Explorar els vincles amb el consum de substàncies
 - Proporcionar eines de reducció de danys quan sigui pertinent (per exemple, naloxona, subministraments per a la cura de ferides)

- **Benestar del treballador:**
 - Mantingueu la calma i sigues constant
 - Busqueu supervisió després de revelacions difícils
 - Seguiu els protocols de l'agència per a riscos

Ideació suïcida i risc de suïcidi

- **Consideracions pràctiques de detecció**
- **Preguntes directes però amables:**
 - De vegades la gent se sent aclaparada o desesperançada. T'ha passat això?
 - “Has tingut pensaments de no voler viure o fer-te mal?”
 - Sents que corres el risc d'actuar segons aquests pensaments?
 - Què us ajuda a superar moments com aquest?
- **Avaluació funcional i situacional:**
 - Conflicte recent, desallotjament, agressió, ruptura, problemes legals.
 - Dolor crònic, abstinència severa, símptomes de salut mental no controlats
 - Sentiments de ser una càrrega o no desitjat
 - Presència concomitant d'intoxicació i de sentiments de desesperació.
 - Intents de suïcidi o autolesions anteriors
- **Observació:**
 - Afecte i comportament (tancat, desesperançat, reflexiu després de la intoxicació)
 - Presència/absència de discurs orientat al futur

- **Senyals d'advertència clau que requereixen atenció especial**
 - Parlant del suïcidi, de la mort, de “no ser aquí demà”
 - Dir que són una càrrega o que els altres “estan millor sense mi”
 - Missatges de comiat, regalar objectes personals
 - Calma sobtada després d'una angoixa perllongada
 - Culpa extrema, vergonya, desesperança, desesperació.
 - Buscant mitjans (cordes, pastilles, llocs alts)
 - Autolesió recent o augment del comportament autodestructiu
 - Intoxicació concomitant per alcohol o estimulants i col·lapse emocional
 - Aïllament greu, retirada dels serveis
 - Intents de suïcidi previs, depressió, trastorn d'estrès posttraumàtic, psicosi, dependència de substàncies.
 - Pèrdua recent, violència, trauma, malaltia crònica

- **Senyals d'alerta per a una intervenció urgent**
 - Intenció, pla i accés a mitjans letals
 - Lesions greus o autolesions
 - Al·lucinacions o psicosi que dirigeixen l'autolesió
 - Desorganització greu o incapacitat per garantir la seguretat
 - Intoxicació amb intenció suïcida
 - Situacions de risc de nivell d'emergència (amenança imminent a la vida)

- **Intervencions pràctiques**
- **Accions immediates de primera línia:**
 - Mantingues la calma, el present i sense prejudicis.
 - Validar els sentiments (“Sembla que estàs patint molt. Sóc aquí amb tu”).
 - Pregunteu directament sobre pensaments o plans suïcides.
 - Reduir el risc immediat (verificar l'accés als mitjans, traslladar-se a un espai més segur)
 - Alentir la situació (respiració, aigua, seure, reduir l'estimulació)
 - Crea un pla de seguretat temporal (“A qui podem trucar ara mateix?” “Què t'ajuda a mantenir-te segur?”)

- **Connectar-se a ajuda professional:**
 - Línies de crisi de salut mental, equips mòbils de crisi, departament d'emergències
 - Serveis psiquiàtrics fora d'horari
 - Seguiment per part del metge de capçalera o d'una clínica de salut mental
 - No deixis mai sola una persona d'alt risc

- **Documentació i seguiment:**
 - Registrar observacions, accions, indicadors de risc, contactes/referències
 - Compartiu amb l'equip per a continuïtat
 - Donar suport a l'estabilitat contínua (controls regulars, reduir l'aïllament, monitoritzar l'estat d'ànim, el son i el consum de substàncies)
- **Tècniques de posada a terra i desescalada:**
 - Oferir beguda/refrigeri per regular el sistema nerviós.
 - Senyals sensorials: observa les coses que veus/escoltes
 - Concentreu-vos en la respiració lenta
 - Convidar a caminar si està agitat
 - Seieu en un lloc tranquil, lluny de factors desencadenants.
- **Benestar del treballador:**
 - Informe amb col·legues/supervisors
 - Mantenir límits, reconèixer desencadenants personals
 - Pren descansos, evita portar la càrrega sol



Activitat 3.5 | Històries d'intervencions d'èxit

Aquesta activitat convida els participants a explorar exemples pràctics d'intervencions reeixides, demostrant com la reducció de danys i les estratègies de salut mental es poden aplicar eficaçment al treball de camp amb persones sense llar.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Secció 3 | Diversitat cultural i salut mental: Consideracions per a la pràctica

Els i les professionals de la salut mental i els professionals de primera línia solen donar suport a pacients de cultures diferents de la seva. Les diferències culturals tenen diverses implicacions per a la pràctica, entre elles:

- Com entenen les persones la salut i la malaltia
- Patrons i preferències de cerca de tractament
- La naturalesa de la relació terapèutica o de suport
- Experiències de racisme, discriminació i marginació social

És important tenir en compte que els marcs psiquiàtrics i de salut mental moderns s'han desenvolupat en gran mesura a l'hemisferi nord, basats en epistemologies biomèdiques, individualistes i positivistes occidentals que prioritzen la classificació de símptomes, el diagnòstic i els models de tractament estandarditzats. Aquests marcs, codificats mitjançant instruments com el DSM i la CIE, s'han presentat històricament com a universals, tot i estar modelats pels contextos socioculturals, econòmics i històrics específics de l'hemisferi nord (Kirmayer, 2007; Mills, 2014). Com a resultat sovint no tenen en compte adequadament les variacions culturals en com s'experimenta, interpreta i expressa l'angoixa, particularment en comunitats no occidentals o marginades.

Les investigacions demostren sistemàticament que les percepcions de la salut i la malaltia es construeixen culturalment, cosa que influeix en els models explicatius de l'etiologia que poden emfatitzar el desequilibri espiritual, la desharmonia social, la disrupció moral o l'adversitat estructural, en comptes de la patologia individual (Kleinman, 1900). Aquestes comprensions, arrelades culturalment, configuren directament les conductes de cerca d'ajuda, les estratègies d'afrontament i la interacció amb l'atenció, incloent-hi la dependència de xarxes comunitàries, remeiers tradicionals, rituals o formes col·lectives de suport. Quan els models dominants de salut mental no reconeixen aquestes diferències, es corre el risc de diagnòstics erronis, patologització de les respostes culturalment normatives a l'adversitat i la marginació de les estratègies adaptatives de supervivència desenvolupades en contextos de pobresa, desplaçament o violència estructural. Des d'una perspectiva crítica i decolonial això planteja preguntes importants sobre el domini epistèmic en la producció de coneixement sobre salut mental i subratlla la necessitat d'enfocaments culturalment sensibles, sensibles al context i participatius que vagin més enllà dels suposats colonials d'universalitat (Fernando, 2017; Summerfield, 2012).

Basant-se en l'anàlisi de Gopalkrishnan de les percepcions culturals de la salut, la malaltia i l'etiologia, 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 les malalties (etiologia) també poden variar considerablement: allò que una cultura atribueix a factors biològics, una altra pot interpretar-ho com a desequilibri espiritual, desharmonia social o pertorbació emocional. Aquestes creences influeixen en:

- **Comportament de cerca d'ajuda:** consultar professionals mèdics, remeiers tradicionals o suport comunitari o espiritual.
- **Estratègies d'afrontament:** rituals, remeis herbals, oració o intervencions familiars.
- Compromís amb el tractament: les creences afecten la voluntat d'adherir-se a les intervencions clíniques

Interpretació dels símptomes: els marcs culturals determinen com s'expressa i s'entén l'angoixa o el deteriorament.

Aquesta perspectiva significa que els treballadors de salut mental han d'explorar les opinions dels clients sobre les causes de la seva angoixa o malaltia, evitar suposicions basades en el propi marc cultural i adaptar les intervencions de manera que respectin aquestes perspectives.

Hechonova i Waelde (2017) identifiquen cinc components culturals amb importants implicacions per a la pràctica de la salut mental. Aquests factors influeixen com els pacients gestionen l'estrès, interactuen amb els serveis i es relacionen amb els professionals.

Expressió emocional

Algunes cultures consideren el desequilibri en l'expressió emocional com un factor de risc de malaltia. Les persones poden evitar parlar de temes dolorosos per por que això intensifiqui l'angoixa.

Implicació: les teràpies de conversa poden necessitar adaptació, integrant enfocaments no verbals o experiencials.

Llàstima

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 de poder

En cultures amb fortes normes jeràrquiques, el terapeuta o treballador social pot ser vist com una autoritat inqüestionable.

Implicació: emfatitzar la col·laboració i presa de decisions compartida per millorar la capacitat d'acció i l'autonomia.

Col·lectivisme vs. Individualisme

Les cultures col·lectivistes emfatitzen la interdependència i el suport familiar i comunitari.

Implicació: involucrar les xarxes socials pot enfortir el compromís, la capacitat d'afrontament i la resiliència.

Espiritualitat i religió

Les creences sobre el patiment mental sovint estan vinculades a marcs espirituals o religiosos.

Implicació: reconèixer aquests models explicatius pot donar suport a una avaluació i intervenció culturalment apropiades. [Quebra de Moldagem do Texto]

Què cal tenir en compte en treballar amb clients de diferents orígens culturals

Treballar amb clients de diversos orígens culturals requereix una consciència sostinguda de com la cultura modela les percepcions, experiències i respostes de salut mental (Gopalkrishnan, 2018):

Cerca de tractament, estigma i context històric

Les cultures varien en l'accés als sistemes de salut convencionals. Els grups migrants i minoritaris solen presentar-se més tard i amb símptomes més greus. Diversos factors contribueixen:

- **Estigma**

L'estigma es defineix àmpliament com una "marca de vergonya o desaprovació" que condueix al rebuig i l'exclusió. Podeu fer que les persones ocultin la seva angoixa, evitin serveis o temin ser etiquetades.

- **Trauma històric i discriminació**

El trauma històric i la discriminació tenen profundes repercussions en molts immigrants a Europa, en particular en aquells les comunitats dels quals han estat modelades per segles de colonialisme i opressió sistèmica a Àfrica, Amèrica del Sud i Orient Mitjà. Aquestes experiències, tant històriques com actuals, contribueixen a un estrès més gran, la desconfiança en les institucions i la reticència a recórrer als serveis socials i de salut. Les desigualtats estructurals, la racialització i la discriminació quotidiana als països d'acollida poden deixar un llegat de trauma intergeneracional, que afecta la salut mental, les estratègies d'afrontament i les conductes de cerca d'ajuda. Reconèixer aquests contextos històrics i socials és essencial per dissenyar intervencions amb base cultural que siguin sensibles i respectuoses amb les experiències viscudes d'aquestes poblacions.

- **Racisme i barreres sistèmiques**

El racisme modern sovint opera mitjançant jerarquies culturals implícites, més que no pas narratives biològiques. Els sistemes de salut poden perpetuar inadvertidament estereotips i biaixos. Per exemple, el sobrediagnòstic d'esquizofrènia entre afroamericans il·lustra distorsions sistèmiques a l'avaluació.

- **Desajust cultural**

Les teràpies de conversa poden resultar inacceptables o insegures per a alguns grups, cosa que ressalta la necessitat d'enfocaments flexibles i culturalment receptius: alternatives com a formats terapèutics basats en el moviment, expressius o en línia.

- **Afrontament i resiliència**

Els estils d'afrontament són estratègies emmotllades culturalment per gestionar l'estrès, incloent-hi la resolució col·lectiva de problemes, les pràctiques espirituals, el suport familiar o la somatització. El suport familiar pot ser protector, encara que les normes culturals també poden generar riscos (p. ex., estigma, expectatives maritals, tabús).

La resiliència 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, i 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 fortaleces i els factors protectors arrelats culturalment.

3. Factors culturals en la relació terapèutica

La relació terapèutica es veu influenciada pels contextos culturals tant del client com del professional. Poden presentar-se diferències 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 imprecises, cosa que dóna lloc a diagnòstics erronis o intervencions inadequades. La infrautilització constant d'intèrprets a països d'alts ingressos continua sent un obstacle important per a l'atenció equitativa de la salut mental.

Poblacions culturalment diverses en situació de carrer i/o consum de drogues

En treballar amb persones en situació de carrer que també consumeixen drogues, és fonamental adoptar pràctiques culturalment sensibles, ja que les experiències d'angoixa, consum de substàncies i les vies d'accés al carrer es veuen modelades no només per les circumstàncies individuals, sinó també pels sistemes de significat cultural, les estructures socials i els contextos històrics. Basant-se en estudis sobre salut mental transcultural, és evident que les creences arrelades culturalment sobre la salut, el consum de substàncies i les estratègies d'afrontament influeixen en la manera com les persones comprenen les seves pròpies experiències i interactuen amb els serveis.

Per exemple, la investigació sobre els determinants socials de la salut assenyala que els grups marginats, inclosos els migrants i les comunitats racialitzades, sovint s'enfronten a un doble estigma relacionat amb el consum de substàncies i les identitats culturals no normatives, cosa que pot endarrerir la recerca d'ajuda o portar a evitar completament l'atenció sanitària convencional (Corrigan, Druss i Druss). De la mateixa manera, la investigació etnogràfica sobre la situació de carrer demostra que les persones de diferents orígens culturals construeixen significat al voltant del consum de substàncies no simplement com a patologia, sinó en relació amb les estratègies de supervivència social, les normes comunitàries i l'exclusió estructural (Herring, 2019).

Una altra dimensió crítica és com la cultura es relaciona amb Compromís amb el servei i confiança en el sistema . Estudis han documentat que les persones d'origens culturalment diversos sovint enfronten desconfiança institucional, arrelada en experiències de discriminació, racisme sistèmic o exclusió dins l'atenció mèdica i els serveis socials (Snowden i Yamada, 2005). Aquesta desconfiança s'agreuja per a les persones en situació de carrer que consumeixen substàncies, ja que el contacte amb els serveis sovint està modelat per pràctiques coercitives, punitives o orientades a la vigilància en lloc d'una atenció de suport i afirmativa culturalment. En aquest context, els enfocaments culturalment receptius no només han d'abordar les diferències lingüístiques i de comunicació, sinó també les barreres estructurals, com l'estatus migratori indocumentat, la manca de proveïdors culturalment competents i els models de tractament inflexibles, que dificulten l'accés equitatiu a l'atenció.

A més, les normes culturals influeixen en les relacions terapèutiques i l'expressió dels símptomes . La investigació en psiquiatria transcultural emfatitza que l'angoixa i l'afrontament s'expressen a través d'expressions idiomàtiques estandarditzades culturalment, que poden no coincidir amb les categories diagnòstiques estandarditzades, cosa que condueix a diagnòstics erronis o intervencions inadequades (Kirmayer, 2007). En entorns de persones sense llar, per exemple, allò que un professional clínic podria interpretar com a "resistència" podria ser una expressió culturalment acceptable d'autonomia o instint de supervivència, modelat per la marginació històrica. En aquests casos, les eines d'avaluació adaptades culturalment, l'ús d'intèrprets i la pràctica reflexiva es converteixen en components essencials d'una atenció competent.

Finalment, les fortaleses culturalment arrelades —incloses les xarxes familiars, els ancians de la comunitat, les pràctiques espirituals i el suport informal entre iguals— ofereixen vies crucials per a la participació i la resiliència. Com han argumentat Anthony Marsella et al. , les intervencions culturalment fonamentades que es basen en els valors comunitaris i el capital social no només milloren els resultats individuals, sinó que també revitalitzen els sistemes col·lectius d'afrontament que s'han vist erosionats per la colonització, la marginació urbana i l'exclusió socioeconòmica (Marsella, 2009). Per tant, els qui treballen amb poblacions culturalment diverses que experimenten la manca d'habitatge i el consum de substàncies han d'adoptar un enfocament integrador que validi els models explicatius culturals, abordi les desigualtats sistèmiques i col·labori amb els recursos comunitaris per donar suport a una recuperació significativa i sostenible.

Orientacions generals en diversitat cultural i salut mental

a. Els sistemes han de reconèixer la diversitat, no només afegir eines.

L'Entrevista de Formulació Cultural del DSM-5 representa un avenç important, però continua sent insuficient per si mateixa. Els professionals han de poder adaptar les entrevistes, escales i altres eines d'avaluació a les realitats específiques de les persones en situació de carrer i consum actiu de substàncies. Això garanteix que les preguntes siguin rellevants i significatives, considerant no només el context cultural de la persona i les seves possibles experiències de xoc cultural, sinó també els desafiaments actuals de viure en un habitatge inadequat o consumir substàncies, que poden afectar les percepcions, les capacitats i la presa de decisions.

b. Avançar cap a una atenció holística i integrada

Avançar cap a una atenció holística i integrada és essencial en treballar amb persones en situació de carrer i consum de substàncies. Els models biopsicosocials i orientats a la recuperació han de proporcionar un marc que doni suport a la pertinència cultural, reconeixent la interacció entre els factors socials, psicològics i biològics que influeixen en els resultats de salut. Integrar aquests serveis a l'atenció primària pot reduir l'estigma i millorar-ne l'accessibilitat, especialment per a les persones que eviten els serveis especialitzats en addiccions o salut mental per por de la discriminació o experiències negatives passades. A més, reconèixer el pluralisme mèdic —la coexistència de sistemes de curació occidentals, tradicionals i comunitaris— pot generar un espai per a intervencions culturalment informades que respectin les creences i les pràctiques dels pacients, fomentant la confiança i la participació en l'atenció.

c. Enfortir els suports comunitaris i tradicionals

Moltes persones de diverses cultures que viuen en situació de carrer, com ara migrants i refugiats, poden preferir buscar orientació i suport de gent gran, remeiers tradicionals o líders religiosos en lloc de recórrer als sistemes de salut formals. L'evidència demostra que la col·laboració amb aquests recursos comunitaris pot millorar la participació i l'eficàcia, com s'observa en contextos com ara els temples de sanació indígenes o les pràctiques cerimonials indígenes. Per a les poblacions que s'enfronten a la inestabilitat habitacional i al consum de substàncies, incorporar fonts de suport culturalment familiar pot contribuir a generar confiança, validar les experiències viscudes i complementar les intervencions clíniques.

d. Abordar els límits de la competència cultural

És important reconèixer els límits de la competència cultural. Aquesta no és neutral quant a valors: una pràctica eficaç requereix examinar críticament qüestions de poder, trauma històric i racisme sistèmic que condicionen les experiències individuals. Per a les persones en situació de carrer i consum de substàncies, aquests factors solen intersecar-se, influint en l'accés als serveis, l'exposició a la discriminació i la vulnerabilitat a l'exclusió social. Abordar aquestes dimensions estructurals juntament amb les consideracions culturals garanteix que les intervencions no es limitin a adaptar-se a les diferències superficials, sinó que responguin activament als contextos més amplis que afecten la salut, el benestar i la participació a l'atenció.

No és neutral quant a valors; ha d'incloure anàlisis del poder, el trauma històric i el racisme.

e. Construir aliances culturals

Forjar aliances culturals és una estratègia clau per brindar un suport eficaç a les persones en situació de carrer i consum de substàncies. Això implica compartir el poder amb els membres de la comunitat, dissenyar programes conjuntament amb els qui tenen experiència prèvia, incloent-hi iguals, i garantir que el personal reflecteixi els orígens culturals de les poblacions ateses. La col·laboració entre els serveis de salut mental i consum de substàncies i les comunitats culturals ajuda a crear intervencions que no només siguin apropiades culturalment, sinó també fiables i accessibles, fomentant la participació, la continuïtat de l'atenció i els resultats més efectius.

f. Promoure la interdependència, no la jerarquia

Promoure la interdependència, en lloc de la jerarquia, és essencial en treballar amb persones en situació de carrer i consum de substàncies. L'atenció de salut mental ha d'integrar les xarxes de suport existents, la identitat cultural, les pràctiques espirituals i el coneixement local com a components centrals de la intervenció. Reconèixer i aprofitar aquests recursos no només enforteix la resiliència i les estratègies d'afrontament, sinó que també garanteix que l'atenció es base en les realitats i les fortaleses de les persones i comunitats a què s'atén.

Finalment, el context social més ampli també té un paper important: problemes estructurals com el racisme, el ràpid canvi social, la migració, la globalització i la pèrdua dels sistemes de suport tradicionals poden exacerbar el patiment mental, especialment en poblacions que ja estan exposades a les dificultats de viure en condicions d'habitatge precàries o en situació de carrer. Els acadèmics argumenten que els professionals de la salut mental que treballen en diferents cultures de vegades han d'actuar com a defensors socials, abordant les desigualtats sistèmiques que condicionen el benestar dels pacients.

Consideracions pràctiques per a intervencions culturalment competents

- **Sigueu conscients de la cultura**
 - Reconèixer les variacions en l'expressió de l'angoixa i el seu afrontament.
- **Adaptar la comunicació**
 - Utilitzeu intèrprets.
 - Feu preguntes obertes i culturalment sensibles:
 - Com entén la teva comunitat allò que estàs vivint?
 - “A qui sols recórrer quan estàs estressat?”
 - “Hi ha tradicions o pràctiques que t'ajudin a suportar la situació?”
- **Estar atent als riscos**
 - Malentesos culturals que augmenten l'angoixa.
 - Aïllament de suports culturalment segurs.
 - 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 del llenguatge o les normes.
 - Riscos de forces sistèmiques (desallotjament, intervenció policial, amenaça de detenció).
- **Les bones pràctiques inclouen:**
 - Creant entorns culturalment segurs.
 - Validar les experiències culturals i evitar la moralització.
 - Col·laborar amb comunitats, líders culturals i iguals.
 - Adaptar les estratègies de reducció de danys per alinear-les amb els valors culturals.
 - Recolzant la navegació en sistemes modelats per la desigualtat.
 - Aprenentatge continu, reflexió sobre biaixos i supervisió.



Activitat 3.6 - Taula rodona

Objectius:

Ajudar els participants a comprendre com es creuen els antecedents culturals, les experiències traumàtiques i la reducció de danys, i donar suport a l'aplicació d'estratègies de manera respectuosa i eficaç a través de la reflexió, l'intercanvi d'experiències del món real i la identificació d'enfocaments pràctics per a una atenció sensible i informada culturalment sobre el trauma.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Referències

Referències

Achalu, E. (sf). La hipòtesi de l'automedicació: Una revisió de les dues teories principals i l'evidència de la investigació . Recuperat al juny de 2025, de https://www.academia.edu/5805963/La_hipòtesi_de_la_automedicación_Una_revisión_de_las_dos_teorías_principales_y_la_evidencia_de_la_investigación

AIHW: Institut Australià de Salut i Benestar. (2024). Salut mental i consum de substàncies . <https://www.aihw.gov.au/mental-health/snapshots/enfermedades-mentales-y-uso-de-substancias>

Centres americans d'addicció – Centre de Tractament Greenhouse. (2025). Psicosi induïda per substàncies . <https://greenhousetreatment.com/trastorns-concurrentes/psicosi-induïda-per-fàrmacs/>

Associació Americana de Psiquiatria (2013). Model alternatiu del DSM-5 per als trastorns de la personalitat. *Focus*, 11 (2), 189–203. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.11.2.189>

Amore, K., i Howden-Chapman, PL (2012). Salut mental i persones sense llar [PDF].

Amorim, MJ i Perestrelo Passos, P. (2024). La recuperació com a meta terapèutica a l'esquizofrènia: el deure d'oferir-ne més. *Acta Mèdica Portuguesa*, 37 (9), 673–674. <https://doi.org/10.20344/amp.21804>

APA: Associació Americana de Psiquiatria. (2025). Què són els trastorns de la personalitat? <https://www.psychiatry.org/patients-families/personality-disorders/what-are-personality-disorders>

Barry, R., Anderson, J., Tran, L., Bahji, A., Dimitropoulos, G., Ghosh, SM, Kirkham, J., Messier, G., Patten, SB, Rittenbach, K., Seitz, D. (2024). Prevalença de trastorns de salut mental en persones sense llar: Una revisió sistemàtica i una metaanàlisi. *JAMA Psychiatry* , 81(7), 691-699. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.0426

Błaż-Kapusta, B. (2008). Trastorns d'estrès extrem no especificats (DESNOS): Un estudi de cas. *Arxius de Psiquiatria i Psicoteràpia*, 10 (2), 5–11.

Bowen, JD, i Larson, EB (2012). Deteriorament cognitiu induït per fàrmacs: Definició del problema i cerca de solucions. *Drugs & Aging*, 29 (4), 349-357. <https://doi.org/10.2165/00002512-199303040-00005>

Corregiu, PW, Druss, BG i Perlick, DA (2014). L'impacte de l'estigma de les malalties mentals en la recerca i la participació en l'atenció de salut mental . *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70.

CRPSIR: Programa de Recerca de Cornell sobre Autolesions i Recursos de Recuperació. (2025). Autolesió . <https://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/siinfo-2.pdf>

Denis , C., Boucaud-Maitre , D., Brunelin , J., Jurek , L., Vallet , W. i Demily , C. (2025)

Prevalença del trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat en nens i adolescents sense llar: Revisió sistemàtica i metaanàlisi. *Diàlegs en Neurociència Clínica* , 27, Número 1 , 86-97. <https://doi.org/10.1080/19585969.2025.2486355>

Dhokal, A. i Bobrin, BD (2023). Dèficits cognitius. *A StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559052/>

Ellilä, V., Levola, J., Denissoff, A., Partanen, M. i Niemelä, S. (2023). Experiències psicòtiques i consum concurrent de substàncies en persones que consumeixen noves substàncies psicoactives. Ús i abús de substàncies, 58 (12), 1606–1614. <https://doi.org/10.1080/10826084.2023.2236212>

EUDA: Agència Europea de Medicaments. (2025). Noves substàncies psicoactives: Situació actual a Europa (Informe Europeu sobre Drogues 2025) . https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025/new-psychoactive-substances_ca

Observatori Europeu de les Drogues i les Addiccions (2016). Perspectives sobre les drogues: Comorbiditat del consum de substàncies i els trastorns de salut mental a Europa .

Agència Europea de Medicaments. (2023). Persones sense llar i drogues: Resposta sanitària i social .

FEANTSA. (2023a). La manca d'habitatge és un problema de salut: un enfocament europeu veritablement integral de la salut mental ha de considerar les necessitats i l'accés de les persones en situació de carrer .

FEANTSA. (2023b). Revista Sense Llar a Europa: Més enllà del refugi: la doble crisi europea de sensellarisme i salut mental .

FEANTSA, & Fondation Abbé Pierre. (2023). Vuitè panorama de l'exclusió residencial a Europa .

Fernando, S. (2017). Racisme institucional en psiquiatria i psicologia clínica . Palgrave Macmillan.

Gallagher, Aodhan (2023) La manca d'habitatge en persones autistes i amb TDAH: una revisió sistemàtica de les taxes de prevalença i els factors de risc, i una exploració qualitativa de les experiències individuals. Tesi de D Clin Psy.

Gerra, G. (2025). Noves substàncies psicoactives i estimulants . Oficina de les Nacions Unides contra la Droga i el Delicte. https://www.unodc.org/documents/hlr//follow-up-process/2019-thematic-discussions/16-October/thematic-debate/NPS_Stimulants2_Gerra_2019_.pdf

Gontijo, LA, da Silva, B., Dutra, I., Quites, H., Llança, F. i Viegas, S. (2025). Estratègies d'autocura i reducció de danys per a persones en situació de carrer: experiències en atenció primària de salut. Millenium - Revista d'Educació, Tecnologies i Salut, 2 (28), e42061.

Gopalkrishnan, N. (2018). Diversitat cultural i salut mental: Consideracions per a polítiques i pràctiques. Fronteres en Salut Pública, 6 , 179. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00179>

Greig, A.; Tolin, D.; Tsai, J. (2020) Prevalença del comportament d'acumulació entre persones que vivien abans en situació de carrer i que viuen en habitatges amb suport. The Journal of Nervous and Mental Disease, 208(10), 822-827. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001205

Groundswell i Fundació del Servei Nacional de Salut (NHS) del Sud de Londres i Maudsley. (2024). Kit d'eines per comprendre l'acaparament . Groundswell [<https://groundswell.org.uk/wpdm-package/understanding-hoarding-toolkit/>]

Junta de Recerca en Salut (2022). Nota de premsa: Un nou informe de la Junta de Recerca en Salut (HRB) examina el consum de substàncies entre els joves . <https://www.hrb.ie/press-releases/un-nou-informe-de-hrb-examina-el-ús-de-substàncies-entre-los-jovenes/>

Hechanova, R. i Waelde, L. (2017). La influència de la cultura en la salut mental i les intervencions de suport psicosocial en situacions de desastre al Sud-est Asiàtic. Salut Mental, Religió i Cultura, 20 , 31–44. <https://doi.org/10.1080/13674676.2017.1322048>

Herring, C. (2019). Invisible no more: Police violence contra Black women and women of color (Ja no són invisibles: Violència policial contra dones negres i dones de color). Beacon Press. (Nota: Aquest llibre inclou seccions sobre violència estructural i consum de substàncies en comunitats marginades; podeu citar els capítols pertinents).

Hopper, EK, Bassuk, EL i Olivet, J. (2010). Refugi davant de la tempesta: Atenció adaptada al trauma en entorns de serveis per a persones sense llar. *The Open Health Services and Policy Journal*, 3 , 80–100. <https://doi.org/10.2174/1874924001003010080>

Hwang, SW i Burns, T. (2014). Intervencions sanitàries per a persones sense llar. *The Lancet*, 384 , 1541–1547.

Inchausti, L., Gorstiza, I., Torres, M. i Oraa, R. (2022). Estabilitat diagnòstica a la psicosi induïda per substàncies. *Revista de Psiquiatria i Salut Mental*, 15 (4), 272–280. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2019.10.006>

Jayatunge, RM (2013). Persones sense llar i salut mental: Factors psicosocials relacionats amb la manca d'habitatge a Canadà . Centre per a Persones sense Llar.

Khantzian, EX (1985). La hipòtesi de l'automedicació en els trastorns addictius: Enfocament a la dependència de l'heroïna i la cocaïna. *The American Journal of Psychiatry*, 142 (11), 1259–1264. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.11.1259>

Khantzian, EX (1997). La hipòtesi de l'automedicació als trastorns per consum de substàncies: Una reconsideració i aplicacions recents. *Harvard Review of Psychiatry*, 4 (5), 231-244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>

Kirmayer, LJ (2007). Psicoteràpia i el concepte cultural de la persona. *Psiquiatria Transcultural*, 44 (2), 232-257.

Lachaud, J., Mejia-Llanxers, C., Durbin, A., Nisenbaum, R., Wang, R., O'Camp, P., Stergiopoulos, V. i Hwang, S. (2021). L'efecte d'una intervenció d'habitatge Primer en la utilització d'atenció mèdica aguda entre adults sense llar amb malalties mentals: Resultats a llarg termini de l'assaig pragmàtic aleatoritzat At Home/Chez-Soi. *Periòdic of Urban Health*, 98 , 9953. <https://doi.org/10.1007/s11524-021-00550-1>

Landau, D., Iervolino, AC, Pertusa, A., Sant, S., Singh, S., Mataix-Cols, D. (2011). Esdeveniments estressants de la vida i privacions materials en el trastorn d'acaparament. *Revista de trastorns d'ansietat* , 25, 2 , 192-202 . <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.09.002>

Larsen, S. (2025). Trastorn d'estrès posttraumàtic complex: història i definicions . Centre Nacional per al Trastorn d'Estrès Posttraumàtic (TEPT). https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/complex_ptsd.asp

Nilsson, SF, Laursen, TM, Erlangsen, A., Hawton, K., Nordentoft, M., Fazel, S. (2024). Persones sense llar, trastorns psiquiàtrics i riscos de suïcidi i autolesió: un estudi de cohort poblacional. *Lancet Public Health* , 10, e559-67.

NIMH: Institut Nacional de Salut Mental. (2008). Un estudi pilot avaluarà un tractament nou per reduir l'autolesió en el trastorn límit de la personalitat. <https://www.nimh.nih.gov/news/science-updates/2008/un-estudio-piloto-probará-un-nou-tratamiento-para-reducir-el-daño-autoinfligido-en-el-trastorno-fronterer-de-personalitat>

NIMH: Institut Nacional de Salut Mental. (2022a). Trastorn límit de la personalitat (Publicació del NIH núm. 22-MH-4928). Departament de Salut i Serveis Humans dels EUA, Instituts Nacionals de Salut.

NIMH: Institut Nacional de Salut Mental. (2022b). Trastorn d'ansietat generalitzada: Quan la preocupació es descontrola (Publicació del NIH núm. 22-MH-8090). Departament de Salut i Serveis Humans dels EUA, Instituts Nacionals de Salut.

NIMH: Institut Nacional de Salut Mental. (2023). Entenent la psicosi (Publicació del NIH núm. 23-MH-8110). Departament de Salut i Serveis Humans dels EUA, Instituts Nacionals de Salut.

NIMH: Institut Nacional de Salut Mental. (2024a). Trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat: El que heu de saber (Publicació del NIH núm. 24-MH-8300). Departament de Salut i Serveis Humans dels EUA, Instituts Nacionals de Salut.

NIMH: Institut Nacional de Salut Mental. (2024b). TDAH en adults: 4 aspectes importants (Publicació núm. 24-MH-3573). Departament de Salut i Serveis Humans dels EUA, Instituts Nacionals de Salut.

NIMH: Institut Nacional de Salut Mental. (2024c). Full informatiu sobre la depressió (Publicació del NIH núm. 24-MH-8079). Departament de Salut i Serveis Humans dels EUA, Instituts Nacionals de Salut.

NIMH: Institut Nacional de Salut Mental. (2024d). Esquizofrènia (Publicació del NIH n.º 24-MH-8082). Departament de Salut i Serveis Humans dels EUA, Instituts Nacionals de Salut.

NPISA. (2021). Diagnòstic de salut: Persones en situació de sem abric . NPISA.

OPP: Ordem dos Psicòlegs Portuguesos. (2016). (Problemes de) salut psicològica – Um guia per a us media . Ordem dos Psicòlegs Portuguesos.

OPP: Ordem dos Psicòlegs Portuguesos. (2021). Anem falar de depressió . https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_vamosfalardedepressao_documento.pdf

OPP: Ordem dos Psicòlegs Portuguesos. (2025a). Ansietat . <https://eusinto.me/problemas-de-saude-psicologica/ansiedade/>

OPP: Ordem dos Psicòlegs Portuguesos. (2025b). Depressió . <https://escolasaudavelmente.pt/alunos/adolescentes/problemas-e-emocoes/depressao>

OPP: Ordem dos Psicòlegs Portuguesos. (2025c). Perguntes i respostes sobre reactivació psicossocial en salut mental . https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_pr_reabilitacaopsicossocial.pdf

OPP: Ordem dos Psicòlegs Portuguesos. (2025d). Automutilação . <https://escolasaudavelmente.pt/professors/problemas-de-saude-psicologica/automutilacao>

OPP: Ordem dos Psicòlegs Portuguesos. (2025e). Dèfex d'atención i hiperactividade . <https://escolasaudavelmente.pt/pais/problemas-de-saude-psicologica/defice-de-atencao-e-hiperactividade>

OPP: Ordem dos Psicòlegs Portuguesos. (2025 i següents). Hiperactivitat . <https://eusinto.me/hiperactividade/>

OPP: Ordem dos Psicòlegs Portuguesos. (2025 grams). Perturbação estat-limit dóna personalidade . <https://eusinto.me/perturbacao-estado-limite-da-personalidade/>

OPP: Ordem dos Psicòlegs Portuguesos. (2025h). Suïcidi . <https://escolasaudavelmente.pt/alunos/adolescentes/problemas-e-emocoes/suicidio>

OPP: Ordem dos Psicòlegs Portuguesos. (2025i). Suïcidi . <https://eusinto.me/problemas-de-saude-psicologica/suicidio/>

Options Bytown. (2024). Sensellarisme, acaparament i intervencions efectives . Centre per a l'addicció i la salut mental. <https://kmb.camh.ca/uploads/7b794f5d-f93c-4a2d-9c53-cfaf2865818f.pdf>

Padgett, DK (2020). Sense llar, inestabilitat habitacional i salut mental: Establint connexions. BJPsych Bulletin . Cambridge University Press. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7525583/>

Padgett, DK, Henwood, BF i Tsemberis, S. (2016). *Habitatge Primer: Acabar amb la manca d'habitatge, transformar sistemes i canviar vides*. Oxford University Press.

Reimers, A., Odin, P. i Ljung, H. (2025). Deteriorament cognitiu induït per fàrmacs. *Drug Safety*, 48 , 339–361: <https://doi.org/10.1007/s40264-024-01506-5>

Rodríguez, CE, Herman, D., Alcon, J., Chen, S., Tannen, A., Essock, S., Simpson, HB (2012). Prevalença del trastorn d'acumulació en persones amb potencial risc de desallotjament a la ciutat de Nova York: Un estudi pilot. *J Nerv Ment Dis.*, 200(1): <https://doi:10.1097/NMD.0b013e31823f678b>

SAMHSA: Administració de serveis d'abús de substàncies i salut mental. (2014). TIP 57: Protocol per a la millora del tractament: Atenció adaptada al trauma en serveis de salut conductual .

SAMHSA: Administració de serveis d'abús de substàncies i salut mental. (2019). Primer episodi de psicosi i trastorns coexistents per consum de substàncies: Guia de recursos basada en l'evidència (Publicació núm. PEP19-PL-Guide-3).

SAMHSA: Administració de serveis d'abús de substàncies i salut mental. (2020). CONSELL 42: Tractament del trastorn per consum de substàncies per a persones amb trastorns concurrents .

SHIP: Serveis i Habitatge a la Província. (2024). Trastorn d'acumulació: Panorama general . Centre per a l'addicció i la salut mental. <https://kmb.camh.ca/uploads/7b794f5d-f93c-4a2d-9c53-cfaf2865818f.pdf>

Snowden, LR i Yamada, A.-M. (2005). Diferències culturals en l'accés a l'atenció mèdica . *Revista Anual de Psicologia Clínica*, 1, 143–166.

Spitzer, C., Vogel, M., Barnow, S., Freyberger, HJ i Grabe, HJ (2007) Psicopatologia i alexitímia en malalties mentals greus: l'impacte del trauma i els símptomes d'estrès posttraumàtic. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 257, 191–196. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0669-z>

Stanley, JL, Mogford, DV i Lawrence, RJ (2016). Consum de noves substàncies psicoactives en pacients hospitalitzats en unitats psiquiàtriques generals per a adults. *BMJ Open*, 6 , e009430. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009430>

Stephen Gaetz i Erin Dej. (2017). *Una nova adreça: Un marc per a la prevenció de la manca d'habitatge*. Toronto: Observatori Canadenc sobre la manca d'habitatge.

Summerfield, D. (2012). Epíleg: contra la «salut mental global». *Psiquiatria Transcultural*, 49 (3-4), 519–530. <https://doi.org/10.1177/1363461512454701>

Taflaj, B., La Maida, N., Tittarelli, R., Di Trana, A. i D'Acquarica, I. (2024). Toxicitat de noves substàncies psicoactives: Una revisió sistemàtica dels efectes psiquiàtrics aguts i crònics. *Revista Internacional de Ciències Moleculars*, 25 (17), 1–20. <https://doi.org/10.3390/ijms25179484>

Tolin, D., Meunier, S., Frost, R. i Steketee, G. (2010). Evolució de l'acaparament compulsiu i la relació amb els esdeveniments vitals. *Depressió i ansietat* . <https://doi.org/10.1002/da.20684>

Tompkins, MA (2014). Conferència magistral: Com involucrar les persones que acumulen - Comportament d'acumulació i trastorn d'acumulació . *Habitatge de Massachusetts*. https://www.masshousing.com/-/media/Files/Housing-Stability/Hoarding/2014-Conference/Tompkins_Keynote_Engaging-People-Who-Hoard.pdf

Tompkins, MA (2015). Guia clínica per a l'acumulació severa: Un enfocament de reducció de danys . Springer.

Tsai, J. i Rosenheck, RA (2015). Factors de risc d indigència entre veterans nord-americans. *Epidemiologic Reviews*, 37 (1), 177–195. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxu013>

Van der Kolk, BA (2005). Trastorn traumàtic del desenvolupament: Cap a un diagnòstic racional per a nens amb antecedents traumàtics complexos. *Anals Psiquiàtrics*, 35 (5), 401–408. [https://haruv.org.il/wp-content/uploads/2019/10/Trastorn per trauma del desenvolupament de van der Kolk \(2005\).pdf](https://haruv.org.il/wp-content/uploads/2019/10/Trastorn%20per%20trauma%20del%20desenvolupament%20de%20van%20der%20Kolk%20(2005).pdf)

Wenzel, SL, Leake, B. i Gelberg, L. (2020). Accés i utilització de l'atenció mèdica entre adults sense llar: Implicacions per a les estratègies d'intervenció. *Medical Care*, 58 (5), 467–474. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001311>

Organització Mundial de la Salut. (2021). Orientació sobre serveis comunitaris de salut mental: promoció d'enfocaments centrats en la persona i basats en els drets . <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

Organització Mundial de la Salut. (2022). Salut mental (Full informatiu). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salud-mental-fortalecemos-nuestra-respuesta>

Organització Mundial de la Salut. (2023). Trastorn depressiu (depressió) (Full informatiu). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organització Mundial de la Salut. (2024). Determinants de la salut .

Organització Mundial de la Salut. (2025). Full informatiu sobre el suïcidi .
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

El Projecte Home4Health

Mòdul 4

Consum de substàncies psicoactives

Mòdul 4 | Consum de substàncies psicoactives

Descripció general del mòdul (6 h)

Unitat 1 - Substàncies psicoactives	231
Secció 1 - Introducció al curs i participants	232
Secció 2 - Substàncies psicoactives	232
<hr/>	
Unitat 2 - Estratègies de reducció de danys per al consum de substàncies psicoactives	243
Secció 1 - Tipus de vies d'administració de substàncies psicoactives	244
Secció 2 - Més estratègies de reducció de danys	253
Secció 3 - Perspectiva del treball entre iguals	261
<hr/>	
Unitat 3 - Estratègies de reducció de danys adreçades a persones sense llar	264
Secció 1 - Introducció a les situacions de persones sense llar	265
Secció 2 - Reducció de danys en casos de manca d'habitatge	266
<hr/>	
References	282

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 i el trauma en el consum de substàncies.
- Explicar l'ús funcional de substàncies en diferents contextos per informar intervencions de suport.

b) Competències abordades

Competència cultural: comprendre el context legal i sociocultural que configura el consum de substàncies a diferents països i cultures.

Habilitats analítiques: Analitzar patrons de consum de substàncies i reconèixer-ne el paper en la vida d'una persona, considerant-ne la història i les 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 troballes i coneixements sobre el consum de substàncies entre persones sense llar a diversos públics.

c) Metodologia

- Conferències i presentacions
- Discussions grupals
- Estudis de casos i escenaris del món real.
- Activitats interactives
- Recursos multimèdia (vídeos documentals, etc.)

d) Materials

Llibres de text, informes i articles; Informació estadística; Materials de estudi de casos; Recursos multimèdia; Diapositives de presentacions; Paper i bolígrafs

e) Infraestructura

Una aula adequada, equipada amb un projector, una pissarra i una disposició de seients propícia pel treball en grup i els debats.

Unitat 1 | Substàncies psicoactives

Secció 1 | Introducció al curs i participants

Secció 2 | Substàncies psicoactives

Unitat 1 | Substàncies psicoactives

Secció 1 | Introducció al curs i participants



Activitat 4.1 Trencagels "Fulls informatius: Veritables o falses?"

Objectius:

Ajudar les persones participants a reflexionar sobre els efectes de les substàncies psicoactives legals i il·legals, qüestionar conceptes erronis comuns i fomentar el raonament col·laboratiu. En participar en un exercici interactiu de veritable/fals, les persones activen els coneixements previs i senten les bases per a una discussió més profunda.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Secció 2 | Substàncies psicoactives

Definició de substàncies psicoactives i interacció neurobiològica

Una substància psicoactiva és qualsevol compost químic que, en introduir-se a l'organisme, altera la funció cerebral i produeix canvis en la percepció, l'estat d'ànim, la consciència, la cognició o el comportament. Aquesta definició es basa en un marc neurobiològic, que constitueix el paradigma dominant a la majoria dels sistemes europeus de polítiques sanitàries i de drogues. Posa èmfasi en la interacció de les substàncies amb el sistema nerviós central (SNC), en particular en la modulació de neurotransmissors com la dopamina, la serotonina, el GABA, el glutamat i la noradrenalina.

Aquests efectes neuroquímics poden provocar conseqüències a curt termini (p. ex., eufòria, estat d'alerta, sedació, al·lucinacions), així com a llarg termini, com ara tolerància, dependència i neuroadaptació. Aquesta perspectiva ha modelat gran part de la literatura científica i la pràctica clínica al voltant del consum de substàncies.

Tot i això, és important reconèixer que aquest enfocament biomèdic és només un dels molts marcs possibles per comprendre el consum de substàncies psicoactives. Altres tradicions, especialment els enfocaments indígenes, comunitaris i antropològics, ofereixen perspectives igualment vàlides que prioritzen el significat, el ritual, l'espiritualitat i el context social per sobre dels mecanismes biològics aïllats.

Com va afirmar Norman Zinberg (1984), "l'efecte d'una droga mai no és el mateix dues vegades, perquè sempre depèn de qui la consumeix, en quines circumstàncies i amb quines expectatives". Això significa que una mateixa substància pot produir efectes molt diferents depenent de factors individuals (com l'estat mental, la condició física, les fluctuacions hormonals, la fase del cicle menstrual, la son, la nutrició), factors socials (grup d'iguals, entorn, estigma) i el significat que la substància té per al/la consumidor/a.

A més, els marcs socials i legals també influeixen en el consum de substàncies. Com explica Antonio Escohotado (2004), «el que anomenem droga no és només una molècula amb efectes, sinó un producte cultural modelat per la por, el desig i el poder». Les substàncies solen classificar-se per la seva acció neurobiològica (p. ex., depressors, estimulants, al·lucinògens), però també pel seu estatus legal, que varia considerablement segons els països i els períodes històrics.

Moltes de les substàncies actualment prohibides o criminalitzades per les convencions internacionals de control de drogues tenen una llarga història d'ús ritual, medicinal o espiritual a les cultures indígenes i ancestrals. Per exemple, l'ayahuasca a l'Amazònia, el peiot entre els pobles indígenes americans, el full de coca als Andes o els fongs psilocibis a les tradicions mesoamericanes. Les polítiques prohibicionistes globals sovint han eradicat o perseguit aquestes pràctiques, imposant un model biomèdic i punitiu que ignora les epistemologies no occidentals.

En un món globalitzat, marcat per alts nivells de mobilitat i migració, és particularment important comprendre que els significats, usos i riscos o beneficis percebuts de les substàncies psicoactives varien significativament entre cultures. El que es considera terapèutic, espiritual o acceptable en una comunitat pot ser vist com a patològic o desviat en una altra. Una perspectiva transcultural ens recorda que les nostres categories i marcs no són neutrals ni universals (Kirmayer, 2006), i que un suport eficaç requereix humilitat cultural i comprensió del context.

També cal destacar que la classificació internacional de substàncies no sempre s'ha basat en evidència científica o de salut pública. En virtut de les convencions internacionals, la classificació de substàncies sovint ha reflectit interessos polítics, colonials i comercials, en lloc d'avaluacions objectives dels danys (UNODC, 2017; Nutt et al., 2010). Per exemple, l'alcohol i el tabac, tot i causar danys considerables, segueixen sent legals a la majoria dels països, mentre que altres substàncies amb menys dany personal i social segueixen estrictament prohibides.

A més, és fonamental reconèixer que el consum de substàncies no es vincula exclusivament amb dany, patologia o patiment. Per a moltes persones, aquest consum també es relaciona amb el plaer, la curiositat, la connexió, l'autoexploració, la creativitat o fins i tot la cura (Duff, 2008; Moore, 2008; Pienaar i Dilkes-Frayne, 2017). Ja sigui en contextos celebratoris, rituals, terapèutics, sexuals o quotidians, la cerca d'estats alterats és una experiència profundament humana. Un enfocament unilateral als riscos pot enfosquir les raons per les quals les persones consumeixen substàncies en primer lloc i obstaculitzar la nostra capacitat per abordar-les amb empatia i eficàcia.

Finalment, al llarg d'aquest mòdul no farem servir el terme "droga", degut a l'alt grau d'estigma, judici moral i generalització que comporta. El terme se sol fer servir indiscriminadament per agrupar substàncies, usos i contextos molt diferents, des de la injecció d'heroïna fins al te de cànnabis o els antidepressius, reforçant així estereotips negatius i recolzant polítiques punitives (Friedman et al., 2007; Keane, 2002). Com assenyalen diverses publicacions, el llenguatge exerceix un paper crucial en la configuració de les actituds públiques i les respostes institucionals al consum de substàncies. Escollir termes precisos, respectuosos i contextualitzats és una decisió ètica i política (Room, 2005).

Per tant, comprendre les substàncies psicoactives requereix no sols una perspectiva biològica, sinó també una perspectiva històrica, cultural i política.

Categorització de substàncies psicoactives

El control internacional de les substàncies psicoactives es basa en un sistema de tractats multilaterals desenvolupats al llarg del segle XX, principalment en resposta a preocupacions de salut pública, addicció i regulació del comerç internacional. Tot i això, aquestes convencions també s'han vist profundament influenciades per agendes colonials, racials i geopolítiques, que determinen quines substàncies es consideren perilloses i a quines poblacions es dirigeixen (Bewley-Taylor, 2001; Mills, 2003). Dos tractats principals de les Nacions Unides estructuraren el sistema de classificació actual:

1. La Convenció Única de 1961 sobre Estupefaents

Aquest tractat va consolidar i reemplaçar els tractats anteriors de fiscalització de drogues. Se centra principalment en substàncies d'origen vegetal com l'opi, la fulla de coca i el cànnabis. El tractat buscava eliminar l'ús no mèdic, tot preservant alhora l'accés mèdic i científic (Nacions Unides, 1961). Va crear quatre Llistes, sent les Llistes I i IV les més restrictives:

Cronograma	Descripció	Exemples
Annex I	Alt potencial d'abús, valor terapèutic limitat	Cannabis, resina de cànnabis, cocaïna, morfina, opi
Annex II	Substàncies amb un ús similar al de la Llista I però amb un control lleugerament menys estricte	Codeïna, etilmorfina
Annex III	Preparacions amb menor risc per dilució o combinació	Certs medicaments a base de codeïna
Annex IV	Substàncies que ja són a la Llista I però que es consideren especialment perilloses (les més restringides)	Heroïna, anteriorment cànnabis i resina de cànnabis (fins al 2020)

Quadre 1: Llistats de la Convenció Única de 1961

El desembre de 2020, la Comissió d'Estupefaents de l'ONU va votar a favor d'eliminar el cànnabis i la resina de la Llista IV, reconeixent-ne el potencial medicinal. No obstant això, roman a la Llista I (UNODC, 2020).

2. El Conveni sobre Substàncies Sicotròpiques de 1971

Aquest tractat es va introduir per regular el creixent consum de substàncies psicoactives sintètiques, com les amfetamines, el LSD, les benzodiazepines i altres drogues no contemplades a la Convenció de 1961. El seu objectiu era garantir el control i, alhora, permetre la investigació mèdica i científica (Nacions Unides, 1971). Va establir quatre llistes basades en el potencial d'abús i el valor terapèutic de la substància:

Cronograma	Descripció	Exemples
Annex I	Alt potencial d'abús, sense ús mèdic reconegut.	LSD, MDMA, mescalina, psilocibina

Annex II	Alt potencial d'abús, algun ús mèdic.	Anfetamina, metamfetamina, metilfenidat, PCP
Annex III	Potencial d'abús moderat, ús mèdic acceptat.	Buprenorfina, catina, pentobarbital
Annex IV	Baix potencial d'abús, àmpliament utilitzat amb finalitats mèdiques.	Diazepam, alprazolam, clonazepam, zolpidem

Quadre 2: Llistes del Conveni sobre Substàncies Sicotròpiques de 1971

Vídeo per a més informació: [Què és la guerra contra les drogues? Amb Jay-Z i Molly Crabapple](#)

Interpretacions nacionals i diversitat jurídica

Si bé aquests programes internacionals serveixen com a orientació, la seva aplicació no és uniforme a tots els països. Cada nació implementa les convencions mitjançant lleis nacionals, considerant consideracions culturals, jurídiques i polítiques (Room et al., 2010).

Per exemple, a Espanya, el cànnabis recreatiu està despenalitzat per a ús personal en espais privats, encara que segueix sent il·legal cultivar-lo, vendre'l o consumir-lo en públic. Una zona grisa legal ha propiciat la proliferació de clubs socials de cànnabis, que operen sota models associatius i sense ànim de lucre, encara que el seu estatus continua sent ambigu i subjecte a la interpretació judicial (González-Rábago et al., 2020). Actualment s'està desenvolupant un marc regulador per al cànnabis medicinal, seguint les recomanacions emeses pel Congrés espanyol el 2022.

La regulació del cànnabis als Països Baixos es caracteritza per una política de tolerància única, comunament coneguda com a "gedoogbeleid". Si bé la producció i la venda de cànnabis són tècnicament il·legals, el govern permet la venda de petites quantitats (fins a 5 grams) a coffee shops autoritzats sota estrictes condicions. Aquests establiments han d'evitar causar disturbis públics, no vendre menors i tenen prohibit anunciar drogues. Tot i aquesta tolerància, el cultiu i el subministrament a l'engròs als coffee shops segueixen sent il·legals, cosa que genera el que es coneix com el "problema de la porta del darrere". Aquesta inconsistència legal ha generat debats sobre la legalització i regulació totals. Per abordar aquests problemes, s'han implementat recentment programes pilot per explorar el cultiu legal de cànnabis, amb l'objectiu de garantir la qualitat del producte i reduir-ne la participació delictiva (Govern dels Països Baixos, 2024). 2).

A Portugal, l'adquisició i possessió de cànnabis per a consum personal es va despenalitzar el 2021 (amb l'aprovació de la Llei núm. 30/2020), igual que va passar amb la resta de les substàncies psicoactives il·lícites. Per tant, avui dia, els qui adquireixen i tenen cànnabis fins a la quantitat mitjana per a consum personal de 10 dies ja no incorren en un delictes, per la qual cosa ja no hi ha sancions penals, amb la possibilitat d'aplicar sancions administratives o civils (multa) o ser derivats a programes de dissuasió. Si algú posseeix una quantitat superior a aquesta quantitat de substància, es pot considerar tràfic de drogues (que segueix sent un delictes), o si es verifica que, tot i així, és per a consum personal, pot ser derivat a una comissió de dissuasió sobre conductes addictives i dependències. Des del 2019, el consum de cànnabis amb finalitats mèdiques està permès (només amb recepta mèdica), amb l'aprovació de la Llei núm. 33/2018 i la seva posterior regulació el 2019 (DL núm. 8/2019). El seu cultiu i la producció també estan regulats. No obstant això, hi ha moltes botigues de CBD que comercialitzen productes de CBD, ja que el CBD es considera un compost no psicoactiu present al cànnabis.

A Irlanda, la legislació sobre drogues es regeix per (1) la Llei d'Abús de Drogues de 1977, que regula el control, la possessió i la distribució de substàncies controlades, i (2) la Llei de Justícia Penal (Substàncies Psicoactives) de 2010. Segons la Llei d'Abús de Drogues, canna un delictes. A partir del 2020, la possessió de cànnabis pot ser tractada sota el Pla d'Advertiment per a Adults. Això permet que la possessió de cànnabis o resina de cànnabis es tracti amb una simple advertència sota el Pla d'advertència per a adults, en lloc d'un delictes.

És important assenyalar que la possessió de drogues controlades sense recepta mèdica continua sent un delictes; les persones poden enfrontar càrrecs més severes si se'ls troba en possessió d'una quantitat de drogues considerada per a la venda o el subministrament, independentment de si s'ha produït una venda o no. Actualment, el problema del consum indegut de drogues a Irlanda s'aborda mitjançant una estratègia coordinada i integrada, ben desenvolupada, 2017-2025: Reduir el mal, donar suport a la recuperació. És una resposta nacional, centrada en la salut, el consum de drogues i alcohol a Irlanda, desenvolupada després d'un ampli i obert procés de consulta pública a tot el país.

El 2019, Irlanda també va introduir una legislació que va conduir a l'establiment del programa d'accés al cànnabis medicinal, amb una durada de prova de cinc anys. Aquest programa va permetre als metges receptar tractaments amb cànnabis per a certes afeccions mèdiques. Això segueix normes estrictes per a la prescripció segura de productes a base de cànnabis a pacients elegibles. El 2023, es van permetre altres productes a base de cànnabis per a ús mèdic en virtut del Reglament sobre l'Ús Indegut de Drogues (Prescripció i Control del Subministrament de Cannabis per a Ús Mèdic) (Esmena) (Núm. 2) de 2023.

Classificació per mecanisme d'acció neurobiològic

Categoria	Exemples	Efectes principals
Depressors (depressors del SNC)	Alcohol, benzodiazepines, opioides	Sedació, relaxació muscular, alleugeriment del dolor, reducció de l'ansietat, deteriorament cognitiu.
Estimulants	Cocaïna, amfetamines, nicotina, cafeïna.	Major estat d'alerta, eufòria, energia, reducció de la gana.
Al·lucinògens (psicodèlics clàssics)	LSD, psilocibina, mescalina	Percepció alterada, al·lucinacions, sinestèsia, canvis emocionals.
Dissociatius	Ketamina, PCP	Despreniment de si mateix i de l'entorn, analgèsia, desrealització.
cannabinoides	THC (del cànnabis)	Eufòria, alteració de la percepció del temps, relaxació, ansietat (en alguns usuaris)
Empatògens / Entactògens	MDMA (èxtasi)	Obertura emocional, més empatia, sociabilitat, millora sensorial.

Taula 3: Classificació neurobiològica de les substàncies psicoactives

Un altre sistema àmpliament utilitzat per categoritzar les substàncies psicoactives se centra en els seus **efectes sobre el sistema nerviós central (SNC) i els sistemes de neurotransmissors que modulen**. Aquesta classificació és comuna en contextos clínics i educatius i ajuda a comprendre els riscos farmacològics, les interaccions i les experiències subjectives. És important destacar que les substàncies psicoactives no sempre produeixen els mateixos efectes en totes les persones ni en tots els contextos. Si bé categoritzar-les en depressors, estimulants, al·lucinògens, etc., és útil amb fins pedagògics, aquestes classificacions poden resultar reductives si no s'examinen críticament. Moltes substàncies produeixen una gamma d'efectes que poden variar segons la dosi, la fisiologia individual i el context social o emocional.

Per exemple, l'alcohol es classifica farmacològicament com a depressor del sistema nerviós central. Tot i això, en dosis baixes i en entorns estimulants (p. ex., festes), sol produir desinhibició, loquacitat i una sensació temporal d'eufòria, que pot imitar els efectes d'un estimulants. 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 reversions o amplificacions dels seus efectes dependents de la dosi.

A més, en l'addicció a múltiples drogues (policonsum), les substàncies poden emascarar, potenciar o interactuar de manera impredecible entre si. Una persona que combina un estimulants (p. ex., cocaïna) amb un depressor (p. ex., alcohol) pot sentir-se "equilibrada", però l'estrès fisiològic al cos és significatiu i pot ser perillós (p. ex., formació de cocaetilè al fetge). Aquestes interaccions qüestionen la idea de categories fixes i estables i ressalten la necessitat d'un coneixement matísat en la reducció de danys.

Finalment, l'efecte de qualsevol substància psicoactiva és coproduït per múltiples factors, entre els quals:

- 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, context i entorn" (Zinberg, 1984), que continua sent un marc fonamental per comprendre les experiències psicoactives. En aquest sentit, és important destacar que l'objectiu d'aquesta formació no és només presentar les característiques de les substàncies psicoactives en si, sinó també explorar la relació que les persones hi estableixen, cosa que emmarca tant la rellevància com la intenció d'aquesta tasca professional i educativa.

Noves Substàncies Psicoactives (NSP)

Una categoria a part i en constant evolució inclou les conegudes com a Noves Substàncies Psicoactives (NSP). Es tracta de substàncies sintètiques o semisintètiques que no figuren a les Convencions de les Nacions Unides de 1961 o 1971, però que poden suposar riscos per a la salut pública i que solen comercialitzar-se com a «drogues legals», «substàncies químiques de recerca» o «drogues de disseny».

Segons l'Oficina de les Nacions Unides contra la Droga i el Delicte (UNODC): "una nova substància psicoactiva és qualsevol substància en forma pura o en preparació que no estigui inclosa a la Convenció Única de 1961 sobre Estupefaents ni al Conveni sobre Substàncies Sicotròpiques de 1971, però que pugui suposar una amenaça per a la salut". (UNODC, 2013)

L'Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies (OEDT) defineix les NSP de manera similar a la Decisió 2005/387/JAI del Consell: "nova substància psicoactiva' significa un nou estupefaent o una nova droga psicotròpica en forma pura o en una preparació [...] que no ha estat catalogada a la 1961 i que pot suposar una amenaça per a la salut pública comparable a les substàncies incloses a les Llistes I, II o IV".

L'OEDT i l'ONUDD identifiquen sis famílies principals de substàncies emergents (OEDT, 2011; 2013): fenetilamines, triptamines, piperazines, catinones sintètiques, cannabinoides sintètics i altres substàncies (p. ex., benzodiazepines de disseny, nous opio. Aquestes substàncies presenten una àmplia varietat defectes i perfils de risc. La proliferació ràpida i la manca d'estudis a llarg termini les converteixen en un desafiament clau per a la reducció de danys i la formulació de polítiques.

Les NSP representen un desafiament creixent als Països Baixos a causa del seu ràpid desenvolupament i ambigüitat legal. Aquestes substàncies estan dissenyades per imitar els efectes de drogues tradicionals com el MDMA o el cànnabis, però sovint són prou diferents químicament per evitar la seva classificació immediata sota les lleis de drogues vigents. Com a resultat, es poden vendre legalment fins que es prohibeixin específicament. El govern neerlandès ha adoptat un enfocament reactiu, afegint les NSP nocives a la Llei de l'Opi quan s'identifiquen i s'avaluen. (La Llei de l'Opi és la llei nacional neerlandesa sobre drogues que regula la possessió, producció i comerç de substàncies controlades).

No obstant això, aquest procés sol endarrerir-se pel que fa a l'aparició de noves substàncies al mercat, cosa que genera preocupació en matèria de salut i seguretat pública. Per millorar el control, els Països Baixos estan considerant un enfocament de prohibició general i col·laboren estretament amb el Sistema d'Alerta Primerenca de la UE per monitoritzar les tendències emergents de NSP (Trimbos Institute, 2023).

Entenent l'ús a través de la funció: Quan les substàncies ajuden a sobreviure

Per comprendre plenament el consum de substàncies psicoactives, especialment des d'una perspectiva de reducció de danys i assistència social, és essencial anar més enllà de preguntar "Què s'està consumint?" o "A quina categoria pertany?" i començar a preguntar "Quina funció compleix aquesta substància a la vida d'aquesta persona?".

Com ja va establir Zinberg (1984) en el model de droga, context i entorn, els efectes de les substàncies no es poden separar de l'estat intern de la persona ni de l'entorn circumdant. Tanmateix, més enllà de comprendre'n els efectes, és igualment important analitzar per què algú consumeix una substància determinada, en un moment donat i amb quin propòsit. El consum de substàncies poques vegades és arbitrari; sovint respon a necessitats insatisfetes, fallades sistèmiques o la recerca de regulació corporal o emocional (Duff, 2014).

En el cas de les persones en situació de carrer o d'exclusió social, les substàncies psicoactives solen complir funcions pragmàtiques, afectives o de supervivència. Com ho demostren les investigacions en múltiples contextos (Fountain i Howes, 2002; Pauly, 2011), les substàncies s'utilitzen per a:

- Mantenir-se despert i alerta en entorns insegurs,
- Quedar-se adormit en dures condicions exteriors,
- Fer front al dolor físic, el fred o la gana,
- Gestionar el trauma, la pèrdua o la hipervigilància,
- Mantenir una sensació de rutina, connexió o alleugeriment temporal.

En aquest sentit, la manca d'habitatge no és només un context, sinó una condició estructural que transforma el significat i la funció de l'ús (Bourgois i Schonberg, 2009). Aquesta transformació no és necessàriament una "patologia", sinó més aviat una adaptació racional a la violència estructural.

Com proposa Duff (2007), cal considerar el consum de drogues com una pràctica social arrelada en conjunts de significat, espai i supervivència, més que com un comportament aïllat. Per tant, les intervencions basades en la reducció de danys i la justícia social deuen:

- Comprendre la lògica de supervivència darrere d'alguns usos,
- Eviteu les lectures morals o diagnòstiques del consum,
- Centrar-nos a modificar les condicions de vida, no sols la substància en si.

Això és especialment urgent quan els sistemes d'habitatge, salut i cura no brinden protecció ni continuïtat. Com ho expressa la Xarxa Llatinoamericana de Persones que fan servir Drogas (LANPUD): «El consum de substàncies en contextos de vulnerabilitat estructural és sovint l'única manera possible de sobreviure. Condemnar aquest consum sense canviar les estructures que el generen és profundament violent». (LANPUD, 2022)

Les substàncies es poden utilitzar per augmentar la resistència, desinhibir-se, bloquejar la por o l'angoixa emocional, o fins i tot crear límits entre el cos del treballador i la transacció (Fung, 2020; Benoit et al., 2017). Per a alguns, serveixen per sostenir la feina nocturna, per a altres per afrontar la humiliació, els actes repetitius o les amenaces. En cada cas, allò que es consumeix està estretament vinculat a les exigències del context laboral.



Activitat 4.2. | "Roda de la fortuna" sobre substàncies psicoactives / Interacció n

Objectiu:

Donar suport a les participants en la integració de coneixements bàsics sobre els efectes i la classificació legal de diverses substàncies psicoactives, alhora que comencen a reflexionar sobre la funció que poden exercir a la vida de les persones. Aquesta activitat combina l'aprenentatge fàctic amb l'anàlisi social i ètica.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Unitat 2 | Estratègies de reducció de danys per al 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 2 | Estratègies de reducció de danys per al consum de substàncies psicoactives

Secció 1 | Tipus de vies d'administració de substàncies psicoactives

La reducció de danys (RD) és un enfocament de salut pública que cerca minimitzar les conseqüències negatives per a la salut i la societat del consum de substàncies psicoactives sense exigir l'abstinència. En el context europeu, s'ha convertit en una resposta pragmàtica a realitats complexes, prioritzant la dignitat, la inclusió i les intervencions basades en l'evidència (OEDT, 2024; Xarxa de Correlació, 2023). La via de consum d'una substància té un paper crucial en la determinació dels riscos implicats i del tipus de resposta de reducció de danys necessària (UNODC, 2023).

Els patrons de consum de substàncies psicoactives a Europa estan canviant. Si bé la injecció va ser històricament la principal preocupació, altres vies de consum, com fumar, esnifar i ingerir, són cada cop més comunes en diversos contextos (OEDT, 2023). Aquests canvis es veuen influenciats no només per preferències personals o factors culturals, sinó també per la forma química en què es troben disponibles les substàncies. Per exemple, el clorhidrat de cocaïna se sol esnifar, mentre que el crack es fuma. Aquesta distinció és important, ja que les propietats físiques de cada substància determinen la via d'administració i, per tant, influeixen en els perfils de danys i l'accés a les eines de reducció de danys (HRI, 2021).

És important que les estratègies de reducció de danys considerin el gènere, la situació migratòria i el context cultural per respondre eficaçment a les necessitats de totes les persones que consumeixen substàncies. Les dones, les persones migrants i les minories ètniques poden enfrontar-se a barreres estructurals més grans per accedir a l'atenció, així com a formes específiques d'estigma i violència (EHRA, 2020; EuroNPUD, 2022).

Via d'injecció

La injecció intravenosa de substàncies continua sent una de les vies d'administració de més risc, associada a una incidència més gran de malalties infeccioses com el VIH i l'hepatitis C, així com a sobredosi, dany venós i exclusió social. Les respostes de reducció de danys a tot Europa s'han centrat històricament en aquesta via, i s'han desenvolupat un sòlid conjunt d'intervencions que continuen sent essencials actualment.

1. Programes d'agulles i xeringues (NSP)

Són la pedra angular de la reducció de danys per a les persones que s'injecten substàncies. Aquests programes distribueixen material d'injecció estèril (agulles, xeringues, fogons, filtres, butllofes d'aigua i desinfectants) amb l'objectiu de reduir la transmissió de virus transmesos per sang. El 2023, tots els països de la UE i Noruega comptaven amb algun tipus de programa de subministrament d'agulles i agulles estèrils (NSP), però només set complien el nivell recomanat per l'OMS de 200 agulles estèrils per persona que s'injecta substàncies a l'any, cosa que revela importants deficiències en la cobertura (O2). L'accés també és desigual geogràficament: la disponibilitat és més gran als principals centres urbans que a les zones rurals. A les presons, l'accés encara és més restringit; només Espanya, Luxemburg i un centre per a dones a Alemanya ofereixen NSP (OEDT, 2023).

Tot i l'èxit general en la reducció de les taxes de VIH entre les persones que s'injecten substàncies a Europa, persisteixen els desafiaments. En la darrera dècada, s'han produït brots de VIH relacionats amb la injecció d'estimulants (p. ex., metamfetamina o cocaïna) a almenys set ciutats de sis països (HRI, 2021). Aquests casos posen en relleu la necessitat d'adaptar la prestació de serveis d'intercanvi de drogues injectables (NSP) als patrons d'injecció d'alta freqüència i de garantir l'accés sense restriccions als materials (p. ex., evitant els límits d'intercanvi "un per un").

2. Teràpia amb agonistes opioides (TAO)

Com la metadona o la buprenorfina, constitueixen un segon pilar de la reducció de danys per a les persones que s'injecten opioides. La teràpia de reemplaçament hormonal (TAO) redueix la necessitat d'injectar-se, estabilitza les persones i ajuda a prevenir les sobredosis. Tots els països de la UE ofereixen algun tipus de TAO, però la cobertura varia considerablement, especialment a l'Europa de l'Est, on persisteixen barreres burocràtiques, geogràfiques o polítiques (HRI, 2021). A les presons, la TAO sovint no està disponible o s'interromp, cosa que dificulta la continuïtat del tractament i augmenta el risc després de l'alliberament. Les directrius de l'OMS i l'ECDC recomanen oferir TAO i programes d'intercanvi de substàncies simultàniament, tant a la comunitat com a centres de detenció, per maximitzar l'eficàcia (EMCDDA i ECDC, 2022).

3. Sales de consum de drogues (SDC)

Proporcionar entorns higièncs i supervisats on les persones puguin injectar-se substàncies amb materials estèrils, amb personal capacitada present per respondre en cas d'emergència. Els centres de distribució de drogues (CDS) tenen com a objectiu prevenir sobredosis mortals i reduir la transmissió de malalties alhora que ofereixen vies d'accés als serveis socials i sanitaris. El 2024, 13 països de la UE i Noruega albergaven CDS: 12 a Espanya, 25 a Alemanya i una creixent implementació a Portugal i Grècia. Si bé inicialment se centraven en la injecció, molts ara inclouen espais per a inhalació i ofereixen anàlisis de drogues in situ (EMCDDA, 2023). L'evidència demostra que els CDS no augmenten la delinqüència ni el consum a nivell local, i milloren la supervivència i la participació als serveis entre les poblacions marginades (HRI, 2021).

Als Països Baixos, l'ONG De Regenboog Groep ha posat en marxa recentment un autobús mòbil per a usuaris (gebruikersbus) a prop de l'Oosterpark d'Amsterdam. Aquest autobús ofereix un servei de reducció de danys debaixo exigència per a persones que consumeixen drogues i es troben en situació de carrer. Funciona diàriament de 11:00 a 17:00 i està supervisat per professionals qualificats. Té capacitat per a un màxim de sis persones alhora, oferint cafè, te, sopa, instal·lacions de neteja, espais higiènics per a l'eliminació segura de xeringues i derivacions a centres d'atenció a addiccions, albergs o serveis de repatriació a l'estranger. Si bé no distribueix drogues, aquesta iniciativa pilot, vigent fins a finals del 2025, contribueix a reduir el consum de drogues en públic i les molèsties al carrer, i fomenta la col·laboració amb els serveis d'atenció, d'acord amb els principis de reducció de danys promoguts per la Xarxa Europea de Reducció de Danys.

4. Prevenció de sobredosi i distribució de naloxona

S'han convertit en una prioritat a Europa, especialment amb la presència creixent de potents opioïdes sintètics. La naloxona és un antagonista opioïde que reverteix la depressió respiratòria en situacions de sobredosi. Hi ha programes comunitaris de naloxona per portar a casa a almenys set països (Alemanya, Estònia, Irlanda, França, Itàlia, Lituània i Noruega), i altres països estan executant programes pilot locals (OEDT, 2023). Diversos països (França, Itàlia, Suècia i Dinamarca) permeten la venda lliure de naloxona. Tot i això, l'accés continua sent irregular i la capacitació de iguals i treballadors de primera línia no sempre està generalitzada. La resposta a opioïdes sintètics com el fentanil pot requerir múltiples dosis i suport ventilatori. Per exemple, a Portugal, l'activisme de base i les organitzacions de reducció de danys han facilitat des del 2019 l'accés regular a la naloxona a través d'equips d'extensió comunitària a Lisboa i Porto. Aquests equips distribueixen naloxona directament a persones que consumeixen drogues i a actors comunitaris locals, generalment amb capacitacions breus al carrer i cursos d'actualització periòdics, o mitjançant esdeveniments de capacitació més amplis (per exemple, anualment el 31 d'agost, Dia de Conscientització sobre les Sobredosis). Tot i que encara no està regulada formalment, aquesta iniciativa està consolidada a la pràctica i s'estan fent gestions amb les autoritats governamentals de salut i addiccions per integrar-la en la propera estratègia nacional sobre drogues.

A més, l'accés a la reducció de danys a les presons encara és extremadament limitat a la majoria dels països, malgrat l'alta prevalença del consum de drogues injectables en aquests entorns.

Finalment, el gènere i les migracions són dimensions crucials que sovint passen per alt en la reducció de danys relacionada amb la injecció. Les dones que s'injecten poden enfrontar estigma, violència de gènere i invisibilitat estructural en serveis dominats per homes (EHRA, 2020). Les persones migrants poden mancar documents, témer les forces de l'ordre o no parlar l'idioma local, cosa que dificulta l'accés a materials estèrils i atenció mèdica. Adaptar les intervencions a les seves realitats (mitjançant un enfocament de gènere, accessible i dirigit per iguals) continua essent essencial per reduir les desigualtats en salut.

Via inhalada

La inhalació de substàncies psicoactives (fumades o vaporitzades) és cada cop més comuna a moltes parts d'Europa. Aquesta via inclou el consum de crac, cocaïna i heroïna (“perseguint el drac”). 3), metamfetamina, catinones, cànnabis o cannabinoides sintètics. Tot i que tradicionalment es considera menys riscosa que la injecció quant a infeccions de transmissió sanguínia, la inhalació de substàncies psicoactives comporta els seus propis danys per a la salut: dany pulmonar, cremades, transmissió de tuberculosi i sobredosi, especialment en el context del consum d'estimulants o substàncies adulterades. Aquest problema és actualment creixent al sistema penitenciari neerlandès, especialment a causa de les dificultats amb la dosificació (quan s'impregna en paper).

Els serveis de reducció de danys han documentat un augment significatiu en el nombre de persones que fumen el crac o l'heroïna, especialment entre les persones en situació de carrer o exclusió social. En resposta, moltes ciutats europees han començat a implementar kits per a fumadors més segurs que inclouen pipes resistents a la calor, paper d'alumini, filtres personals, tovallolletes desinfectants, bàlsam labial i materials educatius. Aquests kits busquen reduir les lesions (talls i cremades), prevenir la transmissió d'infeccions a través d'equips compartits i promoure pràctiques no injectables entre les persones que, altrament, es veurien obligades a injectar-se per manca d'alternatives (HRI, 2021).

1. Kits per deixar de fumar de forma més segura

Els kits per fumar de manera segura busquen reduir els riscos per a la salut associats amb els dispositius improvisats o compartits per fumar. Aquests kits poden incloure pipes de vidre o metall resistents a la calor, filtres personals, paper d'alumini per inhalar heroïna, bàlsam labial, tovallolletes desinfectants, filtres i fulletons educatius. En oferir materials més segurs i nets, aquests kits ajuden a prevenir lesions bucals, redueixen el risc d'infeccions (com el VHC o la tuberculosi) i promouen el consum no injectable sempre que sigui possible (HRI, 2021). També són essencials per recolzar les persones que prefereixen no injectar-se o que tenen venes deteriorades a causa del consum crònic de drogues.

Tot i la seva eficàcia, el subministrament de materials per fumar més segurs continua sent limitat. Almenys deu països d'Europa Occidental, entre els quals hi ha Espanya, Alemanya, França, Portugal i els Països Baixos, proporcionen aquests kits en diferents graus. Tot i això, les restriccions legals sobre la parafernàlia i l'absència de finançament públic estable són obstacles comuns (HRI, 2021). Per exemple, al Regne Unit només es permet legalment la distribució de paper d'alumini per part dels serveis de reducció de danys. Tot i això, a diverses zones s'estan realitzant projectes pilot amb les autoritats locals per distribuir pipes de crac discretament i documentar els resultats.

També és fonamental reconèixer que els objectes associats a cada via d'administració comporten significats simbòlics i culturals distintius. Una xeringa es considera àmpliament un instrument mèdic, sovint distribuït i acceptat com a tal pels qui s'injecten substàncies. En canvi, la pipa per a inhalació sol ser una eina domèstica o improvisada, i el significat varia considerablement segons el context, l'experiència i la història de la persona. La simple distribució de pipes esterilitzades no en garanteix l'ús. La transició de quips casolans a equips higiènics ha danar acompanyada d'una educació respectuosa, integral i informada per iguals que validi els coneixements dels usuaris. Les pipes no són només eines. Formen part de la identitat de les persones i comporten pràctiques i estratègies de supervivència arrelades. La reducció de danys ha d'honar aquestes narratives i evitar homogeneïtzar les diverses experiències dels usuaris amb un enfocament únic.

L'estructura i el disseny d'una pipa poden variar enormement segons la substància que es consumeixi, el context cultural de la persona i els materials disponibles a l'entorn. Les pipes es fabriquen amb una àmplia gamma d'objectes (vidre, metall, plàstic, ceràmica) i sovint es modelen per necessitat, creativitat i enginy. És crucial no imposar un estàndard biomèdic sense diàleg. En canvi, els materials per fumar de manera més segura s'han de crear en conjunt amb els usuaris, aprofitant tant l'experiència viscuda com el coneixement acadèmic o professional. Fins i tot quan es distribueixen pipes esterilitzades, això no ha de restar importància al fet que l'usuari encara té la capacitat de prendre les seves pròpies decisions i decidir si participa en la pràctica de fumar. De fet, fabricar una pipa pròpia pot ser en si mateix una estratègia de reducció de danys: alenteix l'acte de consum, fomenta l'atenció a l'estat del material i crea moments d'autoregulació. Reconèixer aquest procés com a significatiu és clau per construir pràctiques de reducció de danys efectives i respectuoses.

2. Sales de Consum de Drogues (SDC) per a Inhalació

Diverses ciutats europees han adaptat les sales de consum supervisat per incloure espais ventilats per a la inhalació. Aquests espais són especialment rellevants per als que fumen crack, heroïna o metamfetamina, que sovint queden exclosos dels serveis tradicionals d'injecció. Centres a Barcelona, Lisboa i París han incorporat sales d'inhalació, cosa que ajuda a prevenir el consum en públic, redueix l'exposició a la violència o la criminalització i augmenta l'accés a l'atenció sanitària i social (OEDT, 2023). En alguns centres també s'ofereixen anàlisis de drogues in situ.

3. Prevenció de la transició a la injecció

Un dels principals beneficis de la reducció de danys per a la via inhalatòria és el potencial per prevenir la transició a la injecció. Les persones poden optar per la injecció per raons com la tolerància, la pressió econòmica (major eficiència), l'accés a les venes o la influència social. Proporcionar materials per fumar més segurs i espais dedicats pot endarrerir o evitar aquesta transició, especialment quan les persones es troben a les primeres etapes del consum o els preocupa l'estigma o els riscos relacionats amb la injecció.

Estudis han demostrat que quan els serveis distribueixen kits per a fumadors i eduquen les persones sobre la inhalació més segura, la probabilitat d'iniciar la injecció disminueix significativament (HRI, 2021; EMCDDA, 2023).

En diversos contextos europeus, professionals de primera línia i organitzacions comunitàries han observat un canvi clar en la visibilitat i els patrons de consum relacionats amb la via inhalatòria. A diferència de la injecció, el consum de substàncies sovint es produeix de maneres menys visibles i menys alarmants per al públic (com l'ús de paper d'alumini o pipes improvisades), cosa que pot generar una falsa percepció de menor risc, tant a nivell social com institucional. Aquesta invisibilitat planteja desafiaments per a la divulgació, la recopilació de dades i el disseny de serveis receptius. Quan indicadors com les xeringues rebutjades deixen de ser fiables, els programes han d'adaptar els seus mètodes per identificar les necessitats i interactuar amb els usuaris (Aranda, 2023).

Històricament, molts serveis de reducció de danys es van dissenyar al voltant d'un perfil de consum específic (normalment homes adults que s'injectaven heroïna a espais públics). A mesura que evolucionen els patrons de consum, aquest marc limitat deixa de captar cada cop més la realitat dels qui fumen substàncies, en particular les dones, les persones migrants o les persones que consumeixen estimulants en espais tancats o domèstics. Sense eines, equips ni intervencions adaptades per a la via inhalatòria, hi ha un risc creixent d'abandonament o d'exclusió institucional.

Fonamentalment, no reconèixer ni respondre aquest canvi pot resultar en danys no desitjats. Per exemple, en contextos on no es disposa de materials més segurs per fumar o on la via inhalatòria és culturalment o econòmicament inaccessible, algunes persones poden recórrer a la injecció tot i percebre-la com a més perillosa.

Ruta inhalada

La via d'administració per inhalació o esnifat s'utilitza sovint per a substàncies com el clorhidrat de cocaïna, la ketamina, les amfetamines, les catinones sintètiques i els medicaments receptats triturats (p. ex., benzodiazepines o opioides). Ofereix un inici ràpid dels efectes a causa de l'alta vascularització de la mucosa nasal, però també presenta riscos específics per a la salut: dany mucós, perforació de l'envà nasal, sinusitis crònica i, especialment en compartir equips, la transmissió d'infeccions com l'hepatitis C (OEDT, 2023; CATIE, 202)

1. Kits d'inhalació més segurs

Diverses iniciatives de reducció de danys han començat a distribuir kits d'inhalació més segurs per reduir lesions i les infeccions. Aquests solen incloure palletes individuals (de plàstic, vidre o cartró), petites targetes netes per triturar la pols, solució salina o aigua de mar en aerosol per esbandir les fosses nasals, mocadors d'un sol ús i materials educatius.

L'objectiu és reduir el traumatisme nasal i descoratjar l'ús compartit d'equips, cosa que és especialment important atesa la presència documentada de micropartícules de sang als instruments d'inhalació compartits (CATIE, 2022). La disponibilitat d'aquests kits encara és limitada i sovint només els proporcionen organitzacions de base o programes pilot.

La forma i material dels dispositius per inhalar varien considerablement segons la cultura, l'entorn i la substància. A molts llocs, els usuaris elaboren els seus propis dispositius amb objectes familiars o improvisats. Com les pipes, aquestes eines poden transmetre significat, identitat i autonomia. No n'hi ha prou amb distribuir palletes esterilitzades, sobretot quan aquests materials no s'ajusten als hàbits establerts de les persones o les fan sentir infantilitzades o vigilades. Igual que amb els equips per fumar, es recomanen processos de codisseny entre usuaris i serveis, respectant el coneixement experiencial i fomentant l'apropiació.

2. Higiene nasal i educació

L'educació de la persona usuària és essencial per minimitzar el dany nasal. Els serveis de reducció de danys recomanen triturar finament les pólvores per reduir l'abradió, alternar les fosses nasals durant les sessions i evitar-ne l'ús quan hi hagi ferides o sagnat nasal visibles. Netejar el nas amb solució salina després del consum pot reduir les infeccions i la inflamació. Hidratar la mucosa nasal també pot prevenir esquerdes i úlceres. Aquestes recomanacions solen compartir-se de manera informal, però les intervencions formalitzades, dirigides per iguals, podrien reduir significativament el dany nasal acumulat.

3. Evitar combinacions i pràctiques de dosificació riscoses

L'efecte ràpid de moltes substàncies inhalades pot provocar dosis repetides i patrons d'atracs intensos. Això és especialment cert en el cas d'estimulants com la cocaïna o la metamfetamina, que es poden combinar amb depressors (p. ex., alcohol o benzodiazepines) per controlar la baixada. Tot i això, aquestes combinacions poden emascarar els símptomes de sobredosi i augmentar la càrrega tòxica, com la producció de cocaetilè en barrejar alcohol i cocaïna. Els missatges de reducció de danys han d'abordar aquestes dinàmiques, tot fomentant un ritme més segur, la conscienciació sobre la dosificació i l'ús de la verificació de drogues quan sigui possible.

Via oral

La via oral és una de les formes més comunes i socialment acceptades de consum de substàncies. Implica la ingesta de pastilles, càpsules, líquids, comestibles i preparacions casolanes, i es pot aplicar a gairebé tot tipus de substàncies psicoactives (inclosos opioides, estimulants, depressors, psicodèlics, alcohol i compostos sintètics més recents) (UNAD, 2022; Merkinaite et al., 201

L'absorció a través del tracte gastrointestinal és significativament més lenta en comparació amb altres vies, però els efectes tendeixen a ser més duradors i, de vegades, més intensos. Aquest inici lent pot provocar una redosificació prematura, especialment entre usuaris menys experimentats, cosa que augmenta el risc de sobredosi, en particular amb substàncies com MDMA, LSD, GHB/GBL o opioides sintètics (Curto et al., 2020).

En els darrers anys, la via oral s'ha tornat cada cop més visible als serveis de reducció de danys, no només a causa del consum d'alcohol, sinó també per la creixent presència de GHB/GBL, comestibles de cànnabis i l'ús no mèdic de psicofàrmacs, incloent-hi receptes desviades i productes del mercat il·lícit. Aquestes tendències són particularment rellevants en poblacions marginades i sovint s'interrelacionen amb qüestions de gènere, migració i precarietat habitacional (Carrasco-Garrido et al., 2021; Sales i Guijarro, 2017).

A més, algunes substàncies culturalment específiques consumides per via oral requereixen respostes adaptades de reducció de danys. El qat (khat), les fulles fresques del qual es masteguen pels seus efectes estimulants, s'utilitza habitualment en comunitats de l'Àfrica Oriental i la Península Aràbiga. El seu consum pot produir un augment de l'alerta i una reducció de l'apetit, però un consum prolongat pot provocar insomni, problemes gastrointestinals, danys dentals i malestar psicològic. Com que sovint s'utilitza en llargues sessions socials, a vegades combinat amb tabac o begudes ensucrades, les estratègies de reducció de danys haurien d'incloure la promoció de la hidratació, la higiene bucal i la conscienciació sobre patrons d'ús prolongat, alhora que s'aborda el seu consum amb sensibilitat cultural.

1. Coneixement de la dosi i retards a l'inici

Un dels riscos més freqüents del consum oral és la sobredosi accidental a causa de l'inici tardà dels seus efectes. Les substàncies ingerides per via oral poden trigar entre 30 i 90 minuts a produir efectes psicoactius. Durant aquest lapse, els/les consumidors/es poden prendre dosis addicionals creient que la dosi inicial va ser ineficaç. Les campanyes educatives emfatitzen la importància de la paciència, la consciència corporal i els temps d'espera (Merkinaite et al., 2010).

2. Encapsulació de dosis per a una ingestió més segura

Una estratègia recomanada per a la reducció de danys en el cas de les substàncies en pols és l'ús de càpsules de gelatina per dosificar quantitats individuals de forma precisa i higiènica. Això evita els riscos associats a la ingestió directa d'una bossa o a l'ús d'embolcalls improvisats com les bombetes, que poden provocar una absorció desigual i una sobredosi accidental (UNAD, 2022).

3. Ús de goters o dosificadors de líquids

Per a substàncies líquides a temperatura ambient, com el GHB o el GBL, la dosificació precisa és essencial degut a la seva potència i al petit volum requerit per produir efectes. Es recomana l'ús de goters, xeringues o taps dosificadors per evitar la sobredosi. Mesurar les dosis per taps o calcular-les a primera vista augmenta el risc d'intoxicació greu. Això és especialment rellevant en contextos de chemsex, on el GHB/GBL és comú (Curto et al., 2020).

4. Preparació i mesurament segur de comestibles i substàncies naturals

La via oral també inclou preparacions casolanes o naturals, com ara comestibles de cànnabis (galetes, brownies, tes) i fongs psicodèlics. En el cas dels comestibles, els efectes són retardats i poden durar fins a 8 hores o més, cosa que els fa particularment propensos al consum excessiu accidental. Els programes de reducció de danys han de promoure la conscienciació sobre com cuinar i dosificar el cànnabis correctament, i proporcionar accés a bàscules precises per pesar fongs o tòfones, ja que el llindar de dosificació pot ser limitat (Parés i Bouso, 2015).

5. Hidratació, temperatura i seguretat ambiental

Substàncies com el MDMA o la metamfetamina, de consum freqüent en entorns nocturns, poden provocar deshidratació, sobreescalfament i desequilibri electrolític. Les estratègies de reducció de danys han d'incloure orientació sobre hidratació, refredament i reconeixement dels símptomes de la síndrome serotoninèrgica, especialment en festivals o clubs nocturns (UNAD, 2022).

6. Monitorització d'interaccions i policonsum

L'ús oral es combina freqüentment amb altres substàncies, cosa que augmenta la complexitat i els riscos. Les combinacions comunes inclouen alcohol amb benzodiazepines, estimulants amb antidepressius o opioides amb pregabalina. Aquestes interaccions poden provocar sedació, depressió respiratòria o toxicitat hepàtica (Carrasco-Garrido et al., 2021). A més, la intoxicació també pot passar per via oral quan es consumeixen substàncies en dosis superiors a les prescrites, com en el cas de la metadona, la ingesta excessiva de la qual pot provocar una sobredosi mortal.

7. Patrons culturals i canvis en l'ús

En alguns contextos, els usuaris poden canviar de substàncies il·legals a legals (p. ex., alcohol o medicaments receptats) a causa de l'estigma, el cost o l'accessibilitat. Aquestes transicions no són necessàriament més segures i poden comportar riscos de dependència o dany orgànic. La reducció de danys ha de respondre amb enfocaments culturalment sensibles i no punitius (Pleace i Lloyd, 2022).



Activitat 4.3: Vídeo Fòrum i mostra de materials per a un consum més segur

Objectiu:

Aprofundir la comprensió dels participants sobre les estratègies pràctiques de reducció de danys per a diferents vies d'administració, generar empatia en interactuar amb experiències de la vida real de persones que consumeixen substàncies i familiaritzar-los amb materials d'ús més segur i les seves funcions a través de la interacció directa.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Secció 2 - Més estratègies de reducció de danys

Control de drogues

El control de drogues és una intervenció de reducció de danys que permet a les persones que consumeixen drogues analitzar-ne el contingut i la composició de les substàncies que pretenen consumir. Inclou proves qualitatives i, en alguns casos, quantitatives, que ofereixen informació crucial sobre la presència de substàncies actives, adulterants, compostos inesperats i potència. Si bé el control de drogues s'ha associat des de fa temps amb entorns recreatius, com ara festivals o discoteques, es reconeix cada cop més com una estratègia vital per a les poblacions en situació de vulnerabilitat, especialment en contextos urbans on el consum al carrer i el policonsum són comuns (Measham, 2020; EMCDDA, 2021).

Per a les persones que consumeixen drogues en situació d'exclusió (sense llar, amb problemes de salut mental o violència estructural), el control de drogues té un paper especialment protector. Contràriament al que se sol suposar, aquestes poblacions no tenen necessàriament contacte directe amb els traficants. En molts casos, els/les consumidors/es al carrer no poden triar qui compren i són molt menys propensos a qüestionar o qüestionar els venedors sobre la composició de les substàncies (Aranda-Rodríguez, 2022). Aquesta dinàmica fa encara més urgent proporcionar serveis d'anàlisis accessibles, anònims i no punitives que apoderin els/les consumidors/es amb coneixement, no amb culpa. Mentre que en el lleure nocturn alguns traficants poden sentir-se limitats socialment o reputacionalment per la presència de serveis de control de drogues, aquesta pressió no existeix de la mateixa manera als mercats de carrer, cosa que deixa els/les consumidors/es més exposats a substàncies impredecibles, talls desconeguts i variacions extremes de potència (Vidal Giné et al., 2021).

L'aparició de **les Noves Substàncies Psicoactives (NSP)** ha fet que l'anàlisi de drogues no només sigui útil, sinó que també salvi vides. Les NSP es venen sovint com a substàncies més comunes (p. ex., MDMA, cocaïna, benzodiazepines) i poden presentar-se en pólvores, pastilles o líquids sense cap diferència visible per al/la consumidor/a. Moltes NSP són molt potents i poc conegudes, amb efectes farmacològics impredecibles i marges de seguretat estrets (OEDT, 2021; Brunt et al., 2017). Identificar aquestes substàncies abans del consum permet una presa de decisions informades, el control de la dosi i la possibilitat d'evitar compostos altament perillosos. Igualment important és la detecció d'adulterants, com el levamisol a la cocaïna (vinculat a la immunosupressió i el dany tissular), la cafeïna al MDMA (que pot amplificar l'estrès cardiovascular) o els cannabinoides sintètics en productes herbals (amb greus riscos neuropsiquiàtrics; et al., 2017). Alertes recents als Països Baixos, per exemple, han informat que encara circulen al mercat comprimits d'oxicodona falsificats que contenen nitazens altament perillosos, cosa que subratlla encara més el paper fonamental del control de medicaments en la prevenció de morts (Trimbos Institute, 2024).

Perquè l'anàlisi de drogues funcioni eficaçment com una veritable estratègia de reducció de danys, és fonamental comunicar **els resultats de manera clara i respectuosa a les persones usuàries**. Això implica no només informar sobre la presència o absència de les substàncies esperades, sinó també involucrar els usuaris en un diàleg constructiu sobre les implicacions dels resultats esmentats. Un procés de retroalimentació d'alta qualitat ha d'incloure explicacions sobre els riscos per a la salut, les possibles interaccions i els consells personalitzats sobre l'ús més segur o la prevenció (Martins et al., 2017). Quan els serveis es prenen el temps per explicar els resultats de forma accessible i sense prejudicis, generen confiança i reforcen la capacitat dels usuaris per protegir-se.

En els darrers anys, el desenvolupament de **tires reactives ràpides** per a fentanil i nitazens ha ampliat l'abast i la urgència de l'anàlisi de drogues. Aquestes tires permeten als usuaris i equips d'extensió detectar la presència d'aquests opioides sintètics altament potents, sovint invisibles a simple vista, en pols, pastilles o fins i tot mostres de crac o metamfetamina. La propagació del fentanil i els nitazens a mercats no opioides (per exemple, benzodiazepines o estimulants falsificats) ha provocat sobredosis fatals entre usuaris desprevinguts (CDC, 2023; D'Anci et al., 2023). Les tires reactives, utilitzades en mostres de residus o dissoltes, ofereixen una forma econòmica, ràpida i escalable per intervenir-hi. En entorns comunitaris, especialment entre persones que s'injecten drogues o les consumeixen en espais públics, la distribució i la capacitat sobre aquestes tires ara es considera una mesura de primera línia per a la prevenció de sobredosi (Harm Reduction International, 2023).

Naloxona per emportar a casa

Els programes de naloxona per emportar a casa (THN) són una de les intervencions de reducció de danys més eficaços i àmpliament implementades per prevenir les morts per sobredosi d'opioides. La naloxona és un antagonista opioide que reverteix ràpidament els efectes dels opioides, especialment la depressió respiratòria, que és la causa principal de mort per sobredosi. En administrar-se per via intramuscular o intranasal, la naloxona pot restablir la respiració normal en qüestió de minuts, cosa que permet guanyar temps crucial per a l'arribada dels serveis d'emergència. Els programes de THN busquen posar aquesta eina vital en mans de les persones amb més probabilitat de presenciar una sobredosi: persones que consumeixen opioides, els seus iguals, familiars i treballadors de primera línia.

La lògica de la Xarxa d'Atenció Primerenca (RTT) és simple i contundent: les morts per sobredosi d'opioides són prevenibles i moltes tenen lloc en presència d'altres persones que podrien intervenir si tinguessin accés a la naloxona i sabessin com fer-la servir (OMS, 2014). A diferència de les respostes d'emergència tradicionals, la RTT descentralitza la intervenció i enforteix la capacitat comunitària per actuar abans que sigui massa tard. Estudis realitzats a diversos països han demostrat que els programes de RTT redueixen significativament la mortalitat i augmenten la probabilitat que es respongui a les sobredosis de forma ràpida i eficaç (McDonald i Strang, 2016).

A Catalunya, el Programa de Provisió de Naloxona, coordinat per l'Agència de Salut Pública de Catalunya, és un exemple de llarga trajectòria i reconeixement internacional de la implementació reeixida de la Xarxa d'Atenció Primerenca (RTT). Va començar el 2009 amb l'objectiu d'integrar la provisió de naloxona en serveis de baixa exigència, com ara centres de reducció de danys (Centres de Reducció de Danys), centres de tractament de drogodependències i unitats mòbils d'atenció comunitària. Des del començament, s'han distribuït milers de kits de naloxona, acompanyats de breus sessions de capacitatció sobre el reconeixement de sobredosi, la resposta i l'administració intramuscular.

El que distingeix el programa català d'altres és la seva integració a la salut pública i la seva avaluació continuada. La naloxona es prescriu i dispensa en un marc de salut pública, i es recopilen sistemàticament dades sobre la distribució, l'ús i els resultats. Els materials de formació s'adapten a diverses poblacions, incloent-hi persones que consumeixen heroïna, pacients amb metadona i famílies. El programa prioritza el diàleg sense prejudicis, les simulacions pràctiques i el foment de la confiança, cosa que ha ajudat a superar la reticència inicial d'alguns usuaris i professionals (Ventura et al., 2018).

Una altra fortalesa del model català és el seu enfocament basat en iguals. Moltes de les reversions de sobredosi reportades han estat realitzades per persones que consumeixen drogues, cosa que demostra l'abast del programa i la importància de tractar els usuaris com a agents d'atenció, en lloc de receptors passius de serveis. Això desafia l'estigma i empodera les comunitats per protegir-se mútuament. El cas català també il·lustra que la prevenció de sobredosi no depèn de l'abstinència: moltes persones que porten i consumeixen naloxona continuen sent usuàries actives, i la participació en la portació de naloxona és fonamental per a l'èxit de la reducció de danys.

En els darrers anys, el programa català també ha inclòs formació sobre sobredosi de fentanil, reconeixent la creixent presència d'opioides sintètics als mercats europeus. Si bé el fentanil continua sent poc comú a l'heroïna de carrer a Espanya, l'educació preventiva i la preparació són essencials atès l'impacte devastador que ha tingut en altres contextos (per exemple, Amèrica del Nord). Als Estats Units, per exemple, el fentanil i els seus anàlegs han esdevingut el principal factor desencadenant de la crisi d'opioides, i han contribuït a més de 70.000 morts per sobredosi a l'any. La seva alta potència, la freqüent adulteració de l'heroïna i les pastilles falsificades, i la seva ràpida expansió als mercats de drogues han convertit el fentanil en una emergència de salut pública crucial.⁴

Programes de Control d'Alcohol (MAP)

Els Programes de Control de l'Alcohol (MAP) són intervencions de reducció de danys dissenyades per donar suport a persones amb dependència greu de l'alcohol, en particular les persones que viuen en situació de carrer o marginació extrema. En lloc d'exigir l'abstinència, els MAP proporcionen dosis de mesures de begudes alcohòliques (generalment vi o cervesa) a intervals regulars al llarg del dia en un entorn controlat i supervisat. Aquests programes busquen establir els patrons de consum, prevenir l'abstinència perjudicial, reduir el consum excessiu i el consum d'alcohol no derivat de begudes alcohòliques i integrar els/les participants amb serveis socials i de salut més amplis.

Els MAP es van originar al Canadà a principis de la dècada del 2000 i ara estan guanyant atenció internacional. Cada cop hi ha més evidència que demostra que els MAP redueixen les hospitalitzacions, l'ús de serveis d'urgències, les intoxicacions etíliques, el contacte amb la justícia penal i el consum d'alternatives tòxiques com a desinfectant de mans o productes de neteja (Pauly et al., 2018). Els/les participants reporten una millor qualitat de vida, estabilitat a l'habitatge, salut mental i reintegració social (Stockwell et al., 2017).

En els darrers anys, països europeus han començat a implementar programes pilot de MAP adaptats als seus contextos locals. Un exemple notable és Irlanda, on el 2021-2022 Dublín va llançar el primer Programa de Control de l'Alcohol del país, fruit d'una col·laboració entre el Servei Executiu de Salut (HSE), Peter McVerry Trust (una organització dedicada a l'habitatge i a les persones sense llar) i l'Executiu Regional de Dublín per a Persones sense Llar.

s.

El programa pilot es va dirigir a persones en allotjaments d'emergència amb dependència greu de l'alcohol que no havien tingut èxit en els serveis basats en l'abstinència i que presentaven un risc alt de patir danys a causa dels seus hàbits de consum (HSE, 2022).

El programa MAP irlandès va oferir habitacions privades dins d'un centre d'habitatge amb suport on els/les participants rebien dosis controlades d'alcohol cada 90 minuts sota la supervisió de personal capacitada, a més d'accés a atenció mèdica, suport psicosocial, menjars i gestió de casos. L'avaluació del programa pilot va indicar millores significatives: els/les participants van reduir el consum general d'alcohol, van tenir menys ingressos hospitalaris d'urgència, van millorar l'adherència a la medicació i van reportar una millor qualitat de son i benestar. Cal destacar que cap dels participants va tornar a dormir a la intempèrie durant el programa. El projecte es va guiar pel principi de "l'habitatge és el primer", amb la reducció de danys com a filosofia central (HSE, 2022).

Els crítics de vegades argumenten que els MAP faciliten el consum d'alcohol, però aquesta crítica ignora les realitats complexes de la vulnerabilitat estructural, el trauma i l'exclusió. Per a molts participants, l'abstinència no és realista ni segura a curt termini. En aquests casos, el consum caòtic i sense supervisió provoca sobredosis repetides, trobades amb la policia i deteriorament de la salut. Per contra, els MAP brinden estructura, confiança i oportunitats per reconnectar amb els sistemes d'atenció. Com va demostrar el programa pilot irlandès, els MAP poden actuar com a porta d'entrada a l'estabilitat, no com a resignació al consum d'alcohol a llarg termini.

Psicoeducació i suport emocional per al consum de psicodèlics

Els psicodèlics com el LSD, la psilocibina, la mescalina o el 2C-B no solen associar-se amb toxicitat física ni dependència. No obstant això, poden provocar efectes psicològics intensos (eufòria, percepció alterada, alliberament emocional o ansietat existencial) que són molt sensibles al context. Per tant, la reducció de danys per als psicodèlics se centra no només en la informació farmacològica, sinó també en la psicoeducació i l'acompanyament emocional: preparar les persones abans de l'experiència i brindar-los suport durant o després, si cal.

Aquest enfocament educatiu i terapèutic busca reduir la probabilitat d'experiències angoixants (comunament anomenades "mals viatges") i fomentar la integració posterior. Els missatges clau inclouen comprendre la durada i la intensitat de la substància, consumir-la en entorns segurs amb persones de confiança i evitar-ne el consum en situacions d'inestabilitat emocional o en entorns insegurs (Bedi et al., 2022). La psicoeducació també adverteix contra la barreja de psicodèlics amb altres substàncies, especialment alcohol o estimulants, i fomenta estratègies de connexió a terra com ara la hidratació, la respiració assistida i la presència d'un acompanyant sobri.

Un referent internacional en aquest camp és Kosmicare, un projecte pioner de reducció de danys iniciat a Portugal el 2002. Creat originalment per un grup de psicòlegs, terapeutes i professionals de la reducció de danys, Kosmicare va començar com a servei d'intervenció presencial al Boom Festival, un dels esdeveniments de música psicodèlica més importants d'Europa. Des d'aleshores, ha esdevingut un model més ampli d'intervenció en crisi i atenció emocional en contextos de consum de drogues, que combina la reducció de danys amb la contenció psicològica i l'atenció adaptada al trauma (Martins et al., 2017).

Al Festival Boom, Kosmicare instal·la un espai exclusiu a prop de la carpa mèdica on les persones que experimenten experiències psicodèliques difícils poden acudir voluntàriament (o ser acompanyades per amics o personal de seguretat). El servei no és mèdic ni coercitiu: les principals eines són l'escolta empàtica, la tranquil·litat, la seguretat física i la presència humana. Voluntaris i professionals capacitats ofereixen suport emocional durant l'estrès psicològic agut, ajudant les persones a recuperar un estat manejable sense l'ús de sedants ni restriccions, tret que sigui absolutament necessari.

L'enfocament s'inspira en principis de la investigació sobre teràpia psicodèlica, com l'acceptació, la no directivitat i la contenció, i emfatitza el valor d'acompanyar la persona durant tota l'experiència. Molts usuaris descriuen posteriorment aquestes intervencions com a transformadores, i l'equip de Kosmicare ha desenvolupat eines d'integració postesdeveniment, que inclouen derivacions i suport comunitari (Kosmicare, 2023).

Kosmicare també contribueix a la psicoeducació preconsum, oferint materials sobre dosis, combinacions de drogues i un ús més segur, i participa en anàlisis de drogues en col·laboració amb altres organitzacions. El seu model s'ha replicat en altres festivals i clubs de tot Europa, demostrant com el suport emocional pot ser una poderosa eina de reducció de danys tant a l'oci nocturn com en contextos més amplis de consum de drogues.

Resposta a la psicosi induïda per estimulants

El consum d'estimulants, especialment en dosis altes o prolongat, de substàncies com la metamfetamina, la cocaïna o les catinones sintètiques, pot provocar símptomes psiquiàtrics aguts, com ara paranoia, deliris, al·lucinacions, agitació i ansietat intensa. Tot i que aquests episodis poden ser transitoris, en alguns casos evolucionen cap a una psicosi completa induïda per estimulants, una afecció similar a l'esquizofrènia, però directament relacionada amb els efectes de la droga. En persones que consumeixen en contextos de vulnerabilitat, com ara la manca d'habitatge, traumes o policonsum, aquests episodis solen veure's exacerbats per factors ambientals estressants, manca de descans o nutrició i aïllament (Darke et al., 2008).

Els serveis tradicionals de salut mental solen tenir dificultats per respondre adequadament a la psicosi induïda per estimulants. La persona pot estar agitada, incoherent o temerosa del personal sanitari. Quan no es disposa de contenció immediata, les respostes es poden intensificar donant lloc a la intervenció policial, la contenció mecànica o l'hospitalització involuntària. Des d'una perspectiva de reducció de danys, aquestes respostes solen agreujar la por de la persona i reforçar la desconfiança als serveis públics.

Un model més sòlid i compassiu es troba als centres de reducció de danys de primera línia que integren acompanyament psicosocial en temps real. Un exemple destacat és CAS Baluard, el centre de reducció de danys operat per ABD (Associació Benestar i Desenvolupament) al barri del Raval de Barcelona. Des del 2022, els professionals de CAS Baluard han reportat un augment significatiu en els episodis de psicosi induïda per estimulants relacionats amb el consum de metamfetamina, especialment entre persones que viuen al carrer i en extrema exclusió social. Moltes persones consumeixen metamfetamina per intentar mantenir-se despertes, protegir-se de la violència o afrontar un trauma subjacent; sovint entren en cicles de dies sense dormir, amb poc accés a la calma o la seguretat (ABD, 2023).

A CAS Baluard, l'equip ha desenvolupat estratègies no patologitzants i de baixa exigència per respondre aquest fenomen. En lloc de centrar-se en l'etiquetatge psiquiàtric o la contenció immediata, el personal prioritza la presència, la contenció i les estratègies de calma. Això inclou oferir refugi segur durant episodis de crisi, mantenir el contacte visual, fer servir un llenguatge senzill i respectuós, reduir els estímuls ambientals i (quan sigui necessari) activar els serveis d'emergència amb la preparació emocional prèvia de la persona. L'objectiu no és només la resolució de la crisi, sinó també preservar l'aliança terapèutica, fins i tot quan sigui necessari el trasllat hospitalari.

Col·labora amb altres programes de reducció de danys i habitatge per desenvolupar la continuïtat de l'atenció. Per exemple, quan una persona s'estabilitza després d'un episodi psicòtic, l'equip la pot acompanyar a serveis de seguiment, oferir suport psicològic breu o facilitar l'accés a habitatges de baixa demanda que redueixin l'exposició a entorns desencadenants. Els treballadors socials i els professionals d'extensió comunitària tenen un paper fonamental en la identificació primerenca de signes d'angoixa relacionada amb estimulants i en la desactivació de la paranoia mitjançant la confiança i la proximitat.

Aquest model reflecteix un principi més ampli de reducció de danys: fins i tot quan els símptomes de salut mental són intensos, la persona continua sent la protagonista del procés. La psicosi no elimina l'autonomia, sinó que exigeix adaptació i cures basades en la dignitat, la lletitud i la seguretat.

Clubs socials de cànnabis

Els Clubs Socials de Cànnabis (CSC) són associacions sense ànim de lucre formades per consumidors/es adults/es de cànnabis per cultivar, distribuir i consumir cànnabis col·lectivament dins una xarxa tancada i regulada. El seu objectiu és evitar els perjudicis de la prohibició i els mercats no regulats –com el contacte amb xarxes delictives, la potència descontrolada o els productes contaminats–, oferint alhora una alternativa més segura, transparent i saludable. El model, consolidat inicialment a Espanya, s'ha expandit arreu d'Europa (Malta, Alemanya, Suïssa) com una forma de regulació ascendent, que combina l'autonomia comunitària amb els principis de reducció de danys (Decorte, 2015).

Els CSC operen sota un conjunt de directrius ètiques: només els membres poden accedir al cànnabis; la producció es limita a ús personal i no comercial; la transparència i la rendició de comptes són fonamentals; i la salut pública (sense ànim de lucre) és la prioritat. Molts CSC també ofereixen educació sobre el consum responsable, alternatives al tabac i suport als membres amb problemes de consum.

Un exemple únic de subministrament regulat de cànnabis basat en els principis de la CSC és el programa pilot de subministrament de cànnabis d'Amsterdam, part de l'experiment de cadena cadenada de coffee shops del govern neerlandès. Si bé els Països Baixos han tolerat durant molt de temps la venda de cànnabis a coffee shops amb llicència, el cultiu i el subministrament van continuar sent il·legals, cosa que crea una paradoxa: el cànnabis es ven legalment, però s'obté de forma il·legal. Per abordar aquesta contradicció, Amsterdam es va unir a un programa pilot nacional (llançat el 2023-2024) que permet a determinats municipis cultivar i distribuir cànnabis legalment sota condicions controlades, tancant així la zona grisa del "subministrament clandestí" (WODC, 2023).

Tot i que el model d'Amsterdam difereix estructuralment dels CSC d'Espanya, comparteix principis clau:

- Producció controlada sota supervisió pública.
- Distribució local limitada a usuaris coneguts.
- Cànnabis cultivat sense pesticides nocius, amb nivells consistents de THC/CBD i proves de laboratori.
- Difusió educativa sobre ús responsable i riscos per a la salut.
- Evitar els mercats criminals garantint la traçabilitat des de la llavor fins a la venda.

Aquest programa pilot permet que fins a deu productors amb llicència abastin cafeteries designades a les ciutats participants (incloses Breda i Tilburg, amb la incorporació parcial d'Amsterdam). L'objectiu és avaluar l'impacte a la salut pública, l'experiència de l'usuari i la delinqüència organitzada, amb la possibilitat de fonamentar una reforma més àmplia als Països Baixos (Govern dels Països Baixos, 2023).

Des d'una perspectiva de reducció de danys, aquestes iniciatives redueixen l'exposició al cànnabis impredecible del mercat negre, permeten un etiquetatge clar del contingut de THC/CBD i obren espais per a l'educació dels usuaris, incloses alternatives per no fumar, coneixement de les dosis i la importància d'evitar el consum durant l'adolescència o en estats de salut mental vulnerables.

Els Clubs Socials de Cànnabis i els models reguladors relacionats demostren que és possible despenalitzar i regularitzar el consum de cànnabis sense promoure'l, prioritzant la salut pública, els drets dels usuaris i la reducció dels danys estructurals. L'exemple d'Amsterdam mostra que, fins i tot en contextos tradicionalment tolerants, tancar el cercle entre l'oferta i la distribució és essencial per avançar de l'ambigüitat a la rendició de comptes.

Secció 3 | Perspectiva del treball entre iguals

La integració del treball entre iguals en la reducció de danys no és un complement sinó una estratègia multinivell que millora l'eficàcia, l'abast i l'equitat. Els treballadors entre iguals, entesos com a persones amb experiència en el consum de substàncies, es troben en una posició privilegiada per operar en els nivells individual, comunitari, de serveis i de polítiques. Les seves contribucions no són només de suport, sinó també transformadores, especialment quan s'apliquen a les estratègies específiques per al tractament de substàncies descrites a la Secció 2.

Nivell individual: Generar confiança i donar suport a pràctiques més segures

Els/les companys/es solen ser el primer punt de contacte per a les persones que consumeixen drogues. Creen un ambient de no judici i reconeixement mutu, cosa que és essencial en implementar estratègies com:

- **Naloxona per portar a casa:** persones de la mateixa comunitat distribueixen naloxona i expliquen el seu ús a través d'exemples viscuts de reversió de sobredosi, desmitificant el procés i reforçant el missatge que les persones que usen drogues poden salvar vides, inclosa la seva pròpia.
- **Educació sobre l'ús més segur:** els iguals comparteixen consells pràctics sobre el maneig de dosis, la hidratació, el ritme i el son, especialment rellevants en contextos d'ús d'estimulants o chemsex, basats en el coneixement de primera mà dels efectes corporals, els moments de risc i les estratègies d'afrontament.
- **Suport psicodèlic:** suport d'iguals entrenats en acompanyament emocional (per exemple al model Kosmicare) guien els usuaris a través d'experiències intenses, oferint presència i tranquil·litat, especialment en estats alterats de consciència.

Nivell comunitari: mediació cultural i detecció primerenca de riscos

Els treballadors entre iguals actuen com a traductors culturals i àncores relacionals. Detecten nous patrons de consum (per exemple, lots adulterats, noves substàncies com els nitazens) i ajuden a integrar estratègies a les rutines comunitàries.

- **Anàlisi de drogues:** els iguals tenen un paper clau en interpretar els resultats de les proves en un llenguatge accessible, parlar sobre adulterants (p. ex., levamisol, cannabinoides sintètics) i facilitar les decisions sobre el consum. També ajuden a identificar quan les persones senten vergonya o por de sotmetre's a les proves.
- **Kits per fumar i esnifar:** Els/les companys/es expliquen com fer servir pipes, paper d'alumini o palletes per esnifar de forma segura, validen les improvisacions dels usuaris i promouen la higiene sense moralitzar. El paper és clau per reduir les transicions a la injecció i prevenir infeccions.
- **Educació sobre polidrogues:** les persones de la mateixa comunitat comparteixen coneixements sobre com se senten certes combinacions, com evitar els efectes emmascaradors (per exemple, alcohol + cocaïna = cocaetilè) i com planificar el temps de recuperació després d'una atracació.

MAP i atenció comunitària de l'alcohol: les persones de la mateixa comunitat normalitzen l'ús controlat, redueixen l'estigma cap als que no volen deixar de beure i fomenten la participació en rutines diàries que milloren l'estabilitat.

Nivell Organitzacional: Disseny de Serveis, Accessibilitat i Continuïtat

Dins dels serveis, les persones de la mateixa comunitat donen suport a intervencions de baixa exigència i centrades en la persona. La seva aportació garanteix que els programes siguin realistes, culturalment segurs i respectuosos.

- **Sales de Consum de Drogues (SCD):** Els/les companys/es reben i orienten els nous usuaris, expliquen les normes de la casa i ajuden a prevenir conflictes. La presència redueix l'ansietat i facilita les derivacions a serveis d'habitatge, salut mental o desintoxicació.
- **Sales d'inhalació:** En instal·lacions que inclouen espais per fumar crack o metamfetamina, els/les companys/es ajuden els usuaris a comprendre la ventilació, la higiene dels broquets i els riscos de sobredosi. També poden proporcionar connexió a terra després del consum de dosis altes.

- **Dosificació encapsulada i estratègies orals:** Els/les companys/es aconsellen sobre com mesurar i cronometrar les dosis, especialment amb substàncies com MDMA, GHB o fongs. Expliquen els efectes de l'inici retardat dels efectes i com evitar errors en repetir la dosi.
- **Higiene nasal:** els/les companys/es comparteixen tècniques per reduir el dany nasal (per exemple, aixafar bé, alternar les fosses nasals) i fomenten l'ús d'aerosols salins o palletes personals.

En tots aquests entorns, els treballadors de la mateixa comunitat augmenten la continuïtat, fent un seguiment dels usuaris en diferents contextos i ajudant-los a tornar als serveis després d'interrupcions o crisis.

Nivell de polítiques i sistemes: promoció, avaluació i redistribució del poder

Les persones de la mateixa comunitat són essencials perquè la reducció de danys rendeixi comptes a les comunitats a què serveix. La seva participació a les accions a nivell sistèmic inclou:

- **Disseny de polítiques pilot:** les aportacions de les persones de la mateixa comunitat han donat forma a la distribució de kits per fumar més segurs, als experiments amb cànnabis legal i a les estratègies de distribució de tires de prova de fentanil a tot Europa.
- **Monitorització i alertes:** Les persones de la mateixa comunitat contribueixen als sistemes d'alerta primerenca informant sobre noves substàncies o canvis perillosos en l'oferta del mercat (per exemple, presència de xilazina, noves benzodiazepines).
- **Capacitació i desenvolupament de capacitats:** Les persones de la mateixa comunitat capaciten els professionals i altres usuaris, ajudant els serveis a superar l'estigma, adaptar el llenguatge i adoptar la reducció de danys a la pràctica, no només en el discurs.
- **Defensa de drets:** Xarxes com EuroNPUD o LANPUD advoquen per la despenalització, el dret a l'habitatge i la protecció legal per a les persones que consumeixen drogues, garantint que la reducció de danys inclogui la justícia social, no només la salut.

Unitat 3 | Estratègies de reducció de danys adreçades a persones sense llar

Secció 1 | Introducció a les situacions de persones sense llar

Secció 2 | Reducció de danys en casos de manca d'habitatge

Unitat 3 | Estratègies de reducció de danys adreçades a persones sense llar

Secció 1 | Introducció a les situacions de persones sense llar

En els darrers anys, el nombre de persones sense llar ha augmentat de forma constant als països occidentals (FEANTSA, 2023). Aquesta no és una tendència aïllada, sinó el resultat de la intersecció de diverses crisis estructurals: la creixent crisi de l'habitatge (Baptista i Marlier, 2019), polítiques migratòries cada cop més restrictives i la precarietat creixent generada per dècades de reformes neoliberals que han erosionat els sistemes de protecció social (Wacquant, 200). Aquests factors es veuen agreujats pel creixent impacte del canvi climàtic, que afecta de forma desproporcionada els que no tenen accés a habitatge, exposant-los a onades de calor, inundacions i fenòmens meteorològics extrems amb escassa o nul·la protecció (Parsell et al., 2020).

En aquest context, el consum de substàncies psicoactives s'ha d'entendre no com un fracàs moral o individual, sinó sovint com una estratègia de supervivència davant de l'abandonament estructural i les condicions inhabitables (Fountain i Howes, 2002; Bourgois i Schonberg, 2009). La reducció de danys en aquesta població no es pot basar únicament en models biomèdics ni en enfocaments de canvi de comportament aliens a la realitat de les persones. En canvi, ha de respondre a les condicions materials de la vida al carrer: inestabilitat, violència, fam, trauma, exposició i aïllament social.

Per a moltes persones sense llar, el consum de substàncies compleix una funció funcional i adaptativa: els permet mantenir-se desperts per evitar agressions, adormir el dolor o el fred, afrontar traumes o establir una rutina en un món impredecible (Duff, 2014; Pauly, 2011). Com va descriure una persona sense llar, pot ser una necessitat de supervivència, un mecanisme d'afrontament i una manera d'escapar. Amb el temps, aquest consum es pot convertir en part d'un cercle viciós: les persones consumeixen per sobreviure, però després encara són més excloses, criminalitzades o se'ls nega l'accés als serveis per consumir. Aquest cercle viciós reforça tant la manca d'habitatge com el risc. Per això, és fonamental dedicar un capítol específic a la reducció de danys en contextos de manca d'habitatge, no com un tema secundari, sinó com un front central en la lluita per l'equitat en salut i la dignitat humana.

Secció 2 | Reducció de danys en casos de manca d'habitatge

Característiques clau de la reducció de danys en contextos de persones sense llar

La reducció de danys en entorns de persones sense llar requereix estratègies personalitzades que tractin la violència estructural, la inestabilitat i l'exposició constant que experimenten 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. També ha de ser adaptable i respondre a la situació particular de cada persona, acompanyant-la en el procés de sensellarisme, salut mental o consum de substàncies.

Equips d'extensió

La reducció de danys mòbil i comunitària constitueix un pilar fonamental per respondre a les necessitats de les persones que consumeixen drogues i es troben en situació de carrer. Aquestes intervencions s'ofereixen directament en espais públics o semiprivats on les persones viuen i consumeixen substàncies: sota ponts, a carrerons, a parcs, edificis abandonats, cases ocupades o als propis carrers. Per a molts, aquests serveis no són complementaris sinó el seu únic punt de contacte amb l'atenció mèdica, el suport emocional o l'acompanyament social (Fountain i Howes, 2002; Pauly, 2011). El treball comunitari combina la distribució de materials de reducció de danys —com ara xeringues estèrils, paper d'alumini, naloxona o kits per fumar de manera més segura— amb contenció emocional, defensa informal, resposta davant de sobredosi i treball pedagògic amb la comunitat en general. És fonamentalment una forma d'atenció basada en la presència, la repetició i la confiança relacional.

Una de les contribucions principals del treball d'extensió resideix en la capacitat per reduir l'estigma mitjançant la comprensió, la presència i l'acció empàtiques. Els equips recullen xeringues rebutjades, responen a sobredosi en espais públics, intervenen amb els veïns i les veïnes i ofereixen una interacció serena i respectuosa amb els usuaris que sovint es perceben com a amenaçadors o disruptius. Gràcies a aquesta visibilitat sostinguda, la reducció de danys es resignifica, no pas com una font de desordre, sinó com una intervenció que protegeix tant la salut pública com la dignitat humana (Bourgois i Schonberg, 2009). Alhora, els treballadors d'extensió han de negociar una tensió constant entre ser reconeixibles com a professionals de l'atenció i, en certs contextos, mantenir la discreció per protegir els usuaris de la criminalització. Aquesta doble estratègia —ser identificable i invisible alhora— forma part del que fa de la feina de carrer una activitat tan delicada i sensible al context.

Fonamentalment, els equips d'extensió comunitària operen a la primera línia de les dinàmiques NIMBY (Not In My Backyard), que sovint afecten els serveis de reducció de danys i les persones sense llar. Aquestes reaccions, sovint impulsades per la por, la desinformació o les ansietats classistes i racialitzades, tendeixen a resistir la presència de persones que consumeixen drogues a l'espai públic. Els treballadors d'extensió comunitària actuen com un amortidor, absorbint les queixes de la comunitat, mitjançant les tensions i defensant el dret a l'existència de les persones en exclusió extrema. Ho han de fer sense autoritat formal, sovint amb recursos insuficients, i alhora protegint la fràgil confiança que han construït amb els usuaris. En aquest sentit, l'extensió comunitària no només tracta de reduir els riscos per a la salut, sinó que també fa mediació de conflictes i diplomàcia urbana, ajudant a mantenir formes fràgils de coexistència.

Una part particularment complexa i sensible d'aquesta mediació implica les interaccions amb les forces de l'ordre. La presència policial a llocs públics de consum de drogues pot augmentar la tensió, provocar un consum precipitat o dissuadir els usuaris d'accedir als serveis. Els equips d'extensió comunitària solen intervindre directament entre els agents de policia i els usuaris, ajudant a reduir les confrontacions, advocant per respostes basades en la reducció de danys i defensant el dret de les persones a accedir a l'atenció sense assetjament. Si bé aquesta funció rares vegades es formalitza, és essencial: els treballadors d'extensió comunitària poden explicar què és la naloxona, dissipar les suposicions de perill i fins i tot forjar aliances pragmàtiques amb agents individuals per reduir el dany a les interaccions quotidianes (Vitale, 2017). En contextos on la criminalització continua sent un marc dominant, aquestes iniciatives de micromediació poden marcar la diferència entre la vida i la mort, o entre la confiança i la ruptura.

Un exemple il·lustratiu prové de Cork, on l'Autoritat Local recluta Vigilants de Seguretat Comunitària per millorar la seguretat pública i l'entorn urbà. Aquesta col·laboració entre l'Ajuntament de Cork, l'Associació d'Empresaris de Cork i An Garda Síochána desplegarà vigilants a zones designades per brindar assistència i informar sobre problemes. S'ha convidat Cork Simon a contribuir a la seva formació, garantint així que la presència dels vigilants fomenti una interacció positiva amb les persones sense llar i problemes relacionats, com ara el consum de drogues. S'espera que aquesta iniciativa es converteixi en un avenç constructiu per a la ciutat.

El treball d'extensió comunitària és particularment vital per arribar a poblacions estructuralment excloses, com ara dones, persones trans, migrants en situació administrativa irregular i persones amb malalties mentals sense tractament o antecedents de violència institucional. Per a moltes, l'equip d'extensió comunitària pot ser l'única estructura visible i fiable a la ciutat. Sovint és en aquestes interaccions —tranquil·les, pacients i sense exigències— on es possibiliten noves formes de seguretat i participació (EHRA, 2020; Meroño, 2019).

Aquests equips detecten signes primerencs de psicosi, responen a ferides i sobredosi, ofereixen derivacions a albergs o simplement acompanyen la persona a l'hospital, escurçant la distància entre la vida al carrer i les institucions inaccessibles.

Treballar en entorns de consum obert, edificis abandonats, terrats o estacions de tren requereix coneixements que poques vegades s'inclouen en la formació acadèmica. La comunicació s'aprèn amb la pràctica: saber gestionar conflictes, mantenir l'espai sense presses o connectar mitjançant una conversa informal sobre futbol, la família o el temps. Exigeix intel·ligència emocional, una competència cultural profunda i la capacitat d'actuar sense imposar-se. És una pedagogia del carrer: lenta, situada, dialògica. I sovint és aquesta pedagogia la que manté vives les persones en contextos on tots els altres sistemes els han fallat.

Els equips d'extensió comunitària operen diàriament en entorns inestables, impredecibles i sovint hostils, tant per als qui els utilitzen com per als professionals. A diferència dels entorns clínics o institucionals, aquests són espais sense portes per tancar, sense botons de pànic ni autoritat formal. La intervenció es fa en temps real i a la vista del públic, sovint en un ambient de soroll, clima, espectadors o consum actiu. Aquests contextos exigeixen que els equips s'adaptin constantment, no sols logísticament, sinó també emocionalment i relacionalment. Els equips han de decidir si acostar-se o contenir-se, intervenir en un conflicte o observar discretament, dialogar o simplement oferir presència. Aquesta capacitat d'interpretar la microdinàmica de l'espai i el comportament grupal forma part del coneixement incorporat que l'extensió comunitària construeix amb el temps.

En aquest sentit, l'adaptació també implica ser capaç de navegar en espais de més vigilància i disputa. Els entorns de consum obert solen estar fortament vigilats i instrumentalitzats políticament. Els equips d'extensió han d'aprendre a treballar dins d'aquestes pressions, de vegades negociant acords informals amb les forces de l'ordre, de vegades intervenint per reduir les tensions abans que es prenguin mesures punitives. A edificis abandonats o cases ocupades, on les persones poden estar dormint, sota la influència de substàncies o experimentant episodis psicòtics, l'enfocament d'extensió és lent, respectuós i atent al risc. També significa reconèixer que no tots els espais són igualment accessibles: les dinàmiques de gènere i racialització determinen qui se sent segur a quin lloc. Els equips d'extensió que són diversos, informats sobre el trauma i culturalment competents, estan més ben equipats per adaptar-se a aquests entorns sense reproduir el dany, assegurant que la seva presència no es converteixi en una altra capa de control, sinó més aviat en un vector de protecció.

Inclusió de refugis i models d'habitatge de baixa exigència

L'accés a l'habitatge continua sent un dels problemes més urgents i estructuralment desatesos en la reducció de danys i la resposta a la manca d'habitatge a tot Europa. Tot i la creixent evidència que l'habitatge estable redueix significativament els danys associats al consum de substàncies, moltes ciutats encara operen amb models d'habitatge basats en l'abstinència o punitius (Pleace i Lloyd, 2022). En aquests sistemes, el consum de substàncies és motiu d'exclusió o expulsió, obligant les persones a triar entre la seguretat i les estratègies de supervivència. El resultat és una realitat paradoxal i sovint cruel: a les persones se'ls nega l'habitatge per consumir substàncies, mentre que continuen consumint substàncies perquè se'ls nega l'habitatge. Aquesta situació es veu agreujada per polítiques públiques d'habitatge profundament inadequades, especialment a països on les reformes neoliberals, la gentrificació i els mercats especulatius han erosionat el dret a l'habitatge fins a convertir-lo en un bé competitiu i inaccessible (Rolnik, 2019; FEANTSA i Fondation Abbé Pierre, 2023).

A moltes ciutats europees, una altra barrera estructural afecta les persones en situació administrativa irregular: l'accés als albergs es limita a llits d'emergència, generalment nocturns i sense continuïtat. Aquesta restricció (basada en la situació administrativa) reproduïx l'exclusió i debilita la possibilitat d'acompanyament a llarg termini. Per a les persones que consumeixen substàncies i també són migrants en situació administrativa irregular, aquest model impedeix l'accés a rutines estables, atenció psicosocial o una reducció significativa de danys. Ignora el pes del trauma, el dolor del viatge migratori i la necessitat de seguretat relacional (Wirth i Leclerc, 2022). A més, la impossibilitat de guardar pertinences, descansar durant el dia o accedir a serveis bàsics d'higiene consolida encara més la inestabilitat i la invisibilitat, deixant les persones en un cicle d'esgotament, exposició i estigmatització.

Molts refugis a Europa encara no ofereixen serveis accessibles i adaptats a les necessitats de l'usuari, i aquesta deficiència és particularment greu per a les dones i les persones de gènere divers que consumeixen drogues. Aquests refugis raras vegades es dissenyen tenint en compte les necessitats de seguretat de les dones, especialment de les que són supervivents de violència, es dediquen al treball sexual o consumeixen substàncies com a forma d'afrontament. El risc de ser jutjades, patologitzades o fins i tot assetjades sexualment pel personal o altres residents és real. Per a les persones involucrades en chemsex o que consumeixen estimulants en entorns sexualitzats o nocturns, la majoria dels refugis no ofereixen suport estructural ni rutines adaptades. En lloc de brindar descans i atenció, imposen horaris rígids, vigilància moral i regles descontextualitzades, cosa que aliena a moltes que altrament participarien (Meroño, 2019).

En aquest context, el CRI Galena de Barcelona (Catalunya) destaca com a bona pràctica. Aquest centre de reducció de danys inclou un programa d'habitatge específicament dissenyat per a persones que consumeixen substàncies i viuen en situació de carrer. Permet accedir sense requisits d'abstinència, ofereix sales de consum supervisat, suport emocional, kits per a fumadors, MAP i personal capacitat en salut mental i enfocaments orientats al trauma. El centre presta especial atenció a les necessitats de dones, persones trans i persones no binàries, i el seu disseny es va basar en la participació comunitària i el treball de divulgació a llarg termini al carrer. Galena no sols ofereix un lloc per dormir, sinó també un pont relacional i estructural entre la vida al carrer i formes d'atenció més estables, evitant la coerció institucional i prioritant la continuïtat.

Un enfocament més llarg es troba en els models Housing First que no condicionen l'accés a l'habitatge a l'abstinència, el tractament o el canvi de comportament. Aquests programes ofereixen habitatge independent des del primer dia i brinden suport voluntari i integral. Un exemple particularment poderós és el projecte Housing First de CRESCER. El 2013, CRESCER va implementar *É UMA CASA*, el programa Housing First de Lisboa, adreçat a persones en situació de carrer i que consumeixen substàncies psicoactives. Seguint el model Housing First fundat el 1992 per Sam Tsemberis, aquest projecte es basa en la metodologia Housing First i l'enfocament de reducció de danys. El seu objectiu és erradicar la manca d'habitatge crònic mitjançant una inclusió comunitària efectiva, reconeixent que el problema principal d'una persona en situació de carrer és no tenir una llar. Un cop garantit aquest dret humà bàsic i assegurades les necessitats bàsiques, a les persones els resulta fàcil gestionar altres problemes de la vida. Per això, ofereix a les persones en situació de carrer un lloc propi sense condicions prèvies com el compliment del tractament psiquiàtric o la sobrietat, sense restriccions com no tenir documentació o nacionalitat portuguesa, estar en situació administrativa irregular o haver estat a la presó; No cal que les persones demostrin que estan preparades per accedir a un habitatge o que mereixen tenir-hi accés.

É UMA CASA, Lisboa Housing First ofereix accés immediat a habitatges independents, sense límit de temps i disperses (per promoure la inclusió social) al municipi de Lisboa, juntament amb el suport extern d'un equip especialitzat (24/7) i serveis comunitaris. La interacció entre el client i el personal es basa en el respecte, la calidesa i la compassió des del primer contacte al carrer. L'habitatge és independent dels serveis, tant conceptualment com físicament, cosa que garanteix que la freqüència dels serveis clínics no afecti l'estabilitat de l'habitatge. Els serveis de suport i tractament han de ser proporcionats per les respostes existents a la comunitat. A més, Housing First creu que les persones són capaces de definir les seves pròpies metes i en promou l'autodeterminació. Se centra en la recuperació, on cada persona en defineix la recuperació i comença amb l'elecció i l'autodeterminació.

Finalment, Housing First utilitza un enfocament de reducció de danys: l'equip es reuneix amb les persones en la seva situació actual, generalment al carrer, i inicia el procés de suport des d'aquest punt, ajudant-les a controlar gradualment les conductes nocives i, alhora, fomentant l'ús de tractaments per a addiccions, salut mental i altres serveis. En aquesta línia, si el client encara no considera un problema el consum de substància psicoactiva, el focus no està posat a aturar-lo sinó a reduir les conseqüències negatives d'aquesta conducta.

É UMA CASA Lisboa Housing First utilitza estratègies específiques de reducció de danys centrades en el consum de substàncies psicoactives que s'implementen a la nostra pràctica diària:

- Promoció de patrons de son, alimentació i higiene més saludables.
- Treballar amb les persones perquè comencin a consumir a casa, reduint situacions d'intoxicació al carrer, exposició a contactes violents, lesions i problemes amb la policia.
- Promoció de sessions d'educació per a la salut.
- També es proporciona accés domiciliari a proves i tractaments de VHC i VIH en els casos en què els llogaters són més resistents a la vinculació a l'atenció.
- Personal va lliurar a domicili material asèptic per a consum de substàncies psicoactives injectables i fumades (kits, xeringues, paper alumini, pipes).
- Es discuteixen i implementen estratègies per prevenir situacions que amenacin la vida (per exemple, subministrament de naloxona, medicament que reverteix les situacions de sobredosi, per fer-se servir en casos de sobredosi, prevenció de l'abstinència d'alcohol).
- S'implementen tractaments farmacològics de baixa exigència quan cal (p. ex., benzodiazepines o maneig de l'alcohol). El psiquiatre de CRESCER inicia un tractament farmacològic de baixa exigència, que pot incloure la reducció de benzodiazepines utilitzant la mateixa substància que les persones solien consumir de manera addictiva, diàriament o setmanalment, proporcionada per l'equip/recurs comunitari. Normalment, després d'un temps, les persones s'adhereixen als serveis comunitaris (p. ex., l'equip de tractament).

Un exemple notable d'habitatge amb reducció de danys segons l'edat als Països Baixos és Woodstock, un centre residencial a l'Haia per a gent gran amb un prolongat historial de consum de substàncies. Inaugurat el 2008, Woodstock ofereix allotjament amb suport les 24 hores per a persones més grans de 45 anys que han experimentat addicció crònica i manca d'habitatge. A diferència de les residències tradicionals, el consum de drogues es tolera dins de certs límits i els residents no estan obligats a abstenir-se. En canvi, l'enfocament se centra a estabilitzar la vida diària, brindar atenció mèdica i tractament amb metadona si cal, i promoure la dignitat i la connexió social a la vellesa. El projecte ha millorat la qualitat de vida dels residents, alhora que ha reduït les molèsties públiques i els delictes menors al veïnat circumdant. Woodstock il·lustra un enfocament compassiu i realista per a l'envelliment en situació de marginació i continua operant avui dia sota el marc d'atenció del Grup Parnassia (Taipei Times, 2012).

Tot i això, és important reconèixer que els models d'habitatge grupal, com els albergs o els apartaments compartits, presenten desafiaments. Reunir persones només per haver viscut al carrer o haver consumit substàncies sol ser insuficient per garantir la compatibilitat o el benestar. L'absència d'objectius, interessos o ritmes comuns pot generar tensió relacional, conflicte o retraumatització. Esperar que les persones s'adaptin ràpidament a la convivència en condicions de trauma acumulat i patiment social és, en molts casos, una exigència poc realista. Els equips de suport han d'anticipar aquesta complexitat i oferir mediació, seguiment individualitzat i opcions de sortida quan calgui.

Cobertura de servei 24/7

Per a les persones que viuen al carrer, el temps no es divideix entre hores d'oficina i descans; és continu, inestable i, sovint, condicionat per imperatius de supervivència. Els serveis socials i de salut tradicionals, limitats per horaris d'atenció limitats, sovint no s'ajusten als ritmes reals i necessitats urgents de les persones en situació de carrer i consum de substàncies. L'absència de serveis nocturns i de cap de setmana es converteix en una barrera estructural en si mateixa, cosa que genera danys evitables, necessitats insatisfetes i oportunitats d'intervenció desaprofitades.

Implementar una cobertura de serveis 24/7, ja sigui mitjançant serveis mòbils d'extensió comunitària, albergs nocturns, unitats de resposta a crisi o centres d'atenció de baixa exigència oberts les 24 hores és una estratègia clau per a la reducció de danys. Reconeix que les sobredosis tenen lloc durant la nit, que les crisis no es produeixen en horari laboral i que moltes persones que consumeixen drogues eviten els espais diürns a causa de l'estigma, l'ansietat o les rutines incompatibles. Per a les dones, les persones trans o les persones acabades d'alliberar de presó, la nit pot ser el moment en què se senten més vulnerables, però també quan estan més disposades a buscar ajuda, sempre que hi hagi algú disponible per rebre-les.

Un component essencial d'aquest marc 24/7 és la disponibilitat constant de materials dús més segur: xeringues, paper d'alumini, kits per a fumadors, naloxona, filtres. Quan les persones no poden accedir a aquests materials en el moment en què els necessiten, poden reutilitzar o compartir equips, recórrer a estratègies d'alt risc o perdre la capacitat d'endarrerir-ne o modificar-ne l'ús. Garantir l'accés constant mitjançant màquines dispensadores, centres d'atenció o de distribució comunitària salva vides i protegeix la salut pública. A més, transmet un missatge de coherència i respecte: la reducció de danys no depèn del temps, la ubicació ni la posició social.

Igualment important és l'existència de llocs segurs i identificables on les persones puguin acudir quan experimentin efectes no desitjats de substàncies. Ja sigui per risc de sobredosi, agitació induïda per estimulants o angoixa emocional, les persones han de saber on poden ser ateses sense judicis, coerció ni càstig. La disponibilitat d'espais de consum supervisat, que funcionen les 24 hores, els 7 dies de la setmana, proporciona aquesta xarxa de seguretat.

Aquests espais permeten a les persones consumir substàncies amb equip esterilitzat, personal capacitat i resposta immediata a emergències si cal. Més enllà de la seguretat, ofereixen una mica més: presència humana, contenció relacional i la reducció de traumes evitables.

Per a dones i persones LGTBIQ+ que consumeixen drogues, l'impacte dels serveis 24/7 és particularment significatiu. Moltes han patit violència de gènere, transfòbia o agressió sexual, sovint intensificada per la manca d'habitatge i el consum de drogues. Accedir a espais de reducció de danys a la nit, quan la vulnerabilitat augmenta, redueix l'exposició a entorns insegurs i crea espais de seguretat en territoris urbans que altrament serien hostils. Aquests serveis no només satisfan necessitats materials, sinó que també reconeixen les dimensions polítiques i emocionals de la seguretat, la inclusió i la dignitat.

A més, la reducció de danys 24/7 permet la continuïtat de l'atenció: redueix la desconexió entre el suport al carrer i els sistemes institucionals, facilita el seguiment després d'emergències i permet un enfocament més flexible i relacional, ja que el personal té temps per adaptar-se als ritmes de les persones en comptes d'imposar-los formats rígids. També ofereix espais de calma i refugi, on les persones poden descansar, hidratar-se, escalfar-se, conversar o simplement existir sense que se'ls demani que se'n vagin.

A moltes ciutats europees, la manca de reducció de danys 24/7 i infraestructura de baixa exigència reflecteix un problema més profund: la prioritització de l'eficiència sobre l'equitat. El finançament tendeix a donar suport a models d'horari de 9 a 5, fins i tot quan l'evidència mostra que les poblacions més vulnerables operen fora d'aquests límits. Per a les persones que dormen a la intempèrie, l'hora de tancament pot significar tornar a entorns insegurs, perdre l'accés a naloxona o quedar-se soles durant psicosis, abstinència o crisis emocionals.

Programes de Control d'Alcohol (MAP)

Els MAPS són intervencions de reducció de danys dissenyades per donar suport a persones amb dependència greu de l'alcohol, en particular els que no tenen habitatge o viuen en exclusió crònica. A diferència dels models basats en abstinència, els MAP proporcionen dosis mesures de begudes alcohòliques (normalment vi o cervesa) a intervals regulars al llarg del dia, en un entorn supervisat, estructurat i de suport, sovint integrat en un centre d'acollida.

En integrar-se amb els recursos d'habitatge, els MAP ofereixen més que el maneig de símptomes: brinden estabilitat, dignitat i reconexió a les persones el consum d'alcohol de les quals les ha inhabilitat per romandre en albergs tradicionals. Aquests programes tenen com a objectiu:

- Prevenir la perillosa abstinència d'alcohol, que pot posar en perill la vida als grans bevedors.

\

- Reduir el consum d'alcohol no destinat a consum humà (per exemple, esbandida bucal, desinfectant de mans).
- Limiteu el consum excessiu d'alcohol i el consum d'alt risc en espais públics.
- Augmentar la participació en els sistemes de salut i assistència social
- Promoure l'estructura diària i la creació de confiança.

Els MAP integrats a l'habitatge funcionen en unitats residencials, on els/les participants disposen d'habitacions privades i accés a serveis addicionals com l'atenció d'infermeria, el treball social, els àpats, el suport en salut mental i l'acompanyament entre iguals. L'alcohol s'administra generalment a intervals establerts (per exemple cada 90 minuts o 2 hores), segons un pla individualitzat basat en les necessitats i els hàbits de consum dels participants.

Una de les principals fortaleses dels MAP basats a l'habitatge és que reconeixen que el consum d'alcohol, per a moltes persones, exerceix un paper fonamental en la supervivència diària: afrontar traumes, regular emocions, bregar amb la solitud o mantenir-se alerta mentre viuen al carrer. Aquests programes eliminen el caos i la criminalització associats al consum no autoritzat, oferint un espai controlat on les persones poden reduir gradualment el dany, restablir rutines i explorar el canvi sense pressions.

L'evidència del programa pilot nacional MAP d'Irlanda (implementat entre el 2021 i el 2022) mostra resultats prometedors. Segons un estudi qualitatiu de McCann et al. (2024), els/les participants van experimentar una millor salut, una menor dependència dels serveis d'emergència, un consum d'aliments més gran, una millor adherència a la medicació i una millor qualitat del son. El personal també va informar que el model va fomentar una participació més significativa i els residents es van sentir més segurs i respectats. L'estudi va destacar que els MAP poden ser un component clau de l'atenció adaptada al trauma, i que l'habitatge i la reducció de danys no són mútuament excloents, sinó que es reforcen mútuament.

A Barcelona, un programa pilot de MAP implementat per ABD i el sistema de salut pública ha mostrat beneficis similars, especialment en termes de reducció de l'ús de serveis d'urgències, millora del benestar emocional i la interacció dels usuaris amb els/les professionals sanitaris. Segons l'avaluació de Filomena-Velàndia et al. (2024), els/les participants van valorar l'equilibri entre estructura i flexibilitat, i el programa va resultar rendible. L'estudi aporta una evidència valuosa del context del sud d'Europa, on aquest tipus de programes encara són escassos i sovint qüestionats.

Des d'una perspectiva de reducció de danys i dret a l'habitatge, els MAP desafien la lògica moralitzadora i excloent dels albergs basats en l'abstinència. Afirmen que totes les persones mereixen un habitatge, fins i tot si continuen consumint substàncies, i que l'atenció s'ha d'adaptar a les persones, no a l'inrevés.

Unitats mòbils a zones disperses i no urbanes

A molts territoris, en particular a zones periurbanes, industrials o semirurals, el consum de substàncies no segueix la lògica de la centralitat. Si bé algunes ciutats concentren els serveis al voltant de nuclis urbans o focus coneguts de consum de drogues, hi ha patrons creixents de consum i marginalitat en entorns aïllats (zones industrials abandonades, zones forestals, perifèries vials o assentaments informals) desconnectats de la infraestructura bàsica. En aquests entorns, no hi ha centres fixos de reducció de danys, serveis de salut propers ni visibilitat institucional immediata. El que existeix, en canvi, és un perill buit: persones que consumeixen substàncies lluny de l'atenció, dels testimonis i de l'ajuda.

En aquest context, les unitats mòbils de reducció de danys no només són útils. Aquestes unitats (furgonetes, vehicles d'extensió o carpes emergents) brinden accés in situ a equip estèril, informació, suport emocional, primers auxilis bàsics i resposta davant de sobredosi, i sovint són l'únic recurs de salut pública visible en quilòmetres a la rodona. Arriben a persones que no apareixen a les estadístiques oficials, que eviten els centres urbans a causa de la vigilància policial, l'estigma o traumes passats, i que estan completament desconnectades dels sistemes de salut o protecció social.

El paper estratègic de les unitats mòbils no és només operatiu, sinó també territorial. Mapegen allò invisible, responen a desplaçaments sobtats causats per operatius policials o desallotjaments, i adaptant les rutes al coneixement local i la variació estacional. En zones agrícoles, perifèries industrials o àrees amb alta rotació migratòria, el consum pot sorgir a onades i en llocs on no s'ha imaginat una resposta institucional. Les unitats mòbils ofereixen flexibilitat, continuïtat i coneixement relacional en aquests terrenys inestables.

Aquests entorns també plantegen desafiaments únics. Les persones a qui s'arriba poden manca de telèfon, documents, targeta sanitària i manca de confiança. El nivell de deteriorament físic i psicològic pot ser extrem, i molts es veuen obligats a participar en dinàmiques de grup on les relacions de poder, la violència o el silenci actuen de manera perjudicial. En aquests entorns, establir contacte requereix temps, paciència i presència. La unitat mòbil es converteix en una cara familiar en un lloc desconegut.

A més, en territoris on no hi ha instal·lacions fixes, la unitat mòbil pot ser l'única oportunitat per intervenir en una sobredosi, administrar naloxona, detectar abscessos o simplement preguntar a algú si es troba bé. Pot ser la primera i única vegada que una persona rep informació relacionada amb la salut que no estigui vinculada a amenaces ni càstigs. Per a les dones, les persones trans i les comunitats racialitzades també pot ser l'únic espai on se'ls escolta sense ser jutjades ni invisibilitzades.

Reducció de danys i drets digitals

En el context de la manca d'habitatge i el consum de drogues, l'accés a la tecnologia digital sovint passa per alt, però té un paper crucial en la reducció de danys i la inclusió social. Per a les persones que viuen al carrer o en condicions d'habitatge precàries, la possibilitat de carregar un telèfon, connectar-se a internet o fer servir un dispositiu digital pot ser una qüestió de seguretat, connexió emocional i supervivència.

A molts serveis de reducció de danys de baixa exigència, oferir espais per carregar telèfons i accedir a wifi és una de les poques maneres consistents de reduir l'aïllament, fomentar la comunicació amb la família o les xarxes d'atenció i mantenir la continuïtat dels processos terapèutics o socials. Per a les persones que consumeixen substàncies, especialment aquelles en situacions d'exclusió extrema, estar desconnectades digitalment sovint significa ser institucionalment invisibles: no poden obtenir cites mèdiques, accedir a llistes d'habitatges, renovar la documentació ni fer el seguiment de tràmits legals, sanitaris o socials.

Alhora, la digitalització de la burocràcia imposa una nova capa de violència a les persones que viuen al carrer. La narrativa social dominant espera que es comportin com qualsevol altre ciutadà (acudir a cites, descarregar documents, respondre correus electrònics, accedir a aplicacions), ignorant que no tenen els mitjans per tenir o mantenir un telèfon, i encara menys per pagar dades d'internet o reemplaçar un carregador robat. Una pantalla trencada, una contrasenya oblidada o una targeta SIM extraviada esdevenen no només un inconvenient, sinó una barrera per a l'accés a drets. D'aquesta manera, els mateixos sistemes que exclouen les persones de l'habitatge o l'atenció exigeixen ara l'exercici digital com a condició per a la reintegració, reproduint l'estigma mitjançant la vigilància tecnològica.

Això es veu agreujat pels imaginaris estigmatitzadors que envolten les persones que consumeixen drogues i viuen al carrer. Hi ha la suposició generalitzada que si algú consumeix substàncies i viu al carrer, també és incapaç d'interactuar amb la tecnologia o no mereix tenir-hi accés. La presència d'un telèfon pot generar sospites o fins i tot hostilitat: s'assumeix que s'ha de robar o que la persona manipula el sistema. Aquesta sospita reflecteix una lògica punitiva més àmplia: com si la dignitat i la connectivitat fossin una cosa que es guanyés, i no una cosa a què tots tinguessin dret. Aquestes idees neguen no només la capacitat de les persones per connectar-se amb el món digital, sinó també el dret a l'atenció, la presència i la connexió.

Mentrestant, l'accés digital és en si mateix una poderosa eina de reducció de danys. Permet a les persones cercar informació sobre substàncies, llegir alertes sobre lots contaminats, aprendre estratègies d'ús més segur i localitzar serveis propers. En un context on la desinformació i l'estigma són comuns, el contingut en línia fiable pot fomentar l'autonomia, la presa de decisions informada i l'educació entre iguals.

Més enllà de l'aspecte funcional, el món digital també serveix com a font de regulació mental i emocional. Per a molts, veure un vídeo, escoltar música, seguir una transmissió en viu o jugar un joc mòbil és una manera d'escapar de l'estrès, l'ansietat o els desitjos del carrer. L'oci digital es converteix en una forma d'autocura, oferint un refugi temporal i ajudant a omplir el temps en dies llargs i desorganitzats.

Per a persones joves, dones i usuaris LGTBIQ+, l'accés digital també pot significar mantenir el contacte amb famílies escollides o xarxes de suport distants, que solen ser més segures que els entorns físics immediats. Mancant un habitatge segur, el telèfon pot ser un salvavides, una manera de demanar ajuda, de ser localitzat o simplement de sentir-se menys sol.

Tot i això, molts programes de reducció de danys no consideren l'accés digital com a part de la seva lògica d'intervenció, i les institucions públiques poques vegades integren la connectivitat digital com a determinant de salut. Mentrestant, les persones carreguen els telèfons en benzineres, banys públics o endolls exposats, arriscant-se sovint a robatoris, enfrontaments o interacció amb la policia. Negar aquest accés reproduïx les mateixes lògiques d'exclusió i càstig que la reducció de danys busca desafiar.

Higiene, Privadesa i Cura Corporal

En les respostes de reducció de danys adreçades a persones que consumeixen drogues i viuen al carrer, la higiene bàsica i l'accés a espais privats solen considerar-se necessitats secundàries. Tot i això, la seva absència té profundes conseqüències per a la salut física i emocional. La manca d'accés a dutxes, banys, bugaderia, productes d'higiene menstrual o espais per descansar en privadesa soscava la dignitat, l'autopercepció i fins i tot la capacitat de detectar signes de malaltia. Aquests no són problemes secundaris: són components essencials de cura i autonomia.

La majoria de ciutats europees han reduït o eliminat la infraestructura pública que permet la higiene corporal: els banys públics són escassos, sovint tancats o de pagament, i l'accés a dutxes o bugaderia requereix recórrer a sistemes de beneficència que poden imposar judicis morals o requisits d'abstinència. Per als qui viuen en habitatges precaris o dormen a la intempèrie, rentar la roba, raspallar-se les dents, controlar l'olor corporal o mantenir les ungles netes es converteix en un desafiament diari. Amb el temps, això afecta no sols la percepció social, sinó també l'autoimatge interna. Mirar-se al mirall i no reconèixer-se, o evitar els miralls del tot, és una forma de desconexió que reforça la vergonya, l'aïllament i el malestar mental.

Entre les dones, les persones trans i les persones amb diversitat de gènere, aquesta degradació invisibilitzada sol veure's agreujada per l'estigma i la vulnerabilitat menstrual. L'experiència de menstruar en situació de carrer i consumint substàncies poques vegades s'esmenta, però està profundament arrelada. El consum de substàncies pot causar amenorrea, alteracions hormonals o sagnat irregular. Aquests canvis ja generen una sensació de distanciament dels propis cicles corporals.

Si, a més, no es disposa d'un espai privat per canviar-se la compresa, esbandir-se la sang o fins i tot portar productes d'higiene personal de forma segura, el resultat sol ser una dissociació profunda, un risc d'infeccions més gran i una menor capacitat per detectar símptomes d'ITS o problemes ginecològics.

Aquest escenari contribueix a l'imaginari social del consumidor de substàncies "impur" o "irresponsable", un estereotip poderós i deshumanitzant que ignora com les barreres estructurals limiten qualsevol possibilitat d'autocura. El problema no és la voluntat ni la capacitat de la persona, sinó la manca de condicions que possibilitin la cura. Quan no es compta amb un espai segur per rentar-se, canviar-se la roba interior o simplement estar tot sol amb el propi cos, es torna gairebé impossible mantenir rutines d'higiene, intimitat o consciència dels símptomes. La persona no sols queda exclosa socialment, sinó que es distancia progressivament del seu propi cos.

L'accés a dutxes, banys, roba neta i productes per a la cura menstrual no s'ha de considerar un servei extra. Són eines essencials per a la reducció de danys. Afavoreixen la salut de la pell, la prevenció d'infeccions, el control de la salut sexual i la resiliència psicològica. A més, permeten que les persones es reconeixin com a éssers humans, no només com a objectes d'ajuda o control. Escollir roba neta, esbandir-se la cara o rentar-se els cabells no és un acte cosmètic, sinó un gest radical de supervivència i autopreservació.

Des d'una perspectiva de reducció de danys això implica oferir instal·lacions d'higiene accessibles, sense prejudicis i amb perspectiva de gènere. Implica incorporar banys, productes menstruals, miralls, il·luminació, aigua calenta i zones segures específiques per a cada gènere a centres d'acollida, albergs i programes d'extensió comunitària. I vol dir comprendre que el dret a la dignitat no està condicionat a la sobrietat, la documentació ni el compliment de la higiene.

Paradoxalment, moltes ciutats eviten deliberadament instal·lar banys públics per por que les persones que viuen al carrer els utilitzin per dutxar-se, consumir substàncies o descansar. Això reforça un cicle on la seva absència perpetua la imatge mateixa de "brutícia pública", que després s'utilitza per justificar una exclusió més gran. Aquesta lògica política transforma la infraestructura bàsica d'higiene en una eina de control espacial i moral, culpant les persones per comportaments estructuralment produïts per la negligència i la invisibilitat.

Tenir cura del cos no és un luxe. És un acte polític, una forma de prevenció del trauma i un pas necessari per a la reconexió entre les persones, els sistemes de salut i elles mateixes.

Estigma en capes

Les persones que consumeixen substàncies i viuen al carrer es troben entre les persones més sistemàticament estigmatitzades a les societats contemporànies. Tant el consum de substàncies com la manca d'habitatge comporten un estigma simbòlic i institucional intens, que connota fracàs, irresponsabilitat, perill i indignitat. Quan aquestes dues formes d'exclusió s'entrecreuen, no només se sumen, sinó que es multipliquen, creant una condició específica d'hipervisibilitat i esborrat, on la persona és constantment vigilada, jutjada i, tot i això, se li nega presència i protecció.

Aquest doble estigma –ser consumidor/a de substàncies i estar sense llar– es tradueix en experiències quotidianes de deshumanització. Els serveis poden negar-hi l'accés, els professionals poden reduir les expectatives, la policia pot augmentar la vigilància i les comunitats poden exigir l'expulsió de l'espai públic. Davant la societat, aquesta població es converteix en blanc de patologització i càstig, sovint culpada de la seva pròpia condició i percebuda com a incurable.

Per a les dones que consumeixen substàncies i no tenen llar, l'estigma s'aprofundeix. Les expectatives de gènere quant a cura, higiene i control emocional xoquen violentament amb la figura d'una dona que consumeix substàncies en públic o que es troba visiblement malalta. Aquestes dones solen ser jutjades no només com a "addictes" o "sense llar", sinó com a "dolentes dones", subjectes al menyspreu moral, la sexualització i l'abandonament institucional. Tenen més probabilitat de patir violència de gènere, explotació i invisibilització tant als serveis com a les narratives públiques. La seva capacitat maternal sol ser qüestionada o atacada legalment, i la seva vulnerabilitat poques vegades es tradueix en protecció, sinó sovint en càstig.

Quan això es combina amb la racialització, l'estigma esdevé encara més estructural. Les persones racialitzades que consumeixen substàncies i viuen al carrer tenen més probabilitats de ser detingudes per la policia, excloses dels albergs, denegades de documentació i estereotipades com a delinqüents o amenaçadors. S'enfronten a barreres no només en l'accés a l'atenció mèdica, sinó també en la presumpció pròpia d'humanitat i legitimitat. Una dona racialitzada que consumeix substàncies i no té llar carrega amb un triple o quàdruple estigma, segons com la societat interpreti el seu cos: no només com una persona desviada, sinó com una cosa d'un sol ús.

Aquest estigma interconnectat té profundes conseqüències. Redueix l'accés a l'atenció mèdica, debilita les aliances terapèutiques, augmenta la por del contacte institucional i aïlla les persones de les xarxes formals i informals. També fa malbé el món interior de la persona: l'autopercepció, la confiança, la sensació de merèixer atenció i la capacitat d'imaginar el canvi.

Des d'una perspectiva de reducció de danys, respondre això requereix més que oferir equip estèril o un lloc per dormir. Requereix serveis que siguin activament antiestigmatitzants, culturalment competents, que tinguin en compte el trauma i siguin conscients de les dinàmiques de poder. Requereix escoltar sense condicions, tornar la complexitat a les persones les vides de les quals han estat devastades pel judici i reemplaçar les narratives morals per narratives relacionals. Sobretot, requereix reconèixer que el que sembla desaferrament sovint és autoprotecció, i que la confiança ha de guanyar-se, no exigir-se.

Consum de substàncies i temperatures extremes en el context del canvi climàtic

La crisi climàtica no és una amenaça futura; ja és aquí. I si bé els impactes són globals, no tots els cossos estan igualment exposats. Les persones que consumeixen substàncies i viuen al carrer es troben entre les més vulnerables als fenòmens meteorològics extrems; no obstant això, poques vegades se les té en compte en les estratègies d'adaptació climàtica. Des d'onades de calor mortals fins a nits gèlides, des de sequeres urbanes fins a inundacions sobtades, la convergència de la manca d'habitatge, el consum de substàncies i la inestabilitat ambiental constitueix una emergència creixent de salut pública i un desafiament crucial per a la reducció de danys.

La calor i el fred no són neutrals. Per a una persona que consumeix opioides, estimulants o alcohol al carrer, la termoregulació corporal ja està compromesa. Les altes dosis d'estimulants poden elevar la temperatura corporal, mentre que els opioides i l'alcohol poden suprimir la percepció del fred o la calor. Quan això es combina amb esgotament, deshidratació, manca d'ombra o refugi i poca roba, el risc de mortalitat augmenta exponencialment. A ciutats de tot Europa, els casos de mort per cop de calor o hipotèrmia entre persones sense llar que consumeixen substàncies ja no són excepcionals, sinó que s'estan convertint en tragèdies predictibles i evitables.

El canvi climàtic agreuja aquesta realitat. Onades de calor més prolongades i intenses, onades de fred sobtades i pluges extremes afecten desproporcionadament els que viuen a l'aire lliure. En els últims anys, diverses ciutats han patit el desbordament de rius després de pluges torrencials, cosa que ha provocat la mort de persones sense llar les tendes de campanya de les quals es van instal·lar en campaments informals al costat dels rius. En molts casos, van ser les úniques víctimes. Aquests no són accidents aïllats sinó un símptoma d'abandó estructural. Tot i que algunes ciutats han implementat plans d'emergència per al fred i la calor, aquests solen ser insuficients o estar mal adaptats. Els centres de refrigeració o calefacció poden estar allunyats de les zones de consum de substàncies, ser desconeguts per a la població o ser de difícil accés a causa de la vigilància policial, l'estigma o la incompatibilitat amb el consum actiu. En molts casos, les persones no saben on anar o temen perdre les pertinences si abandonen el seu lloc. Els refugis d'emergència que s'obren durant condicions climàtiques extremes poden estar abarrotats, mancar protocols de reducció de danys o imposar condicions basades en l'abstinència que exclouen precisament els que corren més risc.

Les estratègies de reducció de danys al context del canvi climàtic han de ser concretes, tangibles i anticipatòries.

A l'estiu, això inclou:

- Garantir aigua potable gratuïta i accessible a punts urbans clau.
- Proporcionar estructures d'ombra o accés a espais climatitzats.
- Distribuïnt protector solar, gorres i sals hidratants mitjançant difusió.
- Garantir que les persones puguin descansar de manera segura sense haver de desplaçar-se.

A l'hivern significa:

- Proporcionem sacs de dormir càlids i matalassos aïllants.
- Identificar i comunicar espais càlids assegurances oberts 24 hores al dia, 7 dies a la setmana.
- Adaptació de refugis frigorífics a models de baixa exigència i tolerants al consum.
- Assegureu-vos que els equips d'emergència tinguin naloxona i puguin identificar els símptomes de sobredosi, que es poden confondre amb hipotèrmia.

En termes més generals, això implica incloure les persones que consumeixen substàncies a la planificació municipal d'emergències climàtiques i dissenyar respostes que considerin les realitats de la vida al carrer i les trajectòries de consum de substàncies. Els equips d'extensió han de comptar no només amb subministraments, sinó també amb capacitació i protocols per intervenir en condicions climàtiques extremes. Les autoritats públiques han de reconèixer que la vulnerabilitat climàtica estructural no es limita a la geografia. Es tracta de poder, exposició i negligència.

Si una ciutat obre els seus centres de refrigeració només en horari laboral, amaga les fonts d'aigua per evitar que la gent es quedi sense fer res o tanca amb clau els banys públics a la nit, no està fallant en la seva adaptació. Està escollint quines vides es consideren dignes de protecció.

Referències

Referències

Aranda-Rodríguez, E. (2022). Reducció de danys al segle XXI. UNAD - Xarxa d'atenció a les addiccions. <https://unad.org.es>

Bedi, G., Sessa, B. i Morgan, CJA (2022). Context i context en l'ús terapèutic de psicodèlics. *Revista de Psicofarmacologia*, 36(1), 3–16. <https://doi.org/10.1177/02698811211060629>

Benoit, C., Smith, M., Jansson, M., Healey, P. i Magnus, S. (2017). “El problema de la prostitució”: Afirmacions, evidència i resultats de les polítiques. *Arxius de Comportament Sexual*, 46(7), 1873-1881. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0795-7>

Bewley-Taylor, DR (2001). *Estats Units i el control internacional de drogues, 1909-1997*. Continuum.

Bourgeois, P., i Schonberg, J. (2009). *Justicier drogoaddicte*. Premsa de la Universitat de Califòrnia.

Brunt, TM, Nagy, C., Bücheli, A., Martins, Sr., Ugarte, M., Beduwe, C. i Ventura Vilamala, M. (2017). Anàlisi de drogues a Europa: resultats del seguiment del projecte transeuropeu d'informació sobre drogues. *Drug Testing and Analysis*, 9(2), 188–198. <https://doi.org/10.1002/dta.2040>

Carrasco-Garrido, P., Díaz Rodríguez, DR, Andrés, BG, Hernández-Barrera, V., i Jiménez-García, R. (2021). Ús no mèdic de benzodiazepines entre adolescents immigrants i autòctons a Espanya. *Revista Internacional de Recerca Ambiental i Salut Pública*, 18(3), 1171. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031171>

CATIE. (2022). *Hepatitis C i consum de drogues injectables: Informació per a prestadors de serveis*. CATIE. <https://www.catie.ca>

Centres per al Control i la Prevenció de Malalties. (2023). *Informació sobre el fentanil*. Centres per al Control i la Prevenció de Malalties. Recuperat de <https://www.cdc.gov/stopoverdose/fentanyl>

Correlació – Xarxa Europea de Reducció de Danys. (2023). *Monitorització de la reducció de danys per part de la societat civil a Europa 2023*. Correlació – Xarxa Europea de Reducció de Danys. <https://www.correlation-net.org>

Curto, J., Dolengevitx, H., Soriano, R. i Belza, MJ (2020). *Abordatge de la salut mental de l'usuari amb pràctiques de chemsex*. MSD.

D'Anci, KE, Watts, BV, McHugh, RK, et al. (2023). Identificació i gestió de fentanils i nitazens de fabricació il·lícita. Programa de Síntesi d'Evidència del Departament d'Affers de Veterans dels Estats Units.

Darke, S., Kaye, S., McKetin, R. i Duffou, J. (2008). Principals danys físics i psicològics del consum de metamfetamina. *Drug and Alcohol Review*, 27(3), 253–262. <https://doi.org/10.1080/09595230801923702>

Decorte, T. (2015). Clubs socials de cànnabis a Europa: Un moviment transnacional, un model estandarditzat i preocupacions locals. *Revista Internacional de Polítiques de Drogues*, 26(3), 328–334. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.08.005>

Duff, C. (2007). Cap a una teoria dels contextos de consum de drogues: Espai, corporització i pràctica. *Addiction Research & Theory*, 15(5), 503–519. <https://doi.org/10.1080/16066350701431197>

Duff, C. (2008). El plaer en context. *Revista Internacional de Polítiques de Drogues*, 19(5), 384–392. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.07.004>

Duff, C. (2014). La vida social de les drogues. *Revista Internacional de Polítiques de Drogues*, 25(3), 633–635. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.01.001>

Associació Euroasiàtica per a la Reducció de Danys. (2020). Dones que consumeixen drogues a Europa de l'Est i l'Àsia Central, ignorades. Associació Euroasiàtica per a la Reducció de Danys. <https://harmreductioneurasia.org>

Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies. (2011). Informe Anual 2010 de l'OEDT-Europol sobre l'aplicació de la Decisió 2005/387/JAI del Consell. Oficina de Publicacions de la Unió Europea. <https://www.emcdda.europa.eu>

Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies. (2013). Perspectives sobre les drogues: Noves substàncies psicoactives a Europa. Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies. <https://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/nuevas-substancias-psicoactivas>

Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies. (2021). Anàlisi de drogues com a eina de reducció de danys per a consumidors de drogues recreatives: Oportunitats i desafiaments. Oficina de Publicacions de la Unió Europea. <https://www.emcdda.europa.eu/publications>

Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies. (2023). Informe Europeu sobre Drogues 2023: Tendències i desenvolupaments. Oficina de Publicacions de la Unió Europea. <https://www.emcdda.europa.eu>

Hunt, N., Albert, E. i Montañés Sánchez, J. (2008). Eliminant els danys del consum de drogues: Una guia sobre la reducció de danys. Ministeri de Sanitat, Servicis Socials i Igualtat.

Klein, A. (2015). Política de drogues a Portugal: Els beneficis de la despenalització del consum de drogues. Brookings Institution. <https://www.brookings.edu/articles/drug-decriminalization-in-portugal-lessons-for-creating-fair-and-successful-drug-policies>

Klein, A. (2020). De la guerra contra les drogues a la reducció de danys: Imaginant un futur nou. *Third World Quarterly*, 41(3), 407–424. <https://doi.org/10.1080/01436597.2019.1699394>

Latkin, C., German, D., Vlahov, D. i Galea, S. (2013). Barris i VIH: Un enfocament socioecològic per a la prevenció i l'atenció. *American Psychologist*, 68(4), 210–224. <https://doi.org/10.1037/a0032704>

Lee, H. i Antin, TMJ (2016). Com conceptualitzen i estudien els investigadors la intersecció entre sexe i drogues? Una revisió de la literatura recent. *Revista Internacional de Polítiques de Drogues*, 36, 89-101. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.06.010>

Lenton, S. i Single, I. (1998). Definició de reducció de danys. *Drug and Alcohol Review*, 17(2), 213–219. <https://doi.org/10.1080/09595239800187011>

Marlatt, GA (1996). Reducció de danys: Vine tal com ets. *Conductes Addictives*, 21(6), 779–788. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(96\)00038-1](https://doi.org/10.1016/0306-4603(96)00038-1)

Martins, SS i Ghandour, LA (2017). Ús no mèdic de medicaments receptats en adolescents i adults joves: No és només un fenomen occidental. *World Psychiatry*, 16(1), 102–104. <https://doi.org/10.1002/wps.20350>

Miller, PG (2001). Una revisió crítica de la ideologia de minimització de danys a Austràlia. *Salut Pública Crítica*, 11(2), 167–178. <https://doi.org/10.1080/09581590110039842>

Minozzi, S., Saulle, R., De Crescenzo, F., Amato, L. i Davoli, M. (2020). Intervencions psicosocials per a l'abús de psicoestimulants. *Base de Dades Cochrane de Revisions Sistemàtiques*, 2020(5), CD011866. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011866.pub2>

Moloney, M. (2022). Vulnerabilitat estructural, consum de drogues i risc als Estats Units. Ús i abús de substàncies, 57(8), 1169–1174. <https://doi.org/10.1080/10826084.2022.2057494>

Moore, D. (2004). Més enllà de la «subcultura» a l'etnografia del consum de drogues il·lícites. *Problemes Contemporanis de les Drogues*, 31(2), 181–212. <https://doi.org/10.1177/009145090403100202>

Parkin, S. (2013). Hàbitus i entorns de consum de drogues: salut, lloc i experiència viscuda. *Salut i Lloc*, 22, 263–270. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.03.002>

Pates, R. i Riley, D. (Eds.). (2012). Reducció de danys al consum de substàncies i conductes d'alt risc: Política i pràctica internacionals. John Wiley & Sons.

Pienaar, K., Dilkes-Frayne, E., Fraser, S., Moore, D. i Keane, H. (2017). Estigma de l'addicció i la biopolítica de la modernitat liberal: Una anàlisi qualitativa. *Revista Internacional de Polítiques de Drogues*, 44, 192–201. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.02.005>

Platt, L., Minozzi, S., Reed, J., Vickerman, P., Hagan, H., French, C., ... i Hickman, M. (2017). Programes d'intercanvi d'agulles i xeringues i teràpia de substitució d'opioides per a la prevenció de la transmissió de l'hepatitis C en persones que s'injecten drogues. *Base de Dades Cochrane de Revisions Sistemàtiques*, 2017(9), CD012021. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012021.pub2>

Rhodes, T. (2002). L'entorn de risc: Un marc per comprendre i reduir els danys relacionats amb les drogues. *Revista Internacional de Polítiques de Drogues*, 13(2), 85–94. [https://doi.org/10.1016/S0955-3959\(02\)00007-5](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(02)00007-5)

Rhodes, T. i Hedrich, D. (2010). Reducció de danys: evidència, impactes i desafiaments. *Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies*. https://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction_es

Rhodes, T. i Lancaster, K. (2022). Repensar la vulnerabilitat en el context del consum de drogues. *Revista Internacional de Polítiques de Drogues*, 109, 103822. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103822>

Sánchez, CM (2016). El moviment antiprohibicionista i els clubs socials de cànnabis a Espanya. *Revista Espanyola de Drogodependències*, 41(2), 41–58.

Sánchez, F. (2013). Apunts sobre el consum recreatiu de drogues i el context de lleure. *Revista Salut i Drogues*, 13(2), 105–119.

Shiner, M. (2015). Reforma de la política de drogues i la reclassificació del cànnabis a Anglaterra i Gal·les: Un advertiment. *Revista Internacional de Polítiques de Drogues*, 26(7), 696–704. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.04.005>

Single, E., i Rohl, T. (1997). L'Estratègia Nacional sobre Drogues: Planificant el futur. Una avaluació de l'Estratègia Nacional sobre Drogues 1993-1997. Servei de Publicacions del Govern Australià.

Taipei Times. (22 de febrer de 2012). Residència per a gent gran addictes té èxit als Països Baixos. Taipei Times.

<https://www.taipeitimes.com/News/world/archives/2012/02/22/2003526043>

Institut Trimbos. (sf). Noves substàncies psicoactives (NSP). Recuperat al juny de 2025, de

<https://www.trimbos.nl/kennis/nuevas-substancias-psicoactivas-nps/>

Trimbes-Instituut. (7 de maig de 2025). Actualització: Píndoles d'oxicodona falsificades que contenen nitazens potencialment mortals segueixen en circulació. Trimbes-Instituut.

<https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/update-namaak-oxycodonpillen-met-levensgevaarlijke-nitazenen-nog-steeds-in-omloop/>

Tupper, KW (2008). La globalització de l'ayahuasca: Reducció de danys o maximització de beneficis? Revista Internacional de Polítiques de Drogues, 19(4), 297–303.

<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.01.003>

Oficina de les Nacions Unides contra la Droga i el Delicte. (2022). Informe Mundial sobre les Drogues 2022. Oficina de les Nacions Unides contra la Droga i el Delicte.

<https://www.unodc.org/unodc/ca/datos-y-analisis/informe-mundial-sobre-drogas-2022.html>

Van Hout, MC i Bingham, T. (2013). Escenaris oberts de consum de drogues i molèsties públiques relacionades amb les drogues: Un estudi d'investigació d'avaluació visual ràpida a la Irlanda urbana. Periòdic of Ethnicity in Substance Abuse, 12(2), 154–178.

<https://doi.org/10.1080/15332640.2013.788913>

Woods, B. (2022). Guia de reducció de danys per deixar els psicofàrmacs. Projecte Ícar / Centre Llibertat.

Zinberg, NE (1984). Droga, context i entorn: La base del consum controlat dels intoxicants. Yale University Press.

El Projecte Home4Health

Mòdul 5 Treball entre Iguals

Mòdul 5 | Treball entre Iguals

Descripció general del mòdul: (6h)

Unitat 1 - Treball entre iguals; rols i perfil	291
Secció 1 - Introducció al curs i presentació dels participants	292
Secció 2 - Què és la feina entre iguals?	292
Secció 3 - El paper de l'experiència viscuda en el suport a les persones sense llar	298
Secció 4 - Millors pràctiques per integrar l'experiència viscuda a la feina entre iguals	301
<hr/>	
Unitat 2 - Principis d'integració entre iguals	305
Secció 1 - Principis bàsics de la integració institucional entre iguals	306
<hr/>	
Referències	313

a) Objectius i resultats de l'aprenentatge

Definiu el treball entre iguals i la seva rellevància en el disseny i la prestació de serveis.

Explica els coneixements, les habilitats i l'impacte que els companys aporten als equips i als usuaris del servei.

Aplicar estratègies per integrar eficaçment els companys en entorns professionals.

Analitzar els desafiaments i les oportunitats per mantenir els rols de les persones de la mateixa comunitat 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 de les persones de la mateixa comunitat en campanyes de defensa.

Habilitats analítiques: Analitzar els factors conductuals, socials i polítics que afecten les persones sense llar i identificar els elements clau que n'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.

c) Metodologia

- Conferències i presentacions.
- Debats en grup.
- Estudis de cas i situacions reals.
- Activitats interactives.
- Recursos multimèdia (documentals en vídeo, etc.)

d) Materials

- Llibres de text, informes i articles.
- Informació estadística.
- Materials per a l'estudi de cas.
- Recursos multimèdia.
- Diapositives de la presentació.
- Paper i bolígrafs.

e) Infraestructura

Una aula adequada equipada amb projector, pissarra blanca i una disposició de seients que faciliti el treball en grup i els debats.

Unitat 1 | Treball entre iguals; rols i perfil

Secció 1 | Introducció al curs i presentació dels participants

Secció 2 | Què és la feina entre iguals?

Secció 3 | El paper de l'experiència viscuda en el
suport a les persones sense llar

Secció 4 | Millors pràctiques per integrar l'experiència
viscuda a la feina entre iguals

Unitat 1 | Treball entre iguals; rols i perfil

Secció 1 | Introducció al curs i presentació dels participants



Activitat 5.1 | Trencagels: "Sopa de trets"

Objectius:

TPer ajudar els participants a conèixer-se, explorar les diverses trajectòries i apreciar la varietat d'experiències i habilitats que poden ser valuoses en un context professional. Aquesta activitat fomenta la creació de xarxes, l'escolta activa i la curiositat de manera amena i participativa.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Secció 2 | Què és la feina entre iguals?

IEn aquesta secció, explorarem el concepte de treball entre iguals, específicament en el context del suport a persones sense llar. Per començar, veurem un vídeo del Centre de Treball entre Iguals d'Austràlia que presenta els elements clau d'aquest enfocament. Tot i que el vídeo se centra principalment en la salut mental, més endavant analitzarem com es pot aplicar la feina entre iguals a diverses experiències de vida, incloent-hi la manca d'habitatge.

Vídeo: [RESPOSTA A LA FALTA D'HABITATGE: el paper dels companys en la recuperació](#)

Comprendre la feina entre iguals en el suport a les persones sense llar.

El treball entre iguals és una professió en auge que sorgeix de les experiències viscudes per persones que han afrontat i superat importants desafiaments vitals, com ara problemes de salut mental, consum de substàncies, manca d'habitatge i altres àmbits com la violència de gènere i el treball sexual.

Un company és algú que comparteix experiències de vida similars amb les persones a qui recolza. En el context del treball entre iguals, això generalment significa una persona que ha viscut –i superat– problemes com la manca d'habitatge, una relació complexa amb el consum de substàncies o la marginació, i que ara utilitza aquesta experiència per donar suport als altres en situacions similars. Els companys no es defineixen per les seves qualificacions professionals, sinó per la rellevància i l'autenticitat de les trajectòries personals.

El treball entre iguals fa referència a la pràctica en què les persones recorren a la seva pròpia recuperació o experiències de vida per oferir orientació, suport i defensa als altres. Aquest tipus de suport es basa en el respecte mutu, la comprensió compartida i la creença en la recuperació i l'apoderament. El treball entre iguals pot tenir lloc en diversos entorns, com ara serveis per a persones sense llar, atenció de salut mental, programes de tractament d'addiccions i organitzacions de suport a treballadores sexuals. Els iguals poden exercir diferents rols com a treballadors d'extensió comunitària, educadors, mentors o defensors, contribuint sovint tant a la recuperació individual com al canvi a nivell sistèmic.

En el context de la manca d'habitatge, el treball entre iguals fa referència al procés mitjançant el qual les persones utilitzen la seva pròpia experiència de recuperació per donar suport a altres que enfronten desafiaments similars. Aquest procés de recuperació us ajuda a comprendre que les vostres pròpies reflexions i coneixements basats en l'experiència són crucials per reconstruir l'equilibri i l'estabilitat en les vostres vides després d'una situació de crisi.

Per als qui donen suport a persones sense llar, l'acompanyament entre iguals ofereix una oportunitat única per connectar amb els seus clients a un nivell més profund i empàtic, aprofitant la seva pròpia experiència. Els acompanyants aporten perspectives valuoses que poden estendre un pont entre l'atenció professional i les vivències reals dels qui ho necessiten.

A països com Espanya, Portugal i els Països Baixos, el coneixement basat en l'experiència es reconeix cada cop més com a essencial en els serveis de suport, incloent àmbits com el treball sexual i la violència de gènere; per exemple, el Centre de Treball Sexual d'Amsterdam als Països Baixos. Les persones amb experiència viscuda participen en activitats d'educació, divulgació i diàleg públic per compartir les seves històries i defensar els drets i la realitat de les treballadores sexuals (o ext treballadores sexuals). Aquests rols no només empoderen les persones, sinó que també els ofereixen una valuosa experiència laboral i oportunitats d'ocupació. Les seves perspectives constitueixen un pont crucial entre la política i la pràctica, assegurant la participació activa de les treballadores sexuals als debats que els afecten. A més, treballar com a persona amb experiència permet a les persones compartir i reinterpretar les seves experiències de patiment, transformant-les en eines de suport, canvi social i afirmació de la identitat per a les persones que les han viscudes.

El paper del coneixement experiencial a la feina entre iguals

L'essència del treball entre iguals rau en el coneixement experiencial: les perspectives adquirides mitjançant experiències personals de superació. Les persones que han viscut en situació de carrer tenen un coneixement invaluable que pot contribuir a la recuperació i el suport dels altres. Els treballadors entre iguals utilitzen aquest coneixement experiencial no només per ajudar els que donen suport, sinó també per enriquir la comprensió d'altres professionals i cuidadors.

El rol dels treballadors iguals consisteix a compartir la seva experiència viscuda amb altres, ajudant clients, famílies, comunitats i fins i tot altres professionals a comprendre millor la recuperació. Aquest intercanvi fomenta una igualtat més gran entre els proveïdors de serveis i els clients, permetent que el coneixement professional i el basat en l'experiència es complementin i millorin el sistema de suport en general.



Copyright d'Akwa GGZ - 7 de juny de 2022 Font: Hilko Timmer, 2009

Reconeixement del treball entre iguals a nivell europeu

El treball entre iguals, també conegut com a suport entre iguals o serveis liderats per iguals, està guanyant cada cop més reconeixement a tot Europa. Exerceix un paper fonamental en àrees com la salut mental, el consum de substàncies, la manca d'habitatge i la inclusió social. Diverses polítiques i iniciatives europees han contribuït a promoure i enfortir el paper dels treballadors entre iguals en aquests àmbits.

Suport polític de la Unió Europea: La Unió Europea (UE) ha reconegut el valor del suport entre iguals, especialment als serveis de salut mental. Al Marc Europeu d'Acció sobre Salut Mental i Benestar (2016), el suport entre iguals es destaca com un enfocament eficaç i que empodera les persones. La UE també inclou el treball entre iguals en estratègies d'inclusió social més àmplies, en particular per a les persones sense llar o en situació d'exclusió social.

Finançament i suport a projectes: Els programes de finançament europeus, com el Fons Social Europeu (FSE), recolzen projectes que utilitzen enfocaments basats en el suport entre iguals per ajudar els grups vulnerables a reintegrar-se a la societat.

Aquests projectes solen incloure: programes de formació per a treballadors de la mateixa comunitat, participació de iguals en activitats de divulgació i defensa, i serveis de suport comunitari.

Directrius i estàndards europeus: Per garantir la qualitat i la coherència, s'han desenvolupat directrius i estàndards europeus específics per a la feina entre iguals. Un recurs clau és el document Estàndards europeus per al treball entre iguals en salut mental, creat a través del projecte Erasmus+ De bat a par (2022). Aquesta guia descriu: els valors fonamentals del treball entre iguals, les competències clau per als treballadors de la mateixa comunitat i els marcs per a la seva implementació a diferents països.

Accediu a les directrius aquí:

https://www.grone.de/fileadmin/Projekte/Erasmus_/2022/The_IO1_product._European_standard_s_.I.Mazur__002_.pdf

Reconeixement legal i professional del treball entre iguals a Europa

El treball entre iguals s'implementa de manera diferent a cada país. Alguns compten amb sistemes ben establerts, mentre que altres comencen. A continuació, es presenta un resum de la situació a Portugal, Espanya, Irlanda i els Països Baixos, amb una explicació breu i un enllaç per obtenir més informació.

A Portugal, la feina entre iguals encara està en desenvolupament. Es duu a terme principalment en projectes petits i dins organitzacions centrades en serveis de salut mental i addiccions. Els treballadors de la mateixa comunitat solen ser voluntaris o reben una petita remuneració. Encara no hi ha un reconeixement oficial del treball entre iguals com a professió.

- **Més informació:** *Normes europees per al treball entre iguals– Portugal (Mazur, 2022)*
Normes de la UE per al treball entre iguals– Portugal

A Espanya, el treball entre iguals està rebent cada cop més atenció, especialment en l'àmbit de la salut mental. En algunes regions, com Catalunya i el País Basc, els treballadors de la mateixa comunitat ja participen als serveis d'atenció pública. Tot i això, a nivell nacional, encara no és una professió reconeguda.

- **Més informació:** *ActivaMent – Suport entre iguals a Catalunya; Mental Health Europe – Suport entre iguals a Espanya; [ActivaMent – Suport entre iguals a Catalunya](#)*

Irlanda és pionera a l'àmbit del treball entre iguals. El govern ha desenvolupat descripcions de llocs clares per als treballadors de suport entre iguals a l'àmbit de la salut mental. Aquests treballadors reben una remuneració i formen part dels equips d'atenció. A més, hi ha programes de formació oficials, inclosos els que ofereixen els Centres de Recuperació.

- **Més informació:** *HSE – Treballadors de suport entre iguals; Salut Mental Irlanda – Educació per a la recuperació; Treballadors de suport entre iguals de l'HSE - Irlanda*

Als Països Baixos, el treball entre iguals se sol anomenar experiència pràctica. El seu reconeixement és cada vegada més gran, especialment en l'atenció a la salut mental, els serveis d'addiccions i l'àmbit social. Hi ha programes de formació oficials a nivell vocacional (MBO) i professional superior (HBO), com els que ofereixen Howie the Harp o HAN. Cada cop més organitzacions ofereixen llocs remunerats per a treballadors entre iguals. Tot i això, la professió encara no compta amb protecció legal.

- **Més informació:** *Movisie - Experiència pràctica a l'àmbit social; Howie the Harp – Programa de formació; HAN – Treball social amb experiència pràctica*

Què fa que la feina entre iguals sigui única?

Els treballadors de suport entre iguals aporten una perspectiva única i valuosa als equips d'atenció. A diferència dels proveïdors de serveis tradicionals, es basen en les seves pròpies experiències d'adversitat —com ara la manca d'habitatge, els problemes de salut mental o el consum de substàncies— per donar suport als altres en el procés de recuperació. Aquesta posició singular permet generar confiança, fomentar l'esperança i oferir suport de maneres que complementen l'atenció professional.

Millorar la recuperació a través de l'experiència viscuda.

Els treballadors de suport entre iguals ajuden els clients no només amb orientació pràctica, sinó també oferint-los un sentit de connexió i comprensió que sorgeix de l'experiència compartida. La seva presència pot ajudar els clients a sentir-se vistos i compresos, cosa que és especialment important per als qui s'han sentit exclosos o incompresos pels serveis tradicionals.

Crear entorns que empoderin

En compartir les seves experiències d'estigma, supervivència i creixement personal, els treballadors de la mateixa comunitat contribueixen a crear entorns més inclusius i orientats a la recuperació. Sovint actuen com a promotors del canvi sistèmic, col·laborant amb professionals per millorar la prestació de serveis i fomentar la dignitat i la inclusió.

Reduir l'estigma a tot el sistema

El treball entre iguals té un paper crucial per abordar l'estigma, no només per als usuaris, sinó també dins dels serveis i la comunitat en general. Quan els treballadors de la mateixa comunitat s'integren als equips d'atenció, desafien els estereotips i humanitzen l'experiència de la manca d'habitatge i la recuperació. Això beneficia tots els involucrats.

- Els clients se senten més acceptats i esperançats.
- Els serveis esdevenen més receptius i centrats en la persona.
- Els professionals obtenen una comprensió més profunda de les realitats viscudes per les persones a qui donen suport, cosa que condueix a una atenció més empàtica i eficaç.

Un enfocament col·laboratiu

Per als professionals de la salut, treballar amb companys que també reben suport ofereix l'oportunitat d'enriquir la pràctica, enfortir la dinàmica d'equip i cocrear sistemes de suport més integrals. Reconèixer i valorar les contribucions d'aquests companys és fonamental per construir serveis inclusius i centrats en la recuperació.

El valor fonamental: "Espai lliure" a la feina entre iguals.

El concepte d'espai lliure és fonamental en la pràctica del treball entre iguals. Aquest espai fa referència a la llibertat mental, emocional i física que les persones necessiten per reconnectar amb la seva força interior, prendre decisions, trobar sentit a la vida i descobrir noves possibilitats. Aquest respir és essencial per al creixement personal i la recuperació, i la funció dels treballadors entre iguals és crear i mantenir aquest espai per als altres.

Els treballadors de suport entre iguals ajuden els clients a recuperar el seu propi "espai lliure", un lloc on poden guarir, reflexionar i reconstruir les seves vides a la seva manera. Aquest espai us permet reprendre el control del seu procés personal i explorar noves oportunitats de recuperació i creixement.

El valor afegit de la feina entre iguals en el suport a les persones sense llar.

Els treballadors de la mateixa comunitat tenen un clar avantatge en brindar suport a les persones sense llar. Comprenen com integrar el coneixement basat en l'experiència en els processos d'atenció, les pràctiques organitzatives i les polítiques generals. Han après on el sistema d'atenció crea barreres involuntàriament o reforça el trauma i on pot generar un espai per a la sanació i el creixement.

La seva capacitat per utilitzar l'experiència viscuda per identificar i abordar problemes sistèmics els converteix en una força poderosa per millorar els serveis i el suport a les persones sense llar. Els treballadors de la mateixa comunitat ajuden a crear entorns que afavoreixen la recuperació en tres nivells:

- **Nivell individual** : Donar suport als clients en els seus processos de recuperació individuals.
- **Nivell organitzatiu** : Assessorar les organitzacions sobre com crear serveis que facilitin la recuperació.
- **Nivell social** : Advocar per polítiques i canvis socials que fomentin la inclusió i la recuperació.

Les perspectives dels treballadors amb experiència pròpia –adquirides a través de les seves vivències– són crucials per millorar l'atenció i els serveis disponibles per a les persones sense llar. Aquestes perspectives ajuden a garantir que la recuperació no sigui només una fita, sinó un procés tangible recolzat per un coneixement significatiu i basat en l'experiència.

Conclusió

El treball entre de la mateixa comunitat és fonamental per donar suport a les persones sense llar. Gràcies a les seves experiències viscudes, els treballadors entre iguals poden oferir un suport únic que fomenta la recuperació, empodera les persones i ajuda a crear un entorn més inclusiu i solidari per a tothom. En aquesta capacitació, esperem que hagi comprès millor el valor del coneixement experiencial i com es pot utilitzar per ajudar els qui ho necessiten. El camí cap a la recuperació no es tracta només d'experiència professional, sinó de crear un espai perquè les històries personals informin i guiïn el procés de guariment.

Secció 3 | El paper de l'experiència viscuda en el suport de les persones sense llar

Com a professionals que treballem en serveis per a persones sense llar, és fonamental reconèixer que no tota l'experiència prové de l'educació formal o la formació clínica. Les persones amb experiència pròpia de viure al carrer aporten un coneixement diferent, però igualment valuós. Les seves perspectives, forjades per les vivències personals davant l'adversitat, poden enriquir la rellevància, l'empatia i l'impacte del suport que brindem. Aquesta secció explora com l'experiència viscuda contribueix a una atenció més eficaç i centrada en la persona, i perquè integrar aquesta perspectiva a la pràctica pot generar millors resultats tant per als usuaris com per als equips.

Comprendre l'experiència viscuda

En treballar amb persones sense llar, és fonamental reconèixer el valor de l'experiència viscuda. Aquest concepte fa referència al coneixement personal adquirit a través de l'experiència directa de l'adversitat, com ara la manca d'habitatge, problemes de salut mental, consum de substàncies o altres circumstàncies vitals difícils. Qui ha viscut aquestes experiències sol tenir perspectives úniques que resulten invaluable per donar suport als altres en el camí cap a la recuperació i l'estabilitat. L'experiència viscuda va més enllà del coneixement teòric o acadèmic. Comprèn una comprensió profunda i personal dels desafiaments emocionals, psicològics i pràctics que enfronten els qui travessen una crisi; perspectives que no sempre són fàcils d'articular, però que se senten profundament. La capacitat d'empatitzar amb algú en una situació similar, per haver-la viscut en pròpia carn, crea un vincle poderós i millora l'eficàcia del suport.

Coneixement d'estratègies de supervivència

Un dels aspectes més crucials, encara que sovint ignorats, de l'experiència viscuda és el coneixement pràctic de supervivència que tenen els treballadors entre iguals. Això inclou saber on és relativament segur dormir a la ciutat, com accedir a suport comunitari informal i no estigmatitzant, i com funcionen realment els serveis sobre el terreny, més enllà del que està escrit als documents normatius. Aquests coneixements solen passar desapercebuts per als professionals, però poden marcar una diferència significativa en com s'ofereix i rep el suport. Els treballadors entre iguals ajuden a tancar aquesta bretxa, oferint estratègies pràctiques basades en la realitat viscuda.

Combinar coneixements pràctics i teòrics.

Si bé el treball entre iguals es basa en l'experiència personal, el reconeixement creixent com a pràctica professional comporta la integració de marcs teòrics. Els treballadors entre iguals reben cada cop més formació en àrees com l'atenció informada sobre el trauma, la pràctica orientada a la recuperació i les estratègies de comunicació. Aquesta combinació de coneixement viscut i après enforteix el seu rol dins els equips multidisciplinaris i garanteix que les seves contribucions siguin tant emocionalment significatives com professionalment sòlides.

Per als professionals de latència sanitària, comprendre aquesta doble base és fonamental. Permet una col·laboració més eficaç, el respecte mutu i el desenvolupament de serveis basats en l'evidència i els profundament humans.

Les competències clau d'un treballador "igual"

Els treballadors "iguals"-persones amb experiència viscuda de manca d'habitatge- aporten fortaleces invaluable als equips d'atenció. Aquestes competències van més enllà de les habilitats tècniques i inclouen qualitats personals, coneixements de supervivència i perspectives basades en els processos de recuperació propis. Per als professionals, comprendre i valorar aquestes competències és fonamental per construir sistemes de suport més eficaços, inclusivament i que responguin millor a les necessitats de les persones sense llar.

Empatia i comprensió

Un dels aspectes més importants del treball entre iguals és la capacitat de connectar profundament amb els altres. Els treballadors entre iguals tenen una capacitat única per comprendre per què passen els seus clients perquè ells mateixos han enfrontat desafiaments similars. Les seves experiències amb l'estigma, el trauma i l'exclusió permeten oferir un suport autèntic i fiable. Aquesta connexió empàtica fomenta un sentit de pertinença i seguretat, condicions fonamentals per a la participació i la recuperació.

Coneixement i creixement personal

L'experiència viscuda no sols implica comprendre les dificultats, sinó també reconèixer els camins cap a la recuperació. Els treballadors de la mateixa comunitat solen tenir valuoses perspectives sobre el que els va ajudar en la seva recuperació i poden compartir estratègies pràctiques amb altres. La seva familiaritat amb el funcionament de sistemes d'atenció complexos també els permet identificar deficiències als serveis i advocar per millores que satisfacin millor les necessitats de les persones sense llar.

Estratègies de supervivència i coneixements del món real

Els treballadors de suport entre iguals tenen habilitats de supervivència directament aplicables a situacions de la vida real, habilitats que els professionals generalment no poden adquirir només amb capacitació. Això inclou saber on és relativament segur dormir, com accedir a suport comunitari informal sense estigma i com funcionen realment els serveis a la pràctica. Aquests coneixements són fonamentals per ajudar els clients a afrontar els desafiaments quotidians i per dissenyar serveis que reflecteixin les necessitats del món real.

Derrocant barreres

Com que han experimentat les mateixes barreres —com l'aïllament social, la manca d'accés a recursos i la discriminació sistèmica—, els treballadors de suport entre iguals estan en una posició privilegiada per ajudar els altres a superar-les. Ja sigui mitjançant el suport emocional, l'orientació pràctica o la defensa dels seus drets, tenen un paper fonamental en la reducció dels obstacles que impedeixen que les persones accedeixin a l'atenció mèdica i reconstrueixin les seves vides.

Incidència política i canvi sistèmic

Els treballadors de la mateixa comunitat contribueixen no només a nivell individual, sinó també a nivell sistèmic. La seva experiència viscuda els atorga una veu poderosa per influir en les polítiques, els serveis i les pràctiques. En assenyalar les deficiències i oferir recomanacions fonamentades, ajuden a crear sistemes més inclusius, equitatius i respectuosos amb les persones a qui serveixen.



Activitat 5.2 | "Simulació de competències de treball entre iguals"

Objectiu:

L'objectiu és ajudar els professionals sanitaris a comprendre i practicar les competències clau d'un treballador de suport entre iguals, com l'empatia, la introspecció, la superació de barreres i la defensa dels drets mitjançant un exercici interactiu de dramatització.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Secció 4 | Millors pràctiques per integrar l'experiència viscuda a la feina entre iguals

La integració exitosa de l'experiència viscuda en el suport a les persones sense llar requereix una planificació acurada i el compliment de les millors pràctiques. Els principis següents són essencials per garantir que els treballadors de la mateixa comunitat rebin el suport necessari en les seves funcions i que les seves contribucions es maximitzin:

Reconèixer la flexibilitat en els rols dels companys

En treballar amb persones que comparteixen experiències de recuperació, és fonamental reconèixer que es poden trobar en diferents etapes del seu procés de recuperació. Per això, és important que les funcions i les responsabilitats siguin flexibles. Oferir una varietat de rols amb diferents nivells de responsabilitat permet als qui comparteixen experiències de recuperació contribuir de manera acord amb les seves fortaleses, capacitats i desenvolupament personal. Aquesta flexibilitat afavoreix tant el benestar dels qui comparteixen experiències de recuperació com l'eficàcia de la seva contribució.

Beneficis del treball entre iguals a tots els nivells d'una organització.

Els treballadors entre iguals aporten valor no només a la prestació directa de serveis, sinó també a tota la jerarquia de l'organització, des dels professionals de primera línia fins al lideratge i la governança. La seva participació a tots els nivells enforteix els serveis i promou una cultura d'inclusió i capacitat de resposta.

Major compromís i confiança

Els treballadors entre iguals ajuden a construir relacions més sòlides i autèntiques amb els usuaris dels serveis. Les seves experiències compartides fomenten la confiança, augmenten la participació i redueixen les taxes d'abandó, especialment entre les persones que es poden sentir desconnectades dels serveis tradicionals.

Millors serveis

Gràcies a la seva experiència personal, els treballadors amb experiència pròpia ofereixen perspectives pràctiques sobre el disseny, la implementació i l'avaluació dels programes. La seva contribució ajuda a garantir que els serveis siguin pertinents, accessibles i responguin a les necessitats reals de les persones sense llar.

Empoderament i lideratge inclusiu

La inclusió de companys treballadors en llocs de lideratge i processos de presa de decisions – com juntes assessores, equips de desenvolupament de programes o fins i tot la Junta Directiva– crea una cultura on totes les veus són valorades. Això condueix a models de servei més inclusius, equitatius i eficaços.

Canvi sistèmic

Els treballadors entre iguals són poderosos promotors del canvi. La seva experiència personal els permet identificar barreres sistèmiques i proposar solucions realistes i fonamentades. En empoderar-los per parlar i actuar a tots els nivells de l'organització, poden ajudar a transformar els sistemes perquè siguin més centrats en la persona, tinguin en compte el trauma i siguin socialment justos.

Supervisió i formació de suport

Tot i que l'experiència viscuda és invaluable, és fonamental que els treballadors entre iguals rebin la capacitat adequada i el suport continu per tenir èxit en les seves funcions. La capacitat ha d'adaptar-se a les exigències específiques del treball entre iguals, brindant a les persones les habilitats necessàries per interactuar eficaçment amb els clients, desenvolupar-se en sistemes complexos i mantenir límits professionals.

Els treballadors entre iguals també requereixen supervisió regular i suport emocional. Treballar amb persones sense llar pot ser emocionalment exigent, i el suport estructurat els ajuda a mantenir el propi benestar i recuperació.

A tot Europa, diversos països han desenvolupat programes de formació per donar suport als treballadors entre iguals:

- Irlanda ofereix formació acadèmica formal a través de programes com el Certificat en Pràctica de Suport entre Pares de la Universitat Tecnològica de l'Atlàntic, que prepara les persones per treballar professionalment en serveis de salut mental i per a persones sense llar.
- Espanya ha implementat la formació en suport entre iguals a través d'iniciatives com el projecte PEER2PEER , que va adaptar les metodologies escoceses de suport entre iguals al context espanyol. Això va incloure cursos de formació pilot i vies d'ocupació per a treballadors de la mateixa comunitat en salut mental.
- Portugal encara està desenvolupant la seva infraestructura de suport entre iguals, però ha participat en projectes europeus com PEER2PEER , ajudant a construir una base de formació i conscienciació.
- Els Països Baixos compten amb un sòlid sistema de formació, amb programes com Howie the Harp i cursos de nivell universitari (HBO) a la Universitat de Ciències Aplicades HAN, que ofereixen itineraris estructurats per accedir a llocs remunerats de treball entre iguals. [Quebra de Moldagem do Texto]En invertir en formació i supervisió d'alta qualitat, les organitzacions no només donen suport al desenvolupament professional dels treballadors entre iguals, sinó que també enforteixen la qualitat i l'impacte general dels serveis.

Participació en el disseny del programa

Els treballadors entre iguals han de participar no sols en la prestació de serveis, sinó també en el disseny de programes i polítiques. Aquesta participació garanteix que els programes s'ajustin millor a les necessitats reals de les persones sense llar. Els treballadors entre iguals poden oferir opinions valuoses sobre què funciona i què no, contribuint a la creació de serveis més eficaços i rellevants per a les experiències de vida dels usuaris.

Crear un entorn inclusiu i respectuós

Perquè els treballadors paris prosperin, és fonamental que l'entorn laboral sigui inclusiu, respectuós i psicològicament segur. Les organitzacions han d'anar més enllà de simplement contractar treballadors de la mateixa comunitat : necessiten fomentar activament una cultura on l'experiència viscuda sigui genuïnament valorada i integrada a la pràctica diària.

Això inclou oferir:

- Remuneració equitativa que reflectisca el valor de la seua contribució.
- Contractes de treball formals que brinden seguretat i claredat a l'ocupació.
- Accés a oportunitats de desenvolupament professional i progressió de carrera.
- Espais segurs perquè els companys treballadors comparteixin idees, plantegin inquietuds i reflexionin sobre els desafiaments sense por de l'estigma o del judici.

A diversos països, els treballadors de la mateixa comunitat són empleats formalment mitjançant contractes estàndard. Tot i això, gestionar aquestes obligacions contractuals de forma inclusiva i respectuosa requereix flexibilitat. Els equips professionals han de comprendre que certes condicions laborals —com horaris fixos, mètriques d'exercici rígides o polítiques de vacances estàndard— poden necessitar adaptar-se per atendre les necessitats i els processos de recuperació particulars dels treballadors de la mateixa. Aquesta flexibilitat no implica una manca de professionalisme, sinó un reconeixement del valor de l'experiència viscuda i la importància de preservar-la dins l'àmbit laboral.

Aquests principis es reflecteixen en iniciatives com el projecte per a usuaris de crac, destacat a l'Informe de Millors Pràctiques de Home4Health (2024) . Aquest projecte subratlla la importància de crear condicions laborals que respectin la dignitat, l'autonomia i l'experiència dels treballadors de la comunitat, i demostra com les pràctiques inclusives poden conduir a una prestació de serveis més eficaç i compassiva.

Conclusió

Els treballadors de la mateixa comunitat aporten una valuosa experiència viscuda que enforteix la confiança, el compromís i la rellevància dels serveis per a persones sense llar. Per aprofitar-ne plenament les contribucions, les organitzacions han d'oferir rols flexibles, condicions laborals justes i entorns de suport. Quan els treballadors de la comunitat s'integren a tots els nivells —des de la prestació de serveis fins al lideratge—, contribueixen a crear sistemes més inclusius, centrats en la persona i eficaços. Invertir en el desenvolupament és fonamental per millorar els resultats i impulsar un canvi significatiu.



Activitat 5.3 | En les pròpies paraules: Veus de companys treballadors

Objectiu:

Fomentar l'empatia i una comprensió més profunda de la feina entre iguals a través de testimonis de primera mà de treballadors entre iguals.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Unitat 2 | Principis d'integració entre iguals

Secció 1 | Principis bàsics de la
integració institucional entre iguals

Unitat 2 | Principis d'integració entre iguals

Secció 1 | Principis bàsics de la integració institucional entre iguals

En aquesta secció, explorem els desafiaments únics que enfronten les persones amb experiència pròpia de viure en situació de carrer en conviure i treballar al mateix entorn. Aquests desafiaments poden generar conflictes de límits i requereixen una gestió curosa. Aquí es descriuen les millors pràctiques per a la integració de persones amb experiència pròpia, centrant-nos en els diferents nivells de presa de decisions: suport financer, orientació, coordinació i col·laboració en equip.

Situacions i tensions professionals crítiques

Els companys que treballen en situacions similars (sovint anomenats “experts per experiència”) s'enfronten freqüentment a situacions que requereixen un enfocament matisat, on no és fàcil trobar una resposta definitiva. Són moments en què xoquen múltiples interessos i perspectives, cosa que exigeix una acurada reflexió i presa de decisions. Aquestes situacions poden generar tensions i conflictes. Cada cop que sorgeix un desafiament d'aquest tipus, els companys que treballen en situacions similars han de decidir l'enfocament o mètode que s'adapti millor al context, la qual cosa requereix competència professional.

A continuació, explorem els temes clau que solen sorgir en integrar treballadors entre iguals en funcions de suport, i com es poden abordar aquestes qüestions en la supervisió i la reflexió entre iguals.

Proximitat versus distància

Gestionar l'equilibri entre proximitat i distància és una tensió comuna tant per als treballadors de la mateixa comunitat com per a altres professionals. Una característica definidòria d'un treballador de la mateixa comunitat és la capacitat per estar a prop del client i compartir experiències personals. Construir una relació de confiança requereix ser present mantenint un límit professional que resulti còmode per a les dues parts. Aquest límit és flexible i pot variar segons la situació. Els treballadors entre iguals han d'aprendre a establir els seus propis límits, alhora que conviden els clients a expressar les seves necessitats i límits. Gestionar les pròpies emocions –i les dels altres– es converteix en una habilitat crucial. Els treballadors entre iguals solen ser receptius a les emocions dels clients i, alhora, poden provocar fortes respostes emocionals. La clau és mantenir-se emocionalment present sense deixar-se aclaparar per les emocions del client. Reconèixer i validar les emocions és important, igual que mantenir la capacitat de distanciar-se i evitar veure's envoltat de dinàmiques emocionals. Poden sorgir tensions quan es posen a prova els límits personals, especialment en interaccions amb antics companys o amics.

Recomanem abordar explícitament el risc de trauma vicari i la possible reactivació o ressonància amb experiències traumàtiques pròpies. Massa sovint, s'assumeix que els treballadors de la comunitat ja tenen les habilitats per reconèixer el que els succeeix emocionalment. Incloure una reflexió estructurada sobre aquests riscos durant la formació i la supervisió ajuda a reduir la càrrega emocional. Eines com Transforming the Pain (Saakvitne i Pearlman, 1996) poden oferir marcs valuosos per fer-ho.

Els límits són essencials per definir rols i garantir el suport professional, però poden resultar difícils destablir a causa de la relació entre professionals i usuaris (pàgina 6, Informe de bones pràctiques de H4H, 2024). Una comunicació clara és fonamental per establir aquests límits i evitar ambigüitats.

Els professionals han d'establir límits personals que els permetin distanciar-se de situacions emocionalment impactants, reconeixent les dificultats que sorgeixen en treballar a la mateixa comunitat. A més, cal parar atenció als qui, en romandre a la seva comunitat de consumidors de drogues, poden acumular un risc de patir retraumatització o desencadenament d'episodis traumàtics (Mason, 2006). La contratransferència, que fa referència a la transferència de sentiments del professional al pacient, s'ha de gestionar per enfortir l'aliança terapèutica (Tatarsky i Kellog, 2010).

La societat sol estigmatitzar les persones que consumeixen substàncies, cosa que pot afectar els professionals i provocar reaccions negatives. Aquest enfocament és perjudicial i subratlla la importància de la reducció de danys com a mètode terapèutic que busca desestigmatitzar els qui consumeixen substàncies i promoure un tractament constructiu.

Les bones pràctiques relacionades amb els límits a la relació de suport poden incloure:

- Psicoteràpia personal i/o supervisió contínua per promoure l'autoconeixement i la capacitat d'identificar reaccions contratransferencials que eventualment podrien ser desconegudes;
- Desenvolupar habilitats de comunicació efectives (com l'assertivitat, l'empatia i la claredat);
- Provisió i/o participació en espais i activitats diferenciades perquè diferents àrees de la vida es desenvolupin amb plenitud; per exemple, accés a suports organitzacionals com un conseller, un grup de pràctica reflexiva, ioga, mindfulness. (p. ex., Herstelbureau a HVO-Estimat i Cork Simon)
- Provisió de límits flexibles i discussió, entre treballadors de la mateixa comunitat i a nivell d'agència, entorn de les expectatives i límits d'aquests límits, així com polítiques clares en el context de la reducció de danys i el treball entre iguals (Mason, 2006).

La gestió d'expectatives és fonamental en les relacions entre usuaris de serveis, personal de suport i professionals, incloent-hi les circumstàncies específiques dels treballadors de la mateixa comunitat. És important trobar un equilibri entre la flexibilitat als límits i la claredat en les directrius existents, garantint així un entorn laboral saludable i eficaç.

- **Significat versus manca de significat i tolerància al dolor**

Un dels aspectes més essencials del treball entre iguals és oferir esperança, de vegades mitjançant accions directes i d'altres simplement estant present. Tot i això, la naturalesa crònica de la manca d'habitatge, els problemes de salut mental o els efectes secundaris de la medicació psicotròpica poden socavar l'esperança i el sentit de la vida. Els treballadors entre iguals poden sentir la necessitat d'ajudar els seus clients a adoptar una perspectiva més optimista, però és fonamental permetre'ls descobrir el seu significat i interpretació de les seves experiències al seu propi ritme. S'han de mantenir atents, assegurant-se que les seves bones intencions no traspassin inadvertidament els límits del client. Els moments de crisi sovint es perceben com una reculada significativa, generant una sensació de desesperança i frustració. Tant el treballador entre iguals com el client poden sentir decepció davant dels contratemps. Afrontar el dol sense impulsar "arreglar" pot ser una experiència d'aprenentatge profunda. El treball entre iguals, en molts sentits, consisteix a facilitar la recuperació, que cal considerar un procés d'aprenentatge. Donar suport als clients durant els contratemps, sense presentar-los com a fracassos, pot ajudar a canviar l'enfocament d'un model mèdic o patològic a un d'aprenentatge i creixement.

- Fortalesa versus vulnerabilitat

Els treballadors de la mateixa comunitat solen tenir una vulnerabilitat inherent a causa de les seves experiències viscudes. Aquesta vulnerabilitat pot ser una font de fortalesa, ja que permet connectar amb els seus clients a un nivell humà profund. No obstant això, també pot generar tensió, ja que la vulnerabilitat es pot percebre com un risc, especialment en contextos on altres companys o professionals se'n podrien aprofitar. És necessari trobar un equilibri entre mostrar vulnerabilitat i mantenir els límits professionals. Comprendre i acceptar la vulnerabilitat pròpia, i gestionar com es comparteix amb els altres, és una part complexa però fonamental de la integració entre iguals.

- **Orgull versus vergonya**

Els treballadors de la mateixa comunitat de vegades poden sentir-se en conflicte amb el seu rol, especialment quan les seves experiències viscudes van acompanyades de sentiments de vergonya. Si bé molts s'enorgulleixen de poder fer servir les seves experiències de vida per ajudar els altres, aquestes experiències també poden ser font d'estigma. Compartir vivències personals i doloroses pot provocar sentiments de vergonya i de vulnerabilitat. Aquest conflicte intern —sentir orgull i vergonya alhora— pot ser difícil de manejar, però és una experiència comuna per a molts treballadors de la mateixa comunitat. Aprendre a manejar aquesta ambigüitat, sense deixar que la vergonya domini, és un procés continu per a moltes persones que exerceixen rols de suport entre iguals.

- **Valors culturals nous davant de valors culturals existents**

Els treballadors de la mateixa comunitat solen exercir un paper fonamental en la introducció de nous valors culturals dins dels sistemes d'atenció mèdica i suport social, com la promoció de l'autonomia de l'usuari i la presa de decisions en la seva atenció. Això pot generar friccions amb les cultures organitzacionals existents i les pràctiques arrelades. Els treballadors de la mateixa comunitat han de comprendre i empatitzar amb les dues parts, mantenint una perspectiva equilibrada i, alhora, defensant els valors que emanen de la seva experiència viscuda. En alguns casos, poden enfrontar-se a formes subtils de desqualificació i han de respondre amb prudència mantenint límits clars. Com a agents de canvi, de vegades necessiten adoptar una postura crítica respecte dels sistemes de què formen part. Això pot generar sentiments d'aïllament, ja que es poden trobar defensant els seus interessos en solitari. Per fer-ho amb eficàcia, han de cultivar una veu forta i independent.

En conclusió, la integració de persones amb experiència pròpia en equips de servei implica gestionar tensions complexes i sovint contradictòries. Els professionals i les organitzacions han de reconèixer el valor de l'experiència viscuda, alhora que brinden el suport i l'orientació necessaris per mantenir els límits professionals i fomentar una col·laboració significativa. Les millors pràctiques d'integració poden ajudar a crear entorns que afavoreixin tant el desenvolupament professional dels qui treballen amb persones amb experiència pròpia com l'apoderament dels que reben els serveis.

Exemple de bones pràctiques: Treball entre iguals a HVO-Estimat, Amsterdam, Països Baixos - Annex per a empleats amb experiència viscuda

A HVO-Querido, una de les pràctiques més eficaces per integrar persones amb experiència viscuda a l'entorn laboral és l'annex per a empleats amb experiència viscuda. Aquest marc formal descriu les competències, la formació i les oportunitats de desenvolupament per als qui aporten la seva experiència viscuda a les seves funcions, cosa que els permet contribuir de manera significativa a la recuperació i el suport als clients.

Elements clau de les millors pràctiques:

L'Annex ofereix una via clara perquè els empleats obtinguin el reconeixement formal de la seva competència basada en l'experiència viscuda, la qual queda documentada al seu expedient personal. Aquest reconeixement no es limita a valorar les seves experiències passades, sinó que també implica avaluar i fomentar les seves competències per aplicar aquesta experiència a les seves funcions.

El procés comença amb una conversa entre l'empleat (o un gerent) i l'equip, en què el company expressa la seva intenció de continuar desenvolupant i aplicant la seva experiència personal al seu àmbit professional. L'Annex està dissenyat tant per a nous empleats com per a empleats actuals que vulguin seguir aquest camí.

Fases estructurades per al desenvolupament

L'Annex defineix passos clars perquè els participants desenvolupin les seves competències, començant amb un curs d'orientació, Treballant amb la pròpia experiència, ofert per l'Oficina de Recuperació. Això els ajuda a avaluar la seva preparació i desenvolupar les habilitats necessàries per integrar la seva experiència a la pràctica professional. A la segona fase, s'anima els empleats a ampliar la seva formació i educació. Tenen l'opció de cursar diverses titulacions acreditades, com Howie the Harp (equivalent al nivell 2 de la MBO) o MOED (una titulació acreditada de nivell 4 de la MBO), cosa que garanteix que estiguin degudament capacitats per utilitzar la seva experiència viscuda en un context professional centrat en la recuperació.

- **Suport entre companys i integració dins dels equips.**

En aquest model, els iguals no treballen de manera aïllada. S'integren activament als equips i contribueixen a definir pràctiques orientades a la recuperació. Un dels components clau d'aquesta pràctica és la integració d'acords a nivell de grup sobre com mantenir i recolzar el coneixement derivat de l'experiència viscuda. Els treballadors de la mateixa comunitat tenen un paper actiu i influent dins dels equips, compartint les seves experiències de manera que es fomenti la confiança i la comprensió mútua tant amb els clients com amb els companys. El rol del treballador de la mateixa comunitat ha de ser clar per a tots els membres de l'equip.

- **Supervisió i desenvolupament continu**

S'anima els treballadors de la mateixa comunitat a participar en sessions d'intervisió i en una jornada de formació anual, fonamentals per al desenvolupament professional continu. El model de desenvolupament continu els ajuda a mantenir-se compromesos i a perfeccionar-ne l'enfocament de recuperació i prestació de serveis. Això garanteix que no només contribueixin als seus equips, sinó que també segueixin creixent i adaptant les seves habilitats a mesura que evolucionen en les funcions.

- **Avaluació basada en resultats**

La competència basada en l'experiència viscuda s'avalua en funció d'àrees de resultats específiques, com oferir suport per a la recuperació, identificar oportunitats per a la recuperació grupal i promoure la inclusió i la igualtat de drets. El supervisor directe avalua formalment la competència segons aquests criteris, amb retroalimentació de l'Oficina de Recuperació quan calgui. Aquest procés garanteix que els companys contribueixin eficaçment als seus equips mantenint els límits professionals.

- **Suport i flexibilitat organitzativa**

Una característica clau de l'Annex és que ofereix flexibilitat perquè els companys puguin conciliar la seva experiència personal amb el rol professional. El reconeixement i el desenvolupament de competències són individualitzats, cosa que garanteix que els empleats puguin adaptar l'Annex al seu creixement personal i context professional. Aquest sistema contribueix a crear un entorn laboral inclusiu que valora l'experiència personal i fomenta una cultura d'aprenentatge continu.

Resultats i impacte

Aquest enfocament ha propiciat una alta integració professional dels companys a l'equip d'HVO-Estimat. El marc de treball ben definit garanteix que estiguin preparats per aportar les seves experiències a la seva feina de manera significativa i constructiva, sense sentir-se aclaparats per les exigències emocionals de les seves funcions. En combinar l'experiència viscuda amb la formació professional, els companys estan capacitats per brindar un suport eficaç als clients, mantenint alhora el benestar personal i la integritat professional.

Mitjançant aquest Annex, HVO-Estimat ha creat un entorn on els empleats amb experiència viscuda no només són valorats, sinó que també reben les eines i el suport necessaris per desenvolupar-se plenament en les seves funcions. Aquesta pràctica fomenta un lloc de treball inclusiu, empàtic i orientat a la recuperació, beneficiant tant companys com clients.

Exemple de bones pràctiques a Crescer: reunions entre companys.

Aquestes reunions busquen fomentar l'intercanvi d'experiències, el suport mutu i l'apoderament entre companys que comparteixen desafiaments i necessitats semblants. L'objectiu és crear un espai segur i acollidor on els participants puguin compartir les seves vivències, rebre suport i orientació i treballar plegats per superar els reptes que enfronten. «És un espai molt especial i íntim», segons va descriure un company.

Objectius de les reunions entre iguals

- **Suport mutu:** Crear un espai on els participants puguin recolzar-se mútuament, compartir experiències i oferir consells pràctics;
- **Empoderament:** Empoderar els participants perquè puguin prendre el control de les seves vides i prendre decisions informades sobre la seva salut, benestar i conducta laboral;
- **Reducció de danys:** Promoure pràctiques de reducció de danys en relació amb l'ús de substàncies psicoactives i la gestió del lleure, les nits i els caps de setmana;
- **Inclusió social:** Promoure les relacions entre iguals i la inclusió social i comunitària dels participants, ajudant-los a accedir a serveis i recursos que puguin millorar-ne la qualitat de vida;

Què es fa a les reunions entre iguals?

- **Compartir experiències:** els participants comparteixen les seves experiències i desafiaments, oferint-se suport i consells pràctics els uns als altres;
- **Discussió de temes rellevants;** els participants discuteixen temes rellevants per a la salut i el benestar; es pot discutir qualsevol tema, sempre des de la perspectiva de fomentar una massa crítica;
- **Planificació d'accions:** els participants suggereixen accions per millorar-ne la qualitat de vida, el benestar i els procediments al lloc de treball;
- **Suport emocional:** els participants s'ofereixen suport emocional entre si, creen llaços d'amistat i amplien la xarxa de suport fora del context laboral. Programes de cap de setmana, sopars, etc.

És una bona pràctica dins de l'organització perquè

- **Integració de col·legues professionals:** aquestes reunions poden ser una bona pràctica per a la integració de col·legues professionals, que poden oferir suport i orientació als participants, ja que enfronten desafiaments diferents dels d'altres professionals.
- **Aprofundiment en el coneixement de l'organització:** Aquestes reunions poden ampliar el coneixement de la filosofia de treball de l'organització, així com dels diversos projectes, procediments, drets i deures existents a la institució.
- **Per reduir els prejudicis i l'estigma:** Aquestes reunions poden ajudar a disminuir l'estigma i els prejudicis que hi ha de vegades entre col·legues i altres professionals, així com entre diferents punts de vista. Sabent que la intolerància i la ignorància estan íntimament relacionades, la intolerància sol sorgir de la ignorància, 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, l'apoderament i la inclusió personal, social i comunitària dels participants.



Activitat 5.4 | Compartir experiències amb companys de feina

Objectiu:

Intercanviar experiències de treball amb companys en diferents organitzacions per comprendre millor la participació dels companys a les activitats diàries i recopilar exemples de pràctiques que puguin aplicar-se a altres organitzacions i entorns.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Referències

Referències

H4H. (2024). Informe de millors pràctiques. H4H.

Mason, K. (2006). Millors pràctiques en projectes de reducció de danys entre iguals. <https://www.streethealth.ca/wpcontent/uploads/2023/01/best-practices-in-harm-reduction-peer-projects-spring-2007-2.pdf>

Saakvitne, KW i Pearlman, LA (1996). Transformant el dolor: Un manual sobre traumatització vicària per a professionals de la salut mental que treballen amb clients traumatitzats. WW Norton & Company.

Tatarsky, A., & Kellogg, S. (2010). Psicoteràpia integradora de reducció de danys: un cas de consum de substàncies, trauma múltiple i suïcidi. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2).

Vereniging van Ervaringsdeskundigen (VvEd), Trimbos-instituut, Movisie i Kenniscentrum Phrenos. (Dakota del Nord). Beroepscompetentieprofiel ervaringsdeskundigheid: DL019 Ervaringsdeskundigheid_beroepscompetentieprofiel [PDF]. Mogelijk gemaakt door ZonMw. Obtingut el juny de 2025, de <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid-ggz/programmas/programma-detail/herstel-ondersteunende-zorg/beroepscompetentieprofiel-ervaringsdeskundigheid>

Helden, O. (2022). Projecte Erasmus+ D'igual a igual.

Block, A., Rafoss, M. (2022). Erasmus+ Projectes d'European Standards for Peer Support Workers in Mental Health [Quebra de Moldagem do Texto]IO8_the-Netherlands_Implementation_EN.pdf

Comissió Europea (2016). Marc dacció europea sobre salut mental i benestar. [Salut pública](#).

El Projecte Home4Health

Mòdul 6

**Perspectives polítiques europees
sobre les persones sense llar i la
defensa dels seus drets**

Mòdul 6 | Perspectives polítiques europees sobre les persones sense llar i la defensa dels seus drets

Descripció general del Mòdul

Unitat 1 - Comprendre la manca d'habitatge	318
Secció 1 - Introducció al curs i participants	319
Secció 2 - Definició i tipus de persones sense llar	320
Secció 3 - Causes de la manca d'habitatge	325
Secció 4 - Enfocaments per abordar la manca d'habitatge	328
<hr/>	
Unitat 2 - Polítiques públiques i promoció amb èxit per a solucions a la manca d'habitatge	338
Secció 1 - Polítiques públiques	339
Secció 2 - Definició d' advocacy	347
Secció 3 - Defensa activa del canvi sistèmic a l'àmbit de les persones sense llar	349
Secció 4 - Llenguatge utilitzat en comunicar-se sobre la manca d'habitatge	353
<hr/>	
References	358

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 de defensa a la pràctica professional.
- Identificar les causes principals i els factors que contribueixen a la manca d'habitatge a escala mundial, incloses les influències econòmiques, socials, de gènere i polítiques.
- Analitzar polítiques i enfocaments globals sobre les persones sense llar, i destacar els factors en exemples exitosos i no exitosos.
- Aplicar el llenguatge i la terminologia de les millors pràctiques en abordar la manca d'habitatge 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 de defensa eficaces.

Competència de gènere: comprendre i respectar les diverses experiències de les poblacions sense llar en funció del gènere.

Habilitats analítiques: analitzar dades, tendències i factors conductuals, socials i polítics relacionats amb la manca d'habitatge per identificar patrons, disparitats i oportunitats de defensa i desenvolupar estratègies estructurades.

Pensament crític: avaluar l'eficàcia de les respostes a la manca d'habitatge mundial i considerar solucions específiques per a cada context.

Habilitats de comunicació: Comunicar eficaçment informació sobre la manca d'habitatge a diversos públics per promoure l'apoderament i la defensa dels drets.

c) Metodologia

- Conferències i presentacions
- Discussions grupals
- Estudis de casos i escenaris del món real.
- Activitats interactives
- Recursos multimèdia (videodocumentals, etc.)

d) Materials

Llibres de text, informes i articles; Informació estadística; Materials d'estudi de casos; Recursos multimèdia; Diapositives de presentacions; Paper, post-its i bolígrafs.

e) Infraestructura

Una aula adequada, equipada amb un projector, una pissarra i una disposició de seients propícia pel treball en grup i els debats.

Unitat 1 | Comprendre la manca d'habitatge

Secció 1 | Introducció al curs i participants

Secció 2 | Definició i tipus de persones sense llar

Secció 3 | Causes de la manca d'habitatge

Secció 4 | Enfocaments per abordar la manca d'habitatge

Unitat 1 | Comprendre la manca d'habitatge

Secció 1 | Introducció al curs i participants

Aquest mòdul ofereix una exploració a fons de la situació de les persones sense llar i la defensa. Inclou definicions, tipus i causes subjacents, així com polítiques i enfocaments globals. La capacitat també destaca el paper de la defensa en la promoció del canvi sistèmic i emfatitza la importància d'un llenguatge adequat en abordar la situació de les persones sense llar.

La metodologia del curs combina conferències, activitats interactives, debats en grup, estudis de cas i recursos multimèdia per facilitar-ne la participació i l'aprenentatge pràctic. Els/Les participants treballaran amb situacions reals i materials basats en l'evidència per analitzar els desafiaments i les oportunitats en la defensa i la formulació de polítiques relacionades amb les persones sense llar.

Qualsevol possible dubte haurà de ser aclarit pel formador.

Activitat 6.1 | Trencagels "Un dia a les sabates d'una altra persona"

Objectiu

Fomentar l'empatia i la consciència sobre la manca de d'habitatge explorant les percepcions personals i les associacions amb conceptes relacionats.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

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 mera absència d'una realitat física. Implica l'absència d'un habitatge estable, segur i adequat, i se sol associar amb la vulnerabilitat econòmica, l'exclusió social i l'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 sense llar en les polítiques, la investigació i la prestació de serveis.

Per a finalitats estadístiques, les Nacions Unides s'han descrit a les llars sense llar com aquelles que no tenen un refugi que es consideri un habitatge, que porten les seves escasses pertinences i dormen en carrers, portals o altres llocs no destinats a ser habitats. Això posa en relleu la manera més visible de manca d'habitatge, tal com s'experimenta en molts contextos a nivell mundial.

A molts Estats membres de l'OCDE, les definicions abasten les persones que dormen a la intempèrie, s'allotgen en allotjaments d'emergència o temporals, viuen en institucions sense allotjament permanent o resideixen en habitatges no convencionals. Aquestes variacions reflecteixen les diferències en les prioritats polítiques, els sistemes de recopilació de dades i els marcs jurídics segons el context.

“

*En toda la OCDE, la falta de vivienda sigue siendo un problema persistente, con más de 2 millones de personas que se estima que la padecen anualmente. Si bien la medición de la falta de vivienda continúa mejorando, los desafíos metodológicos dificultan la recopilación de datos y la comparación transnacional. Además, si bien los gobiernos de diferentes niveles han implementado estrategias para la falta de vivienda, medidas preventivas y apoyo específico para las personas sin hogar, aún queda mucho por hacer para diseñar, implementar, evaluar y ampliar políticas eficaces contra la falta de vivienda. (OCDE: **Herramientas para combatir la falta de vivienda.***

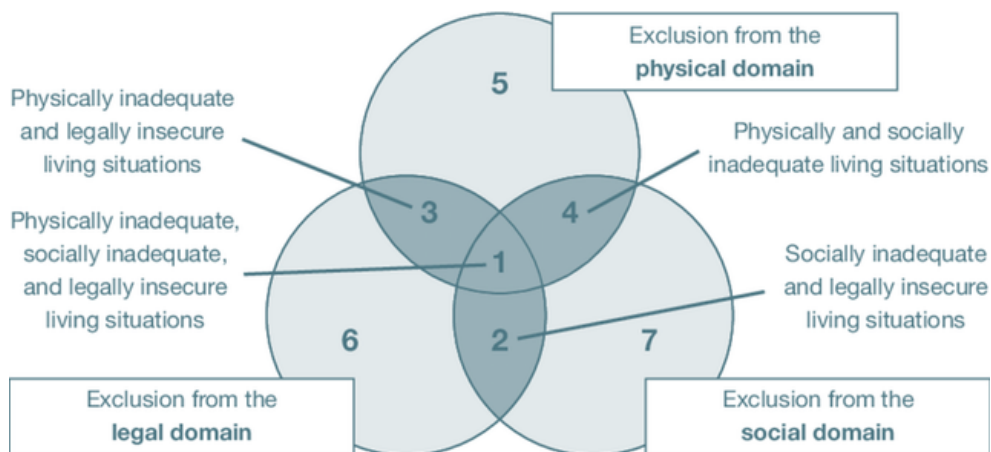
”

b. Marc conceptual ETHOS

Per permetre la comparabilitat a tot Europa, FEANTSA va proposar ETHOS com un marc conceptual que va més enllà de definicions estretes (com a persones que dormen a la intempèrie) i captura l'espectre complet de l'exclusió de l'habitatge.

ETHOS defineix la manca d'habitatge en relació amb l'absència d'una llar, entesa com la manca d'almenys un dels tres dominis següents:

- El domini físic – disposar d'un habitatge (o espai) adequat per viure.
- El domini social – poder mantenir la privadesa i gaudir de les relacions socials.
- El domini legal - posseir títol legal (per exemple, arrendament, propietat) que garanteixi la seguretat de l'ocupació.



6

A partir d'aquests dominis, ETHOS identifica quatre categories principals de situacions de vida que constitueixen la manca d'habitatge o l'exclusió de l'habitatge (FEANTSA, 2005):

- **Sense sostre:** Persones que viuen al carrer (per exemple, al carrer o en espais públics).
- **Sense llar:** Persones en allotjaments d'emergència, albergs, refugis, institucions o altres arranjaments temporals sense lloc de residència habitual.
- **Habitatge insegur:** Persones que viuen sota amenaça de desallotjament, violència domèstica o manquen de títol legal.
- **Habitatge inadequat:** Persones que viuen en habitatges inadequats, en condicions d'amuntegament extrem o en habitatges no convencionals (com caravanes, estructures temporals).

ETHOS no pretén ser una definició jurídica única, sinó una eina per a l'harmonització de polítiques, la investigació i la prestació de serveis. En adoptar un enfocament ampli i inclusiu, ajuda els responsables polítics a reconèixer que la manca d'habitatge no es limita a viure al carrer, sinó també a 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 ara l'article 25 de la Declaració Universal de Drets Humans i el Comitè de Drets Econòmics, Socials i Culturals de les Nacions Unides (CDESC, Observació General núm. 4, 1991).

Les definicions de sensellarisme varien considerablement entre els països europeus, cosa que reflecteix diferents marcs legals, sistemes de benestar i prioritats polítiques. Aquesta diversitat dificulta la comparació transnacional i és una de les raons principals per les quals FEANTSA va desenvolupar la tipologia ETHOS, que ofereix un marc conceptual comú.

c. Ethos Light

Reconeixent que no tots els Estats membres poden recopilar dades de tota la tipologia ETHOS, FEANTSA i l'Observatori Europeu del Sensellarisme van proposar posteriorment una versió simplificada, ETHOS Light, que utilitzen el Sistema Estadístic Europeu i nombrosos governs per al seguiment del sensellarisme (Busch-Geertsema, 20). ETHOS Light se centra en un conjunt més reduït de categories operatives, en particular les persones que dormen al carrer, els allotjaments d'emergència, els albergs, les institucions i els allotjaments temporals.

d. Definicions als països europeus

A Espanya, no hi ha una definició legal única de sensellarisme a nivell nacional. L'Institut Nacional d'Estadística (INE) realitza enquestes periòdiques sobre persones sense llar, centrant-se principalment en les persones que utilitzen albergs o serveis socials. L'Estratègia Nacional per a les Persones sense Llar de 2015 va adoptar una definició més propera a la d'ETHOS Light, reconeixent les persones que viuen al carrer, els qui es troben en allotjaments d'emergència, els qui s'allotgen en albergs de llarga estada i els qui es troben en institucions sense alternativa d'habitatge. Tot i això, les formes més àmplies d'exclusió residencial, com l'habitatge precari o inadequat, no solen incloure's en les estadístiques oficials.

A Irlanda, la manca d'habitatge es defineix legalment a la Llei d'Habitatge de 1988. Segons aquesta legislació, es considera que una persona no té habitatge si no disposa d'un allotjament que pugui ocupar raonablement, si resideix en una institució o un altre lloc per manca d'allotjament o si no el pot proporcionar amb els recursos propis. Una definició més àmplia també inclou les persones "sense llar ocultes", com els que viuen en situacions temporals, insegures o en amuntegament amb amics i familiars, així com les persones que dormen a la intempèrie i els que es troben en institucions.

A Portugal, la manca d'habitatge es defineix segons la tipologia ETHOS de FEANTSA, però el país ha anat més enllà en institucionalitzar un marc nacional mitjançant estratègies successives. La més recent, l'Estratègia Nacional per a la Integració de les Persones sense Llar 2025-2030 (ENIPSSA 2025-2030), es va aprovar el 2024 i reflecteix un canvi significatiu d'enfocament. En lloc de centrar-se exclusivament en les respostes d'emergència, l'estratègia posa un èmfasi especial en la prevenció i el desenvolupament d'un enfocament holístic i integrat. També introdueix un Sistema Integrat d'Alerta i Prevenció, amb el suport d'una plataforma nacional de dades, per identificar i respondre aviat als riscos de manca d'habitatge.

L'estratègia també amplia les intervencions més enllà de la provisió d'allotjament, promovent els models d'habitatge primer, incrementant les solucions d'habitatge temporal i compartit, i enfortint els equips d'atenció al carrer, el suport a l'ocupació i els serveis de salut mental. Cal destacar que l'ENIPSSA 2025-2030 destaca la necessitat de respostes adaptades a grups vulnerables com les persones grans, les persones amb discapacitat, els migrants, les comunitats romaneses, les persones LGBTI, les persones amb trastorns per consum de substàncies i les persones amb problemes de salut mental. Tot i això, la definició utilitzada a Portugal es considera insuficient, ja que es considera que una persona experimenta la manca d'habitatge quan no té sostre (viu al carrer o en un lloc no apte per ser habitat) o quan està sense llar, és a dir, allotjada temporalment en una resposta d'emergència o un alberg per un període limitat. Si bé aquesta definició és útil per a fins estadístiques i operatives, exclou altres formes de vulnerabilitat habitacional greu, com:

- Víctimes de violència domèstica que romanen amb l'agressor per manca d'alternatives d'habitatge;
- Persones en entorns penitenciaris sense pla d'alliberament articulat;
- Persones que resideixen a comunitats o institucions terapèutiques, sense accés garantit a l'habitatge al moment de l'alta;
- Famílies i individus que viuen en condicions d'extrema pobresa habitacional, incloent-hi amuntegament o habitatges insalubres.

L'exclusió d'aquestes situacions de la definició oficial significa que les falles sistèmiques romanen sense identificar ni abordar, cosa que limita la planificació de respostes preventives i redueix la capacitat d'intervenir-hi abans que passi la pèrdua real de l'habitatge.

Als Països Baixos, la definició oficial de sensellarisme utilitzada per l'Oficina Nacional d'Estadística (CBS) se centrava històricament en adults d'entre 18 i 65 anys sense residència permanent que dormien a la intempèrie, s'allotjaven en albergs nocturns o allotjaments de crisi, residien en espais habitables no convencionals o s'allotjaven temporalment. Tot i que aquesta definició s'ajusta a elements d'ETHOS Light, exclou diverses categories reconegudes en el marc més ampli d'ETHOS, com les persones que abandonen institucions sense perspectives d'habitatge, les persones que s'enfronten a un desallotjament imminent, els menors, els adults grans i les persones sense registre civil. En conseqüència, les xifres de la CBS només reflecteixen una part de la població total sense llar. Per abordar aquestes deficiències, els Països Baixos van introduir el 2023 una enumeració nacional basada en ETHOS, realitzada per la Universitat de Ciències Aplicades d'Utrecht (HU) i Kansfonds, que aplica una comprensió molt més àmplia del sensellarisme. Aquest nou enfocament inclou la manca d'habitatge oculta (persones que s'allotgen temporalment amb altres persones, viuen en vivendes atípiques o enfronten una greu inseguretat habitacional). Els primers resultats mostren que la manca d'habitatge als Països Baixos està molt més estesa del que suggereixen les estadístiques de la CBS. En conseqüència, si bé les polítiques s'han orientat cada cop més cap al principi de "Primer l'Habitatge", el país està passant d'una definició limitada i basada en la visibilitat a una comprensió més integral de la manca d'habitatge, alineada amb l'enfocament ETHOS.

En conjunt, aquests exemples il·lustren la disparitat entre les definicions nacionals. Irlanda compta amb una definició legal relativament àmplia, encara que el seu mesurament operatiu és més restringit. Espanya i Portugal es basen en definicions estratègiques similars a ETHOS Light, però se centren en la visibilitat de les persones sense llar. Fa poc que els Països Baixos van aplicar una definició restringida i basada en la visibilitat, com es reflecteix en les estadístiques de la CBS, però la introducció d'una enumeració nacional basada en ETHOS el 2023 assenyala un canvi cap a una comprensió més àmplia i inclusiva de les persones sense llar. Cap d'aquests quatre països aplica el marc ETHOS complet a la seva legislació; no obstant això, ETHOS ha influït en el discurs polític i serveix com a punt de referència per a la comparabilitat a nivell europeu.



Activitat 6.2 | Vídeo fòrum amb exemples de diferents tipus de persones sense llar

Objectiu

Obtenir una visió directa dels diferents tipus de persones sense llar mitjançant relats de primera mà i exemples de la vida real. **Please**

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Secció 3 | Causes de la manca d'habitatge

a. Introducció

La manca d'habitatge no és el resultat d'una sola causa, sinó que sorgeix d'una interacció complexa de forces estructurals, fallades sistèmiques i crisis individuals o relacionals. Segons Centre per a persones sense llar . Aquests tres dominis configuren col·lectivament els camins cap ai des de la situació de carrer.

1. Factors estructurals

A nivell social, els factors estructurals creen entorns que predisposen les persones i les famílies a la inestabilitat habitacional. Entre aquests, els principals són la pobresa, l'escassetat d'un habitatge assequible i la discriminació.

La pobresa actua com un factor poderós desencadenant de la manca d'habitatge. Les persones que hi viuen sovint tenen dificultats per cobrir necessitats bàsiques: habitatge, alimentació i atenció mèdica. Com assenyala Homeless Hub, la pobresa significa que una persona està “a una malaltia, un accident o un sou de viure al carrer”.

La manca d'habitatge segur, assequible i estable està estretament relacionada. Quan el cost de l'habitatge supera els ingressos, les famílies cauen en allò que els investigadors anomenen "necessitat bàsica d'habitatge", gastant més de la meitat dels seus ingressos de lloguer. Aquesta càrrega financera insostenible augmenta el risc de quedar-se sense llar.

A més, la discriminació -per motius de raça, gènere, ètnia, ingressos, orientació sexual o discapacitat- limita l'accés a l'habitatge, l'ocupació i els serveis socials. Els grups marginats estan desproporcionadament representats entre les persones sense llar.

L'Informe de Recerca núm. 3 de FEANTSA ofereix una anàlisi exhaustiva de les característiques socioeconòmiques de les famílies sense llar a tot Europa, destacant l'especial vulnerabilitat de les mares solteres i les llars monoparentals. L'informe demostra que les dones que crien soles els fills s'enfronten a un risc desproporcionadament alt de perdre un habitatge estable a causa d'una combinació de factors econòmics, socials i polítics (FEANTSA, 2025). 7. Segons l'informe, tres necessitats principals de suport són crucials per prevenir la manca d'habitatge, en particular entre les dones, i mitigar-ne els efectes:

- **Accés a recursos financers:** La inestabilitat econòmica continua sent un dels factors estructurals més importants que contribueixen a la manca d'habitatge. Moltes famílies monoparentals tenen ingressos limitats, depenen de feines precàries o mal remunerades, o s'enfronten a retards i insuficiències en la prestació d'assistència social. Sense prou recursos financers, les famílies tenen dificultats per mantenir el seu habitatge, cobrir les seves necessitats bàsiques i evitar el desallotjament.

- **Suport familiar i social:** Les xarxes socials sòlides, com ara la família extensa, els amics i els vincles comunitaris, són factors de protecció contra la manca d'habitatge. FEANTSA destaca que la manca de suport social augmenta la vulnerabilitat, especialment per a les mares solteres, que poden no tenir opcions de cura infantil, suport emocional o assistència informal per a l'habitatge. L'aïllament social pot exacerbar l'estrès i reduir la resiliència davant de les crisis d'habitatge.
- **Sistemes de protecció social:** Una protecció social pública eficaç és fonamental per donar suport a les famílies en situació de risc. Això inclou l'accés a habitatge assequible, prestacions socials, atenció infantil i atenció mèdica. FEANTSA assenyala que les deficiències en aquests sistemes -com les llargues llistes d'espera per a habitatge social, la insuficiència de suports econòmics o la fragmentació dels serveis- augmenten el risc de quedar-se sense llar i redueixen la capacitat de les famílies per recuperar-se un cop perden un habitatge estable.

2. Errors del sistema

Fins i tot quan les persones enfronten riscos manejables, les respostes institucionals inadequades les poden portar a la indigència. El Centre per a Persones sense Llar emfatitza que les falles en sistemes com ara el benestar infantil, l'atenció mèdica, els serveis de salut mental i els serveis penitenciaris són factors importants. Per exemple, els joves que surten del sistema d'acollida sovint no estan preparats per a una vida independent i reben poc suport de transició, cosa que augmenta la seva vulnerabilitat a la manca d'habitatge. De la mateixa manera, quan els pacients reben l'alta d'hospitals, centres psiquiàtrics o institucions penitenciàries sense plans coordinats, sovint es queden sense llar.

Les deficiències en el suport a immigrants i refugiats també posen en relleu deficiències sistèmiques. El mateix passa amb els migrants interns dins un mateix país, que busquen millors condicions de vida sense comptar amb el suport material necessari. Quan les persones no poden accedir a serveis lingüístics, legals o laborals, augmenta el risc de quedar sense llar.

3. Circumstàncies personals i problemes relacionals

A nivell individual, les circumstàncies personals i la dinàmica de les relacions poden desencadenar la manca d'habitatge, especialment quan hi ha vulnerabilitats preexistents. Diversos esdeveniments traumàtics de la vida, com ara la pèrdua de l'ocupació, la mort de familiars propers, la migració forçada, la desintegració familiar, els problemes de salut mental i la violència familiar o de gènere, són factors desencadenants comuns.

La violència familiar i la violència de gènere, en particular, són causes generalitzades i urgents de manca d'habitatge, especialment entre les dones. Les dones i els joves que fugen de l'abús sovint es veuen obligats a abandonar la seva llar ràpidament, sovint sense suport ni alternatives segures, cosa que els exposa directament al risc de quedar-se sense llar al carrer.

Els problemes de salut mental i els trastorns per consum de substàncies també constitueixen un nexa crític de vulnerabilitat. Una àmplia metaanàlisi d'estudis realitzats entre poblacions sense llar en països d'alts ingressos va revelar que la prevalença de qualsevol trastorn mental actual (incloent malalties mentals greus, trastorns de l'estat d'ànim, ansietat, TEPT, etc.) és d'aproximadament el 76,2%, amb els trastorns per consum de substàncies afectant el 44% esquizofrènic al voltant del 7% (Gutwinski, S., Schreiter, S., Deutscher, K. i Fazel, S., 2021).

b. Causes que s'intersecten: una xarxa complexa

Tots els informes i estudis emfatitzen que la manca d'habitatge poques vegades es deu a un sol factor. Més aviat sorgeix de la intersecció de desigualtats estructurals, un suport social feble i xarxes de seguretat insuficients. La pobresa, la discriminació i la inseguretat laboral creen condicions de vulnerabilitat per a les famílies, mentre que les bretxes en la protecció social i el suport familiar limitat eliminen les xarxes de seguretat que podrien prevenir la pèrdua d'habitatge. Les mares solteres, en particular, es veuen afectades de manera desproporcionada, ja que han d'afrontar aquests desafiaments alhora que tenen cura dels fills, sovint amb recursos externs limitats.

Cal destacar que la majoria de les persones sense llar s'enfronten a múltiples factors superposats —estructurals, sistèmics i personals— de manera en cascada. Com ho descriuen els investigadors i donen suport a anàlisis exhaustives de plataformes, és el pes acumulat de la inestabilitat econòmica, la infraestructura inadequada, l'abandó institucional i el trauma personal el que sovint empeny les persones a la indigència.

En altres paraules, els factors estructurals determinen el context, creant un entorn on la manca d'habitatge esdevé més probable. Les falles del sistema eliminen les xarxes de seguretat. I les crisis personals o relacionals solen ser els punts d'inflexió que finalment porten les persones a la pèrdua d'habitatge.

Secció 4 | Enfocaments per abordar la manca d'habitatges

a. Introducció

Desenvolupar respostes eficaces a la manca d'habitatge no només és crucial per millorar el benestar de les persones i les famílies, sinó també per promoure la cohesió social i reduir els costos públics associats amb els serveis d'emergència, l'atenció mèdica i les intervencions socials. La manca d'habitatge s'entrellaça amb nombrosos desafiaments socials, com ara la desocupació, els problemes de salut mental, el consum de substàncies, la discriminació i les desigualtats sistèmiques, cosa que la converteix en un problema multidimensional que exigeix solucions coordinades i basades en l'evidència.

Per abordar eficaçment la manca d'habitatge, els responsables polítics, els proveïdors de serveis i les comunitats implementen diversos enfocaments que operen a diferents nivells. Aquests enfocaments inclouen:

- Mesures preventives per reduir el risc de pèrdua d'habitatge;
- intervencions de crisi que responguin a necessitats urgents;
- programes d'habitatge temporal i de transició que brinden estabilitat i suport;
- i solucions d'habitatge a llarg termini, com ara Housing First o habitatge de suport permanent, que tenen com a objectiu promoure l'estabilitat sostinguda i la integració social.

Cada enfocament exerceix un paper fonamental a l'hora de reduir la incidència, la durada i la recurrència de la manca d'habitatge i de garantir que el suport s'adapti a les circumstàncies específiques de les persones i les famílies.

Tot i això, abordar la situació de les persones sense llar presenta diversos desafiaments. Aquests inclouen la identificació precisa de les persones en risc, la coordinació intersectorial, l'atenció de necessitats complexes i interrelacionades, com la salut mental o el consum de substàncies, i la garantia que les solucions d'habitatge siguin assequibles i accessibles. Un enfocament integral per a la situació de les persones sense llar requereix la integració de polítiques, pràctiques i la participació comunitària per crear sistemes capaços d'afrontar aquests desafiaments i, alhora, donar suport a les persones en el camí cap a l'estabilitat i la inclusió.

El *Centre per a l'Impacte de les Persones sense Llar* va desenvolupar una *estructura per erradicar la manca d'habitatge*, definida com prevenir-la sempre que sigui possible i, quan no sigui possible, garantir que sigui una experiència poc freqüent, breu i no recurrent. El marc també integra un mètode per mesurar el progrés cap a aquest objectiu mitjançant un conjunt de vuit indicadors fonamentals. Aquests indicadors capturen la prevalença de formes específiques de dormir a la intempèrie, com ara dormir a la intempèrie a llarg termini i els episodis recurrents de dormir a la intempèrie.

PREVINGUT	ESTRANY	BREU	NO RECURRENT
P1 Nombre de noves persones que dormen a la intempèrie	R1 Nombre de persones que dormen a la intempèrie	B1 Nombre de persones que dormen a la intempèrie durant llargs períodes	NR1 Nombre de persones que tornen a dormir a la intempèrie
P2 Nombre de persones vistes dormint a la intempèrie després de ser donades d'alta d'institucions	R2 Nombre de persones que dormen al carrer i s'han mudat d'allotjament	B2 Nombre de nits que se'ls va veure dormint a la intempèrie	NR2 Nombre de persones que dormen a la intempèrie i que anteriorment s'havien mudat a habitatges establerts

b. La prevenció com a primer enfocament

Peter Mackie (Universitat de Cardiff) i Suzanne Fitzpatrick (Universitat Heriot-Watt) són els autors principals del marc teòric sobre la prevenció del sensellarisme. Han desenvolupat una anàlisi profunda de com les polítiques públiques poden prevenir-la, distingint entre diferents nivells i mecanismes de prevenció.

Tipologia de la prevenció de la manca d'habitatge (Mackie et al., 2017)

Mackie et al. (2017), en el marc publicat per Crisis i la Universitat de Cardiff, proposen cinc nivells de prevenció de la manca d'habitatge, cadascun destinat a abordar diferents etapes de risc i necessitat.

- 1. La prevenció universal** es dirigeix a la població general i cerca reduir els factors de risc estructurals i sistèmics. Això inclou polítiques integrals en matèria d'habitatge, ingressos i salut que redueixen el risc general de perdre l'habitatge. Alguns exemples són les polítiques d'habitatge assequible, els subsidis i el suport universal a l'habitatge.
- 2. La prevenció dirigida** se centra als grups vulnerables o en risc per prevenir la pèrdua d'habitatge abans que es produeixi una crisi. Les intervencions es dirigeixen a grups identificables, com ara joves en transició de llars d'acollida, persones que surten de presó o víctimes de violència domèstica.
- 3. La prevenció de crisi** s'adreça a les persones que travessen una crisi d'habitatge i cerca una intervenció immediata per evitar que les persones dormin a la intempèrie. Aquestes respostes actuen amb rapidesa per evitar que situacions com el desallotjament o els conflictes familiars resultin a la manca d'habitatge.

4. **La prevenció d'emergències s'adreça** a les persones que ja viuen al carrer i se centra en la resposta ràpida i en minimitzar l'impacte de la manca d'habitatge. Les mesures inclouen la reducció del temps que es passa sense allotjament, per exemple, mitjançant programes de real·lotjament ràpid.

5. **La prevenció de la recuperació** dóna suport a les persones que han quedat sense llar, per tal de promoure la reintegració i prevenir les recaigudes. Aquest nivell inclou suport posterior a l'habitatge, com a assistència psicosocial, suport per al lloguer i integració comunitària per garantir l'estabilitat a llarg termini.

Nivell	Grup objectiu	Apuntar	Exemples / Descripció
1. Universal	Població general	Reduir els factors de risc estructurals i sistèmics	Polítiques àmplies d'habitatge, ingressos i salut que redueixin el risc a nivell de població de perdre l'habitatge (per exemple, polítiques d'habitatge assequible, subsidis, suport universal al'habitatge).
2. Dirigit	Grups vulnerables (en risc)	Prevenir la pèrdua d'habitatge abans que passi una crisi	Intervencions adreçades a grups de risc identificables (per exemple, joves en transició des de centres d'acolliment, persones que surten de presó, víctimes de violència domèstica).
3. Crisi	Persones que experimenten crisis d'habitatge	Intervenció immediata per prevenir que les persones dormin a la intempèrie	Respostes immediates per evitar que una crisi (per exemple, un desallotjament o un conflicte familiar) resulti en una pèrdua real de l'habitatge.
4. Emergència	La gent ja dorm a la intempèrie	Resposta ràpida i mitigació de l'impacte	Mesures per reduir el temps que una persona passa sense allotjament, inclosa un real·lotjament ràpid.
5. Recuperació	Post-sensellarisme	Donar suport a la reintegració i prevenir les recaigudes	Suport posterior a l'habitatge per prevenir recaigudes i promoure l'estabilitat (per exemple suport psicosocial, assistència per al lloguer, integració comunitària).

Table 5



IObtinut de Fitzpatrick et al., 2021

En alguns articles i informes de recerca (p. ex., Fitzpatrick i Bramley, 2018-2020), els cinc nivells s'han agrupat o simplificat per facilitar el diàleg amb els sistemes nacionals, com ara els models gal·lès o escocès. Com a resultat, se sol utilitzar una versió de quatre nivells, que sol incloure: universal, en risc, crisi i crònic. En aquesta versió, els nivells d'“emergència” i “recuperació” es fusionen amb els de crisi i crònic, respectivament.

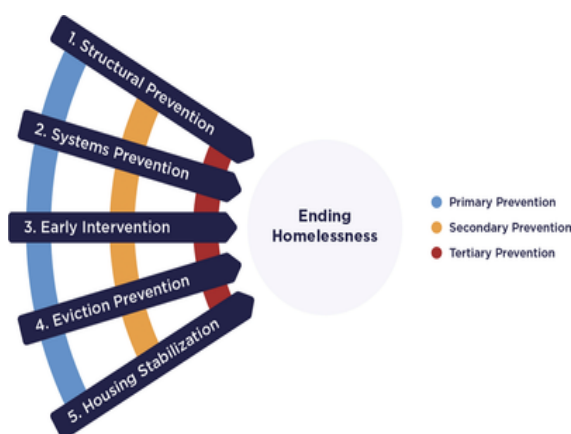
Prevenició primària: La prevenició primària cerca frenar la manca d'habitatge abans que es manifesti qualsevol risc, abordant factors estructurals generals i enfortint el funcionament general del sistema d'habitatge i l'estat del benestar. Això inclou diverses estratègies, com ara augmentar l'oferta d'habitatge social i públic, implementar controls de lloguers i protecció per als llogaters, i introduir polítiques que limitin l'especulació i l'ús excessiu de lloguers a curt termini, juntament amb incentius per a la construcció assequible. La prevenició primària també inclou mesures de reducció de la pobresa, com ara la garantia d'ingressos mínims, l'accés a programes d'ocupació, les prestacions familiars i per fill, i el suport específic a les supervivents de violència de gènere.

A més, requereix garantir l'accés universal a serveis essencials com ara la salut mental i el suport al consum de substàncies, serveis per a joves i educatius i diverses formes d'assistència econòmica i protecció social. Generalment liderada pels governs, la prevenició primària és crucial perquè redueix el nombre total de persones que entren en situació de carrer.

Prevenició secundària: Se centra a intervenir aviat quan les persones o les llars mostren indicis d'instabilitat habitacional, amb l'objectiu de prevenir-ne una pèrdua imminent. Aquest enfocament es basa en sistemes de detecció i cribratge primerencs, com ara la identificació per part dels professionals sanitaris dels pacients en risc, l'observació per part de les escoles d'indicis d'instabilitat entre els estudiants, la detecció per part dels treballadors socials de possibles desallotjaments i el reconeixement per part dels serveis per a dones de les supervivents que puguin estar fugint. També inclou suport específic per a grups d'alt risc, com ara joves que surten de llars d'acollida, persones que surten de presons, hospitals o altres institucions, migrants i refugiats que s'enfronten a barreres legals o administratives, i dones i persones LGBTQ+ que pateixen rebuig o violència familiar. A més, la prevenició secundària implica assistència pràctica a curt termini per ajudar les persones a conservar el seu habitatge, incloent-hi suport per cobrir els endarreriments de lloguer, mediació entre llogaters i propietaris, accés ràpid a assessorament jurídic i ajuda financera d'emergència o subvencions per a situacions de crisi.

Quan s'implementa eficaçment, la prevenició secundària pot aturar els desallotjaments, establir les famílies i reduir significativament la despesa pública.

Prevenició terciària: El seu objectiu és prevenir la recurrència de la manca d'habitatge, centrant-se en les persones que ja l'han experimentada, garantint que no tornin a caure en un cicle d'instabilitat habitacional. Els seus components clau inclouen proporcionar habitatge amb suport, com els programes "Habitatge Primer", juntament amb la gestió integral de casos i el suport a la salut mental. També inclou l'assistència econòmica i les vies d'accés a l'ocupació, el suport per a l'arrendament a llarg termini, els serveis orientats al trauma i els programes especialitzats per a supervivents de violència domèstica. La prevenició terciària reconeix que simplement proporcionar habitatge sol ser insuficient per a les persones amb necessitats complexes, i que el suport continu i personalitzat és essencial per trencar el cicle de la manca d'habitatge i promoure l'estabilitat a llarg termini.



Recuperat de: Dej, I., Gaetz, S. i Schwan, K. (2020). Tancar l'aixeta: Una tipologia per a la prevenició del sensellarisme. *Periòdic of Primary Prevention*, 41(5), 397–412. <https://doi.org/10.1007/s10935-020-00607-i>

Aquests cinc elements estan dissenyats per abastar les categories tradicionals de prevenció primària, secundària i terciària, reconeixent que diferents estratègies poden incloure aspectes dels tres tipus de prevenció i que calen enfocaments coordinats per abordar la manca d'habitatge en múltiples nivells. La tipologia emfatitza que la manca d'habitatge no és un esdeveniment aïllat, sinó el resultat de factors socials, econòmics i sistèmics complexos i, per tant, la prevenció ha de ser igualment integral. Aquest treball es basa en el model de prevenció de 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 les pràctiques sobre persones sense llar integrant factors estructurals i de nivell de sistemes, així com estratègies basades en intervencions.

c. Resposta a emergències/intervenció en crisi

La resposta d'emergència o intervenció en crisi fa referència a serveis immediats i a curt termini dissenyats per respondre a les necessitats urgents de les persones en situació de carrer, sovint en el primer contacte amb els serveis. Aquestes intervencions serveixen com a primera línia de suport i tenen com a objectiu garantir la seguretat, la dignitat i el compliment de les necessitats bàsiques, com ara allotjament, alimentació i sanejament mentre es busquen solucions a llarg termini.

A Europa, les respostes d'emergència adopten diverses formes, incloent-hi albergs 24/7, centres de dia, equips d'extensió, serveis mòbils de suport i allotjament d'emergència proporcionats tant per les autoritats com per la societat civil. Si bé no són suficients per ells mateixos per eradicar la manca d'habitatge, aquests serveis són crucials per reduir els danys immediats associats a la manca d'un habitatge estable i poden proporcionar accés a suports addicionals i vies d'accés a l'habitatge. Un informe comparatiu sobre els serveis per a persones sense llar a Europa assenyala que els albergs d'emergència, la distribució d'aliments i els centres de dia continuen estant entre les formes més comunes de suport a les persones sense llar en els contextos europeus, cosa que en destaca la contínua rellevància en els sistemes de serveis actuals.

Tot i que els serveis d'emergència són essencials, les organitzacions i les xarxes polítiques europees també han emfatitzat la qualitat i l'accessibilitat d'aquestes respostes. Per exemple, la Federació Europea d'Organitzacions Nacionals que Treballen amb Persones sense Llar (FEANTSA) ha sol·licitat accés incondicional a allotjament d'emergència per a totes les persones en situació de carrer, independentment de la seva situació administrativa, i que se superin els albergs de només nit i es promoguin instal·lacions més dignes, obertes les 24 hores, que satisfacin les necessitats millor.

Com a demostració addicional de la importància de les respostes a les crisis a Europa, **Declaració de Lisboa sobre la Plataforma Europea de Lluita contra les Persones sense Llar** (signada el juny de 2021 pels Estats membres de la UE, la Comissió Europea i els socis clau de la societat civil) descriu diversos compromisos directament relacionats amb la intervenció en situacions d'emergència i crisi en els sistemes d'atenció a les persones sense llar. Segons la Declaració de Lisboa, un dels objectius fonamentals acordats pels signants és que "ningú dormi a la intempèrie per manca d'allotjament d'emergència accessible, segur i adequat", afirmant que l'allotjament d'emergència ha d'estar disponible i accessible per a totes les persones en situació de sensellarisme com a dret fonamental i primer punt de suport. La Declaració també estableix que ningú no ha de romandre en un allotjament d'emergència o de transició més temps del necessari abans de traslladar-se a solucions d'habitatge permanents, cosa que reflecteix un compromís clar amb el suport en situacions de crisi com a punt de partida per a vies a llarg termini per sortir del sensellarisme. Aquest èmfasi en l'allotjament d'emergència forma part d'un esforç més ampli de la Plataforma per coordinar l'evidència, compartir les millors pràctiques i animar els estats membres de la UE a harmonitzar estratègies i evitar deficiències en l'atenció immediata, alhora que es busquen respostes integrades als serveis de prevenció, habitatge i suport.

Per exemple, a Espanya, la Creu Roja gestiona unitats mòbils d'emergència social especialitzades que operen especialment durant períodes de crisi (per exemple, en èpoques de fred) per donar suport immediat a les persones sense llar. Aquestes unitats mòbils ofereixen menjar, begudes calentes, mantes, productes d'higiene i derivacions a albergs o allotjaments temporals, cosa que ajuda a abordar les necessitats urgents i a reduir els danys associats a l'exposició a condicions adverses. El 2025, la Creu Roja ha reportat que compta amb 91 unitats d'emergència que operen a 35 províncies, atenent més de 22.000 persones sense llar i coordinant amb espais de refugi temporals i centres de dia per garantir un suport bàsic ràpid.

d. Habitatge temporal o de transició

Els habitatges temporals o de transició ofereixen allotjament i serveis de suport a curt i mitjà termini a persones sense llar que encara no estan a punt per mudar-se a un habitatge permanent. Aquesta categoria és més estructurada que els albergs d'emergència i sol oferir gestió de casos, suport per a la vida i vies per accedir a un habitatge estable.

Si bé les definicions varien segons el context, molts sistemes d'habitatge combinen allò que de vegades s'anomena habitatge de transició amb programes de reallotjament ràpid que ajuden les persones a mudar-se ràpidament a habitatges comunitaris amb suport temporal. Investigació publicada per Institut Urbà destaca que els programes conjunts de transició i reallotjament ràpid ajuden que les persones surtin de la situació de carrer sense refugi més ràpidament i les vinculen amb els serveis comunitaris fins i tot després de la seva estada inicial, cosa que demostra el paper de les opcions de transició com a ponts, no punts finals, en els sistemes de persones sense llar.



L'habitatge de transició pot ser especialment important per a les persones que necessiten temps per establir-se després de viure al carrer, accedir a serveis d'ocupació o iniciar un tractament abans d'ingressar a un habitatge de llarga durada. Tot i que els programes de transició no són una solució per si sols, compleixen una funció vital dins d'un continu que connecta l'allotjament d'emergència amb les vies d'accés a l'habitatge permanent.

Per exemple, a Lió, França, s'han utilitzat habitatges modulars temporals com a part del [Projecte Ruta de la Seda](#), en què es van instal·lar habitatges prefabricats per allotjar temporalment famílies sense llar en un terreny urbà rehabilitat. Aquestes unitats ofereixen un 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'habitatge temporal als Països Baixos és [Sota los panells](#), un projecte desenvolupat pel [Grup regenboog](#) per abordar el problema creixent de la manca d'habitatge econòmic. El programa connecta a persones que es troben sobtadament 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 extra per oferir. Mitjançant una acurada selecció i el suport del Regenbooggroep, aquestes persones s'allotgen en habitatges privats fins a dotze mesos, cosa que els proporciona l'estabilitat que necessiten per recuperar el control de les seves vides mentre continuen buscant un habitatge permanent. El projecte opera en col·laboració amb municipis locals i associacions d'habitatge, i ha ubicat amb èxit centenars de persones sense llar econòmicament en allotjaments temporals a diverses ciutats holandeses.

e. Habitatge Primer / Habitatge de Suport Permanent

Un dels models més eficients per abordar la manca d'habitatge és el model “Habitatge primer”. Aquest model va ser desenvolupat per Sam Tsemberis (2010), creador del primer programa Pathways Housing First, i es basa en la idea que un habitatge estable és fonamental per millorar la salut, la inclusió social i el benestar general. En eliminar les barreres i les condicions prèvies que sovint retarden l'accés a l'habitatge, Housing First ha demostrat augmentar l'estabilitat habitacional, reduir la dependència dels serveis d'emergència i promoure la recuperació a llarg termini i la reintegració social.

El model Housing first és un enfocament per abordar la situació de carrer que prioritza proporcionar a les persones un habitatge estable i permanent com a primer pas immediat, sense exigir-los que compleixin condicions com sobrietat, tractament o ocupació. Un cop les persones tenen un habitatge segur, se'ls ofereixen serveis de suport personalitzats, com atenció de salut mental, tractament d'addiccions o assistència laboral, segons les necessitats i preferències.

Les característiques principals del programa Housing first inclouen:

- Habitatges dispersos en apartaments independents i comunitaris.
- Habitatge combinat amb serveis de suport prestats per un equip multidisciplinari, inclosos treballadors entre iguals.
- Compromís a llarg termini: l'equip recolza els clients durant el temps que sigui necessari, sense límits de temps.
- Dos requisits bàsics: Visita setmanal a casa per part del personal del programa i compliment del contracte d'arrendament i pagament del lloguer (normalment el 30% dels ingressos del participant per al lloguer)
- L'elecció del/ la consumidor/a i l'autodeterminació com a principis fonamentals.



Housing First tendeix a funcionar millor que els enfocaments tradicionals de “preparació per a l'habitatge” perquè prioritza brindar un habitatge estable i permanent immediatament, sense requerir que les persones compleixin condicions com sobrietat, tractament o ocupació.

En proporcionar a les persones un habitatge primer, 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 fer front a altres desafiaments. Aquesta estabilitat immediata augmenta la retenció d'habitatge, millora la salut física i mental, i redueix la dependència dels serveis d'emergència i els albergs.

A diferència dels models basats en la preparació, que poden deixar els més vulnerables atrapats en cicles de manca d'habitatge mentre qualifiquen per a un habitatge, Habitatge Primer elimina barreres, respecta la dignitat i l'autonomia individual, i recolza serveis personalitzats segons les necessitats de cada persona. El resultat no només són millors resultats en matèria d'habitatge a llarg termini, sinó també oportunitats més grans de reintegració social, benestar i un ús rendible dels recursos públics.

Les investigacions mostren de manera consistent que Housing First és altament eficaç per acabar amb la manca d'habitatge (ajudant aproximadament 8 de cada 10 persones a assolir estabilitat habitacional a llarg termini) i és més rendible que els refugis d'emergència o els models que prioritzen el tractament (Tsemberis, 2010; Polvere 2 al.).

Els/Les participants també tendeixen a mostrar millores significatives en múltiples àrees de la vida, com ara reducció en el consum de substàncies, millor adherència al tractament, reconexió amb membres de la família i enfortiment de les xarxes de suport social.

Unitat 2 | Polítiques públiques i promoció amb èxit per a solucions a la manca d'habitatge

Secció 1 | Polítiques públiques
Secció 2 | Definició d' advocacy

Unitat 2 | Polítiques públiques i promoció amb èxit per a solucions a la manca d'habitatge

Secció 1 | Polítiques públiques

“

En animar els legisladors a actuar, la incidència política pot ser summament eficaç per generar canvis. En innumbrables ocasions, els legisladors han declarat inicialment que no podien prendre una mesura específica ni donar suport a un programa específic fins que els defensors intervinguessin i treballassin per fer-los canviar d'opinió.

Aliança Nacional per acabar amb la manca d'habitatge ”

La manca d'habitatge no és només el resultat de circumstàncies individuals; és un fenomen social complex, determinat per factors econòmics, socials i institucionals. Les polítiques públiques, en particular les relacionades amb l'habitatge, la salut i els serveis socials, tenen un paper decisiu tant en la prevenció com en la mitigació de la manca d'habitatge.

A la conferència d'alt nivell celebrada a Lisboa, coorganitzada per la Presidència portuguesa del Consell de la UE el 2021, els ministres nacionals, juntament amb representants de la Comissió Europea, el Parlament Europeu, el Comitè Econòmic i Social, el Comitè de les Regions, organitzacions de la societat civil, interlocutors socials i ciutats, van signar la Declaració i llançaran la Plataforma Europea per Combatre el Sensellarisme (EPOCH). Els signants es van comprometre a col·laborar en el marc de la Plataforma i a implementar accions dins de les seves competències respectives.

Partint de la Plataforma Europea per a l'Eradicació del Sensellarisme, l'Estratègia Europea 2030 pretén garantir que, per al 2030, ningú visqui al carrer per manca d'un habitatge adequat, promovent l'eradicació progressiva del sensellarisme a tots els Estats membres. La lluita contra el sensellarisme també s'ha establert com una prioritat per a l'Europa Social, i totes les parts interessades s'han compromès a redoblar esforços d'acord amb l'Estratègia Europea 2030. Per implementar els principis compartits de l'Estratègia, s'han acordat els objectius clau següents:

- Enfocaments basats en evidència, com Housing First i la prevenció primerenca;
- Cooperació multisectorial, que abraça l'habitatge, la salut, l'ocupació i la protecció social;
- Seguiment i compartició de dades comparables entre països;
- Finançament europeu orientat a resultats sostenibles, a través d'instruments com el Fons Social Europeu+, el Fons Europeu de Desenvolupament Regional (FEDER) i InvestEU.

Els drets humans bàsics com a base de les polítiques per a les persones sense llar

Abordar eficaçment el problema de les persones sense llar requereix no sols polítiques ben dissenyades, sinó també una comprensió clara dels fonaments jurídics i de drets que les sustenten. El dret internacional i europeu reconeixen que la manca d'habitatge és més que un problema social: constitueix una violació dels drets humans fonamentals. El Pacte Internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals (PIDESC, 1966) 10 Estableix explícitament el dret a un habitatge adequat, afirmant que tota persona té dret a un nivell de vida adequat, inclòs un habitatge adequat, i que els governs han d'adoptar mesures per fer efectiu progressivament aquest dret. De la mateixa manera, la Carta Social Europea i la Carta dels Drets Fonamentals de la UE reforcen les obligacions dels estats membres de garantir l'accés a la protecció social, l'habitatge i la no-discriminació per a les poblacions vulnerables.

Aquests **marcs legals estableixen les bases per al desenvolupament i la promoció de polítiques**, ja que creen estàndards vinculants que els governs i les autoritats locals han de complir. També ofereixen eines per abordar les bretxes i les injustícies sistèmiques, com l'accés discriminatori a l'habitatge o la criminalització de la manca d'habitatge. Per exemple, els tribunals europeus han dictaminat que els Estats han de prevenir els desallotjaments sense allotjament alternatiu, reconeixent l'habitatge com a dret humà fonamental.

Dins la UE, la legislació nacional sol incorporar aquests principis, encara que la seva implementació varia considerablement. Alguns països han codificat la prevenció del sensellarisme, l'accés a l'habitatge i la protecció social, mentre que d'altres es basen principalment en directrius polítiques sense drets exigibles. El reconeixement legal és especialment important per als grups vulnerables, com ara els migrants, els refugiats, les dones que pateixen abús domèstic o econòmic i les persones amb discapacitat, els quals es veuen desproporcionadament afectats per les barreres per accedir a l'habitatge i al suport social.

Un marc basat en drets també emfatitza la rendició de comptes, la participació i la igualtat. Les polítiques s'han de dissenyar conjuntament amb persones amb experiència, garantint que les intervencions reflecteixin les necessitats reals i apoderin les comunitats afectades. En situar la situació de les persones sense llar en un context legal i de drets humans, els professionals i els responsables polítics estan capacitats no sols per brindar suport immediat, sinó també per promoure un canvi sistèmic, combatre les pràctiques discriminatòries i garantir que les intervencions públiques siguin coherents amb els objectius més amplis de justícia social.

La manca d'habitatge i la interseccionalitat com a enfocament bàsic

És fonamental tenir present que la manca d'habitatge no afecta totes les poblacions per igual, i les polítiques públiques han d'integrar una perspectiva interseccional per prevenir bretxes en la prestació de serveis i garantir que les intervencions arribin als que es troben amb més risc. Les polítiques públiques que aborden l'habitatge, la salut i els serveis socials han de considerar com s'hi intersecten les múltiples identitats socials i les desigualtats estructurals per augmentar la vulnerabilitat. Per exemple, les dones migrants i refugiades poden fer front a barreres lingüístiques, una situació jurídica precària i discriminació que limiten l'accés tant a l'habitatge com als serveis socials. De la mateixa manera, els adults grans en situació de carrer sovint enfronten desafiaments propis de la seva edat, com ara mobilitat limitada, vulnerabilitats sanitàries i aïllament social.

Les persones amb discapacitat o malalties cròniques poden requerir suport personalitzat, com ara habitatge accessible, continuïtat de l'atenció mèdica i serveis socials adaptats. Les dones que pateixen violència de gènere s'enfronten a nivells addicionals de vulnerabilitat, on la inestabilitat habitacional es pot veure agreujada pel control financer, la coerció o la necessitat d'escapar d'entorns domèstics insegurs.

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. Mecanismes d'avaluació i rendició de comptes sobre polítiques i promoció de les persones sense llar.

Garantir que les polítiques públiques abordin eficaçment la situació de les persones sense llar requereix més que programes ben intencionats: requereix mecanismes sistemàtics d'avaluació i rendició de comptes. Cal monitoritzar les polítiques per determinar si estan aconseguint els resultats previstos, en particular per als grups més vulnerables, identificats des d'una perspectiva interseccional. Això implica definir indicadors clars, com ara la reducció de les persones que dormen al carrer, les transicions reeixides a un habitatge permanent, les millores en l'accés a l'atenció mèdica i els serveis socials i l'eliminació de les barreres discriminatòries.

L'avaluació també ha de captar dimensions qualitatives, com ara l'experiència de l'usuari, l'accessibilitat percebuda dels serveis i la capacitat de resposta de les intervencions a les necessitats específiques de les poblacions marginades. Combinant dades quantitatives i qualitatives, els responsables de les polítiques públiques poden comprendre millor les deficiències en la prestació de serveis, identificar conseqüències imprevistes i adaptar les estratègies per garantir la inclusió i l'eficàcia.

Mecanismes de rendició de comptes: Són igualment importants. Això inclou estructures d'informes que permeten a governs, autoritats locals i proveïdors de serveis demostrar avenços, auditories independents que validen els resultats i els canals perquè la societat civil i les organitzacions comunitàries brindin retroalimentació o assenyalin deficiències sistèmiques. La incidència política té un paper crucial en aquest procés: mitjançant l'ús de dades d'avaluació i de recerca basada en l'evidència, els activistes poden impulsar millores en les polítiques, destacar models d'èxit i garantir que els compromisos adquirits a nivell nacional o europeu es tradueixin en canvis significatius sobre el terreny.

D'aquesta manera, l'avaluació i la rendició de comptes no només mesuren l'èxit de les polítiques, sinó que també creen un circuit de retroalimentació que enforteix les intervencions, dóna suport als esforços de promoció i, en última instància, millora els resultats per a les persones sense llar, en particular les que enfronten vulnerabilitats agreujades.

Governança multinivell i col·laboració intersectorial

Les respostes polítiques públiques eficaces al sensellarisme depenen cada cop més de la coordinació entre els diferents nivells de governança —local, nacional i europeu—, juntament amb aliances sòlides entre institucions públiques, organitzacions de la societat civil, xarxes de recerca i moviments de base. La governança multinivell reconeix que el sensellarisme es veu condicionat per factors complexos i interrelacionats que cap actor no pot abordar per si mateix. La coordinació garanteix l'intercanvi de recursos, estratègies i coneixements, cosa que permet solucions més coherents i sostenibles. La societat civil i els actors de base són socis essencials en aquest procés: aporten coneixement pràctic, mobilitzen les comunitats i actuen com a organismes de control que exigeixen la rendició de comptes a les autoritats públiques.

A nivell europeu, xarxes com el Centre Europeu d'Habitatge Primer i FEANTSA (Federació Europea d'Organitzacions Nacionals que Treballen amb Persones sense Llar) exemplifiquen aquest enfocament col·laboratiu. El Centre Europeu d'Habitatge Primer es va crear per donar suport a l'expansió del model Habitatge Primer a tots els països, connectant actors municipals, nacionals i de la societat civil per compartir investigació, formació, experiència d'implementació i promoció de solucions d'habitatge basades en l'evidència. Aquestes xarxes ajuden a connectar les pràctiques locals amb els debats sobre polítiques de la UE, garantint que les respostes innovadores orientin els marcs polítics més amplis.

Les iniciatives liderades per les ciutats també il·lustren com la governança a nivell municipal i regional contribueix a les respostes de tot el sistema. Per exemple, Xarxa de cobertes URBACT -que comprèn ciutats com Gant i altres compromeses amb estratègies d'habitatge destinades a acabar amb la manca d'habitatge- combina l'experimentació local amb l'aprenentatge entre iguals i el desenvolupament de polítiques conjuntes en diferents contextos europeus, tot fomentant la col·laboració entre els serveis públics, les ONG i les parts interessades de la comunitat.

Les organitzacions de base juguen un paper crucial a l'hora de vincular l'experiència viscuda amb el canvi de polítiques. A Hongria, el grup de defensa La ciutat és per a tots (A Város Mindenkié) treballa amb persones en situació de carrer i pobresa habitacional per defensar el dret a l'habitatge, fer campanya contra els desallotjaments i combatre la criminalització de la manca d'habitatge mitjançant l'acció directa, la mobilització legal i la incidència pública. Els seus esforços —que inclouen aturar els desallotjaments, oferir suport legal a través de grups afiliats com Streetlawyer i From Streets to Homes, i promoure la justícia habitacional en el debat polític nacional— han contribuït que els problemes d'habitatge siguin prioritaris en el debat públic i influeixin en les agendes polítiques locals i nacionals.

A Portugal, ¡Habita! – Associação pèl direito à habitação i à cidade Defensa el dret a l'habitatge i a la ciutat, combatent l'especulació immobiliària i impulsant proteccions legals i polítiques contra els desnonaments, especialment a l'àrea metropolitana de Lisboa. Habita! participa en coalicions europees més àmplies, com ara la Coalició d'Acció Europea pel Dret a l'Habitatge i a la Ciutat, vinculant les lluites nacionals amb els moviments transnacionals per la justícia habitacional i demostrant com la incidència local pot contribuir a definir tant el discurs polític com les prioritats legislatives.

Als Països Baixos, aquest canvi conceptual més ampli també es reflecteix en iniciatives orientades a la pràctica com El projecte de Valente Cultuuromslag – NAD in je DNA. El projecte està liderat pel Centre d'Experts HVO-Estimat en nom de Valente, l'associació nacional que representa les organitzacions que treballen en serveis per a persones sense llar, assistència social i habitatge amb suport als Països Baixos. El projecte cerca integrar els principis del Pla d'Acció Nacional sobre Persones sense Llar (NAD) a l'ADN d'organitzacions, professionals i clients. A través d'un itinerari d'aprenentatge estructurat, combinat amb eines concretes, se centra a passar de conèixer els principis a creure-hi i, finalment, a posar-los en pràctica a la pràctica diària.

Aquests exemples demostren que la governança multinivell en matèria de sensellarisme no es limita a alinear polítiques entre els diferents nivells institucionals, sinó també a crear espais per al diàleg, la resolució conjunta de problemes i la rendició de comptes compartits. En aquest context, la incidència política exerceix un paper crucial per garantir que els compromisos adquirits a nivell europeu es tradueixin en canvis reals sobre el terreny. Les persones en situació de sensellarisme sovint s'enfronten a barreres que van més enllà de la manca d'habitatge, com ara la discriminació, els obstacles burocràtics i les deficiències en l'accés a l'atenció sanitària o el suport social. Una incidència política eficaç ajuda a superar aquestes barreres, a amplificar les veus de les persones afectades i a garantir que les polítiques públiques responguin a les necessitats.

Polítiques concretes: Habitatge, salut pública i serveis socials

Donats els principis presentats anteriorment, una política d'habitatge específic és fonamental: l'accés a un habitatge segur, assequible i adequat, i la prevenció del sensellarisme proporcionen l'estabilitat necessària perquè les persones afrontin altres reptes vitals. El Comitè Europeu de les Regions (CDR) ha destacat explícitament que els governs locals i regionals són actors clau en la lluita contra el sensellarisme. En el dictamen, el CDR advoca per un enfocament centrat en l'habitatge, especialment Housing First, complementat amb serveis de suport social. Estratègies com el model Housing First, que prioritza l'accés immediat a un habitatge permanent abans d'abordar altres necessitats, n'han demostrat l'eficàcia a tot Europa. A Portugal, ENIPSSA 2025–2030 (Estratègia Nacional d'Intervenção em Pessoas Sem-Abrigo) incorpora explícitament Habitatge Primer en l'estratègia nacional per a les persones sense llar, reconeixent que sense un habitatge estable, altres intervencions són molt menys efectives.

A Espanya, diversos programes municipals implementen enfocaments d'habitatge amb suport integrats a les polítiques públiques. Per exemple, a Barcelona, la Xarxa d'Habitatges d'Inclusió ofereix habitatges d'inclusió amb suport socioeducatiu per a persones en situació d'exclusió residencial, combinant allotjament amb suport social personalitzat. A més, Espanya compta amb l' Estratègia Nacional per a la Inclusió Social i Econòmica i l'Erradicació de la Pobresa 2024-2030 , que inclou mesures per enfortir l'habitatge amb suport com a via cap a la integració social.

Als Països Baixos, el Pla d'Acció Nacional Neerlandès per a les Persones sense Llar: Habitatge Primer (2023-2030) promou enfocaments integrats, incloent programes pilot d'Habitatge Primer a ciutats com Amsterdam i Utrecht. Aquests programes ofereixen reallotjament ràpid, a més de suport psicosocial, gestió de casos i accés a serveis d'ocupació i salut, cosa que prevé la manca d'habitatge a llarg termini i redueix la dependència dels albergs d'emergència.

A Irlanda, el Pla d'Habitatge per a Tothom posa èmfasi a Housing First per a persones amb necessitats complexes, combinant habitatge permanent amb suports integrats brindats a través d'associacions entre autoritats locals, serveis de salut i organitzacions comunitàries.

Les polítiques d'habitatge també determinen la disponibilitat de refugis d'emergència, allotjament temporal i programes d'habitatge inclusiu adreçats a poblacions vulnerables, com ara migrants, adults grans, persones amb discapacitat i persones amb problemes de salut mental o consum de substàncies. Per exemple, el Pla d'Allotjament d'Emergència d'Irlanda proporciona refugi temporal durant períodes de clima extrem, alhora que garanteix vies d'accés a habitatge a llarg termini.

La política de salut pública és igualment crucial, atesa 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 garanteixen la continuïtat de l'atenció, el suport comunitari a la salut mental i l'extensió comunitària prevenen deficiències als serveis que poden agreujar la inestabilitat habitacional de les persones.

A Espanya, els equips municipals de salut, com els Equips d'Atenció a Persones Sense Llar a ciutats com Madrid, col·laboren estretament amb els serveis socials per oferir atenció primària, suport en salut mental i derivacions directes a persones en situació de carrer. Als Països Baixos, els equips multidisciplinaris d'atenció comunitària, inspirats en models d'atenció veïnal, vinculen els serveis de salut amb el suport social per a poblacions en situació de precarietat o en risc, acostant els serveis a qui, altrament, podrien trobar barreres.

Aquestes polítiques de salut pública s'han de desenvolupar en contextos de confiança i co-construcció, involucrant institucions governamentals, organitzacions comunitàries, professionals de primera línia i persones amb experiència en situació de carrer. La col·laboració horitzontal garanteix que les intervencions en matèria d'habitatge i salut siguin receptives, equitatives i socialment legítimes.

Les polítiques de serveis socials proporcionen la xarxa de seguretat estructural que pot ajudar a prevenir que les persones es quedin sense llar. Aquestes inclouen sistemes de protecció social, ajuts econòmics, programes d'ocupació i xarxes comunitàries. A Espanya, els serveis socials municipals i regionals ofereixen una àmplia gamma de suports, des d'assistència financera fins a suport familiar i programes d'ocupació, adaptats a les necessitats locals. Tot i això, la descentralització implica que la cobertura i l'accessibilitat varien entre comunitats autònomes.

A Irlanda, instruments com el Pagament d'Assistència per a l'Habitatge (PAH) i la Prestació Social Complementària ofereixen suport financer per al lloguer i 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 (bijstandsuitkering) i els subsidis d'habitatge ajuden les llars amb ingressos baixos a mantenir el pagament del lloguer, reduint així el risc de desnonament, mentre que els municipis ofereixen suport específic per a la reintegració i l'ocupació.

Comprendre aquestes diferències és crucial per als responsables polítics i professionals de tot Europa, ja que la disponibilitat, l'accessibilitat i la flexibilitat dels serveis socials influeixen significativament en les estratègies per abordar l'exclusió social, la pobresa i la manca d'habitatge. Com es destaca a l'ENIPSSA, uns serveis socials eficaços aborden les causes profundes de la vulnerabilitat, oferint no només suport en situacions de crisi, sinó també vies per a la inclusió econòmica i social. Les polítiques que coordinen aquests serveis a tots els sectors contribueixen a garantir que ningú en quedi exclòs.

En conjunt, aquests àmbits de política pública –habitatge, salut i serveis socials– constitueixen la base d'intervencions eficaces contra les persones sense llar. Transfereixen l'enfocament de solucions reactives i a curt termini a estratègies proactives, preventives i holístiques. Sense polítiques ben dissenyades i recursos adequats per implementar-les, les intervencions individuals i comunitàries corren el risc de ser fragmentades, insuficients o insostenibles. Com il·lustren l'ENIPSSA 2025-2030 i els exemples d'Espanya, els Països Baixos, Irlanda i Portugal, la integració de polítiques intersectorials i la fonamentació de les intervencions en enfocaments inclusius i basats en dades són essencials per garantir que ningú es quedi al carrer a causa de fallades sistèmiques.

Finançament i assignació de recursos

Totes les estratègies, polítiques i esforços d'incidència política analitzats en aquesta secció depenen, en darrer terme, d'un finançament adequat i sostingut, així com d'una assignació estratègica de recursos. Sense prou recursos financers i humans, fins i tot els marcs jurídics, els programes d'habitatge i les intervencions de serveis públics més ben dissenyats corren el risc de ser fragmentats, inconsistents o efímers. El finançament garanteix que iniciatives basades en l'evidència, com ara Habitatge Primer, els serveis socials integrats i el suport específic a grups vulnerables, es puguin ampliar, supervisar i mantenir al llarg del temps.

L'assignació de recursos no es limita a la quantitat sinó també a la distribució estratègica. Els recursos han d'arribar a les poblacions amb més risc —migrants, persones grans, dones que pateixen violència econòmica o domèstica, i persones amb discapacitat—, tot donant suport tant a les intervencions d'emergència com a les estratègies de prevenció a llarg termini. L'escassetat de finançament sovint obliga les organitzacions a operar de manera reactiva, centrant-se en les crisis immediates en detriment de les solucions integrals, i deixa mancances crítiques en àrees com l'atenció a la salut mental, el suport jurídic i la protecció social. Per evitar l'escassetat de finançament i els consegüents i costosos serveis d'emergència, el CDR ha impulsat un ús més gran dels fons de la UE (per exemple, els fons de cohesió, els instruments estructurals com el Fons Social Europeu Plus+ (FSE+)) que són rellevants per a la inclusió social i l'atenció a les persones sense llar.

A més, el finançament facilita la col·laboració multinivell entre actors locals, nacionals i europeus. Dona suport a la investigació, el seguiment i les activitats de desenvolupament de capacitats que sustenten la formulació de polítiques i la incidència política basades en l'evidència. Les organitzacions de la societat civil, que sovint cobreixen les mancances de la prestació estatal, depenen d'un finançament sostenible per mantenir els serveis, innovar en els enfocaments i representar les veus de les persones en situació de sensellarisme als debats sobre polítiques.

Secció 2 | Definició d' advocacy

L'Institut de Persones sense Llar a nivell mundial defineix l' advocacy o la incidència política com un procés mitjançant el qual individus, grups o organitzacions eduquen el públic i els responsables polítics sobre la situació de la manca d'habitatge, els seus impactes socials i les possibles solucions. Una defensa eficaç inclou la sensibilització, la formulació de crides clares a l'acció i la promoció de canvis en les polítiques a diversos nivells. Un component clau és destacar la interacció de la manca d'habitatge amb altres problemes socials, fomentant la col·laboració entre diferents sectors per abordar les causes fonamentals i els factors sistèmics que contribueixen a la manca d'habitatge.

La incidència política és una eina fonamental per a les organitzacions de la societat civil que treballen per abordar la situació de les persones sense llar, ja que els permet influir a les polítiques públiques, crear consciència i representar els interessos de les persones en situació d'inseguretat habitacional. En particular, les OSC tenen un paper fonamental en desafiar les definicions restrictives de sensellarisme i promoure polítiques inclusives que tractin tant els factors sistèmics com els individuals (Aliança Nacional per Acabar amb la Manca de Llar, 2011; Revista de Dret de la Universitat de Miami, 2011). En col·laborar amb els responsables polítics, les OSC poden destacar barreres estructurals com la protecció social inadequada, l'accés limitat a un habitatge assequible i les deficiències als serveis de salut pública, advocant així per solucions integrals.

Les investigacions han demostrat que els gestors de serveis per a persones sense llar reconeixen la importància de la defensa de drets, però sovint s'enfronten a obstacles, com ara la preocupació per les limitacions de finançament, les prioritats organitzatives i les sensibilitats polítiques (Lee et al., 2012). Tot i aquests desafiaments, les estratègies de defensa eficaces impliquen la formació de coalicions, la mobilització comunitària i una comunicació rigorosa amb les parts interessades per influir en les decisions polítiques i la percepció pública. La participació de múltiples sectors i el foment d' àmplies xarxes de defensors potencien l'impacte d'aquestes iniciatives, garantint que les intervencions siguin sostenibles i responguin a les complexes necessitats de les persones sense llar (Aliança Nacional per Acabar amb la Manca d'Habitatge, 2011; Institut de la Falta d'Habitatge Global, sf).

Mitjançant aquests enfocaments, les OSC no sols presten serveis directes, sinó que també treballen per transformar l'entorn social i polític que perpetua la inseguretat habitacional. Combinant recomanacions basades en l'evidència amb la participació ciutadana i la incidència política, les ONG contribueixen a generar canvis sistèmics que milloren l'accés a l'habitatge, l'atenció mèdica i el suport social, promovent així la inclusió social i protegint els drets de les persones en situació de carrer.

Les investigacions demostren que el suport social informal, com el d'amics o familiars que brinden orientació i alè, pot tenir un paper fonamental en la millora dels resultats de les persones sense llar. Les persones amb forts defensors informals tenen més probabilitat de reportar una millor qualitat de vida i poden passar menys temps en situació de carrer. Si bé la defensa professional de treballadors socials i proveïdors de serveis és valuosa, aquestes xarxes personals solen tenir una influència més gran en el benestar i la resiliència quotidians (Babayan, Futrell, Stover i Hagopian, 2021).

Aquestes troballes ressalten la importància de considerar les connexions socials i els vincles comunitaris en el disseny d'intervencions per a persones sense llar. Els programes que donen suport als usuaris perquè es retrobin amb xarxes de suport informals o les enforceixin, a més de brindar serveis professionals, poden millorar-ne la qualitat de vida i contribuir a l'estabilització de la seva situació habitacional. Aquesta perspectiva promou 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).¹²



Activitat 6.3 | Anàlisi de la campanya de promoció

Objectiu:

Aprofundir la comprensió dels participants sobre la incidència política en la reducció de danys mitjançant l'anàlisi de campanyes reals. Aquesta activitat promou el pensament crític, l'anàlisi comparativa i l'aprenentatge compartit, alhora que ofereix exemples concrets d'estratègies d'incidència política en diversos contextos.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Secció 3 | Defensa activa del canvi sistèmic a l'àmbit de les persones sense llar

La incidència política en l'àmbit de les persones sense llar requereix una combinació deliberada d'argumentació basada en l'evidència, la participació comunitària i la comunicació política estratègica. El seu propòsit principal és transformar l'experiència viscuda, les dades empíriques i les necessitats identificades al terreny en accions polítiques concretes. Això pot incloure la promoció de polítiques de habitatge eficaces, la influència en el disseny de serveis per a persones sense llar o enfortir els drets socials i laborals de les persones en situació de marginació extrema. A partir 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 les marxes públiques depenen de la visibilitat generada per un gran nombre de participants i missatges convinents. Són especialment eficaços quan es programen per coincidir amb moments polítics clau, com ara l'aprovació de pressupostos, les eleccions o els debats legislatius. Tot i que les manifestacions no solen facilitar un diàleg sostingut amb els responsables polítics, poden servir com un poderós instrument d'últim recurs per assenyalar la urgència i mobilitzar la preocupació pública sobre la situació de les persones sense llar.

- **Activitats de sensibilització**

Les campanyes de conscienciació busquen generar suport públic i transformar les narratives culturals al voltant de la manca d'habitatge. Aquestes poden incloure eines de comunicació creatives: música, teatre, campanyes visuals, narrativa digital, vídeos curts, exposicions o debats públics. En el context de la manca d'habitatge, la conscienciació també contribueix a combatre l'estigma, presentant evidència de les causes estructurals (com ara la manca d'habitatge assequible o la precarietat laboral) i exposant històries personals que humanitzen les persones afectades.

- **Compromís amb els mitjans**

Les estratègies mediàtiques contribueixen a generar legitimitat pública i influir a les agendes polítiques. Inclou 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 l'evidència són especialment eficaces en posar en relleu les deficiències sistèmiques, com la capacitat d'allotjament insuficient, el finançament insuficient dels programes d'habitatge prioritari o les barreres que enfronten les dones, els migrants i els joves en situació de carrer.

- **Col·laboració amb institucions**

Quan hi ha una alineació entre les organitzacions de la societat civil, els grups comunitaris i les institucions governamentals, la col·laboració pot conduir al disseny conjunt i la implementació de serveis públics. Al sector de les persones sense llar, aquesta col·laboració es podria concretar en grups de treball conjunts sobre l'expansió de la prioritat de l'habitatge, consells assessors sobre persones sense llar o protocols desenvolupats conjuntament per a allotjament d'emergència. Una col·laboració constructiva requereix claredat de rols, confiança i mecanismes compartits de presa de decisions.

- **Investigació científica i producció d'evidència**

La incidència política basada en la investigació enforteix la credibilitat. A l'àmbit de les persones sense llar, l'evidència sòlida sol incloure avaluacions de necessitats, avaluacions de serveis, relats etnogràfics i dades sobre la situació de l'habitatge. Les organitzacions comunitàries, gràcies a la proximitat a les poblacions afectades, generen coneixements essencials que complementen els estudis acadèmics. Aquesta base d'evidència combinada pot enfortir aliances, fonamentar el discurs públic i donar suport a un canvi estructural a llarg termini.

- **Persuasió i cabildeig**

La incidència política també implica tècniques de persuasió directa i indirecta. El cabildeig directe consisteix a comunicar-se directament amb els responsables polítics -mitjançant reunions, sessions informatives o consultes amb experts- per promoure reformes polítiques específiques, com l'ampliació del parc d'habitatges socials o la millora de l'accés a l'atenció mèdica per a les persones sense llar. Complementàriament, el cabildeig indirecte mobilitza organitzacions, membres de la comunitat i el públic en general per contactar amb els responsables de la presa de decisions. Les campanyes que animen la ciutadania 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 participació visible als mitjans de comunicació.

- **Construcció d'aliances i desenvolupament de xarxes**

La defensa eficaç de les persones sense llar requereix aliances sòlides entre sectors. Poden incloure xarxes d'organitzacions de serveis socials, activistes en matèria d'habitatge, institucions acadèmiques, professionals de la salut i grups comunitaris. L'èxit de les aliances depèn d'un lideratge compartit, rols clars, comunicació transparent i membres amb capacitat analítica i relacions basades en la confiança.

- **Estratègies d'apoderament comunitari**

L'apoderament se centra a enfortir la confiança, el coneixement i la capacitat d'acció política de les persones en situació de carrer. Enfocaments com els grups de suport entre iguals, la capacitat en lideratge i els processos de governança participativa ajuden a garantir que la defensa de drets es fonamenti en l'experiència viscuda. L'apoderament reforça la ciutadania activa perquè els permet reclamar drets, desafiar pràctiques discriminatòries i participar en la formulació de polítiques que afecten les seves vides.

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 d'incidència més eficaces per a la reducció de danys i àrees afins. Moltes d'aquestes recomanacions són directament rellevants per a la incidència a favor de les persones sense llar.

Una de les estratègies més destacades va ser la creació de col·laboracions i xarxes entre organitzacions de la societat civil que treballen en temes relacionats, com ara la salut mental, el consum de substàncies, els serveis per a joves o la violència domèstica. Aquestes xarxes comparteixen coneixements, amplifiquen missatges i generen campanyes col·lectives capaces d'influir a les agendes polítiques locals i regionals.

Les xarxes de "iguals" i la participació basada en l'experiència també es van destacar com a essencials. Una defensa significativa de les persones sense llar ha de partir de la participació de les persones que han experimentat l'exclusió residencial en el disseny, la implementació i la mobilització política dels serveis. Les iniciatives comunitàries i els consells assessors compostos per "iguals" constitueixen mecanismes eficaços per garantir la representació i la rendició de comptes.

Una altra recomanació central es va centrar a enfortir la base empírica i oferir capacitat en habilitats d'incidència política. Compartir estudis de cas, intervencions amb èxit i metodologies estratègiques millora la capacitat de les organitzacions per presentar arguments coherents i influents.

Finalment, els experts van destacar la importància d'involucrar les parts interessades principals: veïns, 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.

Marc d'estratègia de promoció

Una de les eines més utilitzades per planificar i comprendre la tasca d'incidència política és el Marc d'Estratègia d'Incidència Política, desenvolupat per Julia Coffman i Tanya Beer al Centre per a la Innovació en Avaluació. Es tracta d'un marc senzill, d'una sola pàgina, que ajuda els activistes a definir la teoria del canvi: en essència, com s'espera que les seves activitats influeixin en les persones i, en última instància, donin forma a les decisions polítiques.

En lloc de presentar la incidència política com una seqüència lineal i ordenada, el marc reconeix que el canvi és complex i sovint impredecible.

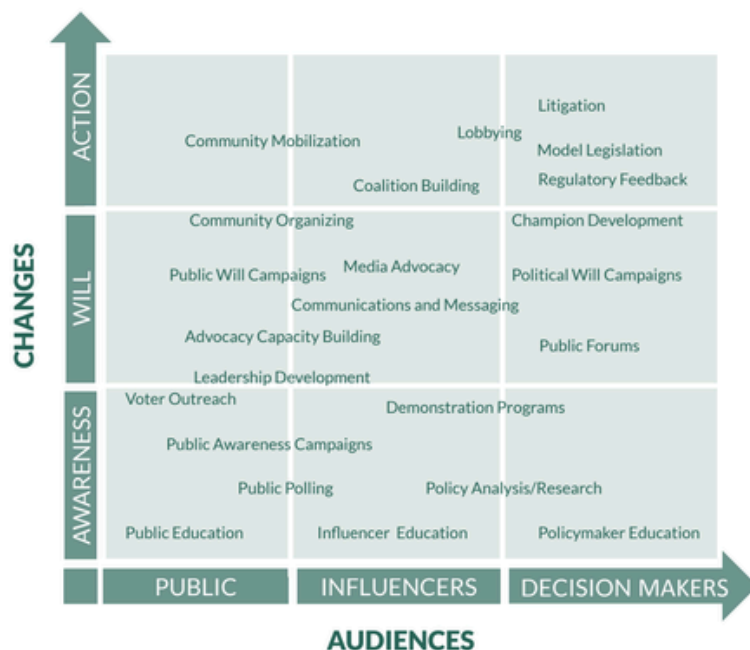


Image 7

El marc es basa en dues dimensions clau: qui s'intenta influir i quin tipus de canvi s'espera generar en aquesta persona. Agrupa les audiències potencials en públic, persones influents i prenedors de decisions, reconeixent que cadascuna juga un paper diferent en la configuració dels entorns polítics.

Alhora, identifica tres nivells de canvi que els defensors podrien cercar: crear consciència, generar voluntat i impulsar l'acció. Una fortalesa distintiva del model és la seva atenció a l'etapa de la "voluntat", que ressalta la realitat que conèixer un problema no és suficient; les persones també necessiten preocupar-se'n, tenir una opinió, sentir urgència i creure que poden fer alguna cosa abans d'actuar.

En implementar tàctiques d'incidència específiques en aquest espai bidimensional, els defensors poden aclarir qui volen arribar i quin tipus de canvi busquen aconseguir de forma realista. Per exemple, una campanya de conscienciació pública es pot adreçar a públics amplis per fomentar la comprensió, mentre que el litigi o el cabildeig directe es poden centrar en els responsables de la presa de decisions i buscar accions polítiques concretes. El marc també anima els usuaris a considerar com es posicionen altres actors (aliats, oponents o grups neutrals) en relació amb els seus objectius. En general, ofereix una forma clara i flexible de pensar en lastratègia, els resultats provisionals i les vies a través de les quals la incidència pot contribuir a un canvi social o polític significatiu.

Podràs conèixer aquest marc amb més profunditat [aquí](#).

Secció 4 - Llenguatge utilitzat en comunicar-se sobre la manca d'habitatge

El llenguatge està profundament entrelaçat amb la identitat i el poder; la manera com la societat parla sobre la manca d'habitatge pot influir no només en l'actitud pública, sinó també en com es perceben a si mateixes les persones sense llar. Les investigacions demostren que etiquetes comunes com a "persones sense llar" o "persones sense llar" poden reforçar l'estigma en reduir les persones al seu estatus d'habitatge, perpetuant estereotips deshumanitzants al voltant del fracàs personal, l'aparença o l'addicció (King's College London, 202).

L'ús d'un llenguatge que prioritza la persona, com a "persones en situació de carrer", ajuda a mantenir la dignitat en prioritzar la persona sobre la seva situació (Watson et al., 2022). Aquest enfocament lingüístic compta amb el suport d'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 entre proveïdors de serveis, investigadors i el públic general va revelar que els termes que prioritzen la persona tenen àmplia acceptació, encara que les preferències varien; això ressalta la importància d'involucrar les persones amb la seva experiència viscuda en triar la terminologia (Brown et al., 2022).

Els acadèmics també han introduït el concepte d'"homeisme" per descriure la devaluació i discriminació sistèmiques contra les persones a causa de la seva situació habitacional (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, fer servir un llenguatge que reconegui tant la humanitat d'una persona com la seva experiència viscuda pot ajudar a restaurar l'autonomia, enfortir la confiança i promoure 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 les Persones sense Llar ofereix una llista de verificació per a un llenguatge no estigmatitzant en el discurs públic, recomanant utilitzar frases que prioritzin la persona, evitar etiquetes innecessàries i rebutjar estereotips vinculats al fracàs personal o2.

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 les etiquetes que s'utilitzen per descriure les persones poden influir significativament en com la societat les percep i, en conseqüència, en com es perceben a si mateixes. Aquest procés és particularment evident en el context de les persones sense llar on el llenguatge pot reforçar l'estigma o promoure la dignitat i el respecte.

El llenguatge estigmatitzant i les seves conseqüències

El llenguatge estigmatitzant pot conduir a la marginació i l'exclusió de les persones sense llar. Termes que redueixen les persones a les seves circumstàncies, com “persones sense llar”, poden perpetuar estereotips negatius i deshumanitzar les persones afectades. Les investigacions indiquen que aquest tipus de llenguatge reforça els prejudicis socials i contribueix a l'exclusió social d'aquestes persones (Chauhan i Foster, 2025).

A més, l'ús del llenguatge estigmatitzant pot afectar l'autopercepció de les persones en situació de carrer. Quan la societat les etiqueta de manera negativa, pot internalitzar aquestes percepcions, cosa que resulta en una disminució de la seva autoestima i autoeficàcia. Aquesta internalització pot crear un cicle d'exclusió i desavantatge, dificultant la reintegració social.

El llenguatge inclusiu com a mitjà d'apoderament

Per contra, el llenguatge inclusiu que prioritza la persona abans que la seva condició pot fomentar un entorn social més positiu. El llenguatge que prioritza la persona, com a “persona en situació de carrer”, se centra en l'individu més que en les seves circumstàncies, promovent la dignitat i el respecte. Aquest enfocament s'alinea amb els principis del llenguatge que prioritza la persona, l'objectiu del qual és evitar reduir les persones a les seves condicions o circumstàncies (Palmer, 2018).

El llenguatge inclusiu no només altera la percepció pública, sinó que també empodera les persones en reconèixer la seva humanitat i potencial. En canviar la narrativa d'una de deficiència a una de resiliència i autonomia, el llenguatge inclusiu pot facilitar més inclusió social i suport a les persones en situació de carrer.

Implicacions pràctiques per a les interaccions socials

El llenguatge emprat en les interaccions quotidianes pot tenir efectes profunds en les relacions socials. Els professionals que treballen amb persones en situació de carrer han de ser conscients de la seva elecció de llenguatge, assegurant-se de fer servir termes que afirmen la dignitat i la humanitat dels qui atenen. Els programes de capacitació que emfatitzen la importància del llenguatge inclusiu poden dotar les persones de les eines necessàries per comunicar-se de manera eficaç i empàtica.

A més, els mitjans de comunicació i el discurs públic tenen un paper fonamental en la formació de les actituds socials. Periodistes, legisladors i activistes haurien d'adoptar un llenguatge inclusiu per desafiar els estereotips i promoure una comprensió més precisa de la situació de les persones sense llar. D'aquesta manera, poden contribuir a una societat més informada i compassiva.

Bones pràctiques en lús del llenguatge		
Bones pràctiques	Per què?	Exemples
Llenguatge que prioritza la persona	<p>Adoptar un llenguatge que prioritzi la persona posa èmfasi en l'individu abans que en la seva condició, reconeixent-ne la humanitat en lloc de definir-lo per les seves circumstàncies. Aquest canvi redueix l'estigma, promou la dignitat i reforça la idea que la manca d'habitatge o altres reptes són un aspecte de la vida d'una persona, no pas la identitat definitiva.</p>	<p>Digueu "persona sense llar" en lloc de "persona sense llar". Digueu "individus que viuen amb problemes de consum de substàncies" en lloc d'"addictes". [Quebra de Moldagem do Texto] Digueu "persones amb experiència viscuda de dificultats de salut mental" en lloc de "malalts mentals". Digueu "persones amb experiència viscuda de dificultats de salut mental" en lloc de "malalts mentals".</p>
Evitar termes deshumanitzants	<p>Certes paraules o etiquetes poden reduir les persones a un problema o objecte, reforçant estereotips negatius. El llenguatge deshumanitzant desposseeix les persones de la seva individualitat i pot influir inconscientment en les actituds socials, les decisions polítiques i les interaccions professionals. [Quebra de Moldagem do Texto]</p>	<p>Eviteu utilitzar un llenguatge que presenti les persones com a "problemes" o "càrregues". Eviteu els sense llar, rodamons o captaires. Eviteu frases com "drogadicte"; en el seu lloc utilitzeu "persona que consumeix drogues". Eviteu utilitzar "casos" quan es refereixi a persones en refugis o programes de suport.</p>
Usant un llenguatge empoderador	<p>El llenguatge empoderador emfatitza l'autonomia, la resiliència i les fortaleses, en comptes de les deficiències. Podeu inspirar esperança i donar suport a la participació en la recerca de solucions. Aquest enfocament fomenta una perspectiva basada en les fortaleses, reconeixent els esforços i el potencial, en comptes de reforçar la impotència o el victimisme.</p>	<p>"Persones que busquen un habitatge estable" en lloc de "persones sense llar". "Participants en programes d'habitatge" en lloc de "clients" o "beneficiaris", quan el context sigui apropiat. Ressalteu els èxits: "va fer la transició reeixida a un habitatge independent" en lloc de centrar-se només en els problemes.</p>

<p>Ser conscient del to i el context</p>	<p>El to, l'enquadrament i el context determinen com es rep el llenguatge. Fins i tot les paraules neutrals poden transmetre judici o biaix si s'expressen amb insensibilitat. Un enquadrament compassiu i orientat a solucions fomenta el diàleg constructiu, redueix l'estigma i en fomenta la col·laboració.</p>	<p>Emmarqueu les discussions entorn de solucions, camins i suport, en lloc de només els dèficits: per exemple, "Quins passos poden ajudar les persones a aconseguir un habitatge estable?" en lloc de "Què els passa?". Utilitzeu pronoms inclusius i descripcions respectuoses: per exemple, "ells" en comptes d'assumir el gènere o etiquetar per condició. Adaptar el to a la comunicació pública: als mitjans o presentacions, evitar sensacionalitzar la manca d'habitatge com una "crisi" sense context.</p>
<p>Com evitar el reforçament d'estereotips</p>	<p>El llenguatge pot reforçar involuntàriament els estereotips socials. Qüestionar els estereotips redueix els prejudicis i promou una comprensió més matisada, cosa que és crucial per al treball professional, de polítiques i de defensa de drets.</p>	<p>Eviteu insinuar causalitat a partir de trets personals: per exemple, "mandrós" o "irresponsable" com a causes de la manca d'habitatge. En canvi, digui "enfrontar barreres estructurals com la falta d'habitatge assequible". [Quebra de Moldagem do Texto] Cal destacar la diversitat: no totes les persones en situació de carrer tenen les mateixes experiències; evitar homogeneïtzar termes. [Quebra de Moldagem do Texto]</p>
<p>Usant el llenguatge com a defensa</p>	<p>L'elecció del llenguatge pot impulsar activament la defensa d'interessos i el canvi social. El llenguatge estratègic pot influir en la percepció pública, les prioritats polítiques i les pràctiques professionals, impulsant el canvi estructural i l'apoderament individual.</p>	<p>Als informes, utilitzeu "persones que experimenten exclusió d'habitatge" per reflectir factors sistèmics. A les campanyes públiques, utilitzeu un enfocament positiu: "Tots mereixen una llar segura" en lloc de frases negatives com "Acabem amb la manca d'habitatge ara" sense context. Educar els col·legues i parts interessades sobre per què l'elecció de paraules és important en el finançament, les polítiques i la prestació de serveis.</p>

Tabele 6



Activitat 6.4 | Fer que la nostra veu s'escolti: Disseny d'una campanya d'incidència política amb el marc d'estratègia d'incidència política.

Objectiu:

Dotar els/les participants d'habilitats pràctiques de defensa mitjançant el disseny col·laboratiu d'un pla de defensa centrat en persones sense llar, utilitzant el Marc d'Estratègia de Defensa. Aquesta activitat enforteix el pensament estratègic, la col·laboració i la capacitat de connectar la teoria amb els desafiaments polítics del món real.

Totes les instruccions i els materials per a l'activitat estan disponibles al Kit d'eines.

Referències

Referències

Amore, K., Baker, M. i Howden-Chapman, P. (gener de 2011). Definició i classificació ETHOS de la manca d'habitatge: Una anàlisi. Recuperat de ResearchGate.

Brown, R., Smith, J. i Taylor, P. (2022). Percepcions públiques i preferències terminològiques a la defensa de les persones sense llar: Una enquesta nacional. *Journal of Community Psychology*, 50(6), 2301–2315. <https://doi.org/10.1002/jcop.22710>

Busch-Geertsema, V. (2010). Definició i mesurament del sensellarisme. A O'Sullivan, E., et al. (Eds.), *Investigació sobre la sensellarisme a Europa*. FEANTSA/Observatori Europeu del Sensellarisme.

Chauhan, A. i Foster, J. (2025). Parlant sobre la manca d'habitatge: Un nou informe destaca com el llenguatge quotidià perpetua l'estigma. King's College de Londres. Recuperat de <https://www.kcl.ac.uk/news/homelessness-language>

Edgar, B. i Doherty, J. (2001). *Dones i persones sense llar a Europa*. FEANTSA/Policy Press.

FEANTSA. (2005). *ETHOS – Tipologia Europea de Sensellarisme i Exclusió Residencial*. Brussel·les: FEANTSA.

Fitzpatrick, S., Johnsen, S. i Bramley, G. (2021). Sensellarisme i discriminació: Entenent l'homeisme. *Estudis d'Habitatge*, 36(5), 745-762. <https://doi.org/10.1080/02673037.2020.1825643>

Goffman, E. (1963). *Estigma: Notes sobre la gestió de la identitat deteriorada*. Simon & Schuster.

Institut de Persones sense Llar Globals. (sense data). *Defensa*. <https://ighomelessness.org/hub/advocacy/>

King's College de Londres. (2022). *La manca d'habitatge i el llenguatge de l'estigma: Guia i llista de verificació*. Centre per a l'impacte de la manca d'habitatge. <https://www.kcl.ac.uk/news/homelessness-language>

Llegeix, B., Price, M. i Thompson, K. (2012). Creences dels gestors de serveis per a persones sense llar sobre la promoció de polítiques. *Administració en Treball Social*, 36(5), 452-470. <https://doi.org/10.1080/03643107.2012.656221>

Aliança Nacional per Acabar amb la Manca d'Habitatge. (2011). Incidència política per acabar amb la manca d'habitatge. <https://endhomelessness.org/wp-content/uploads/2011/02/utilizando-la-abogacia-para-acabar-con-la-falta-de-hogar.pdf>

Palmer, GL (2018). Les persones sense llar són, sobretot, persones: Una oportunitat per replantejar la situació. *Revista Global de Pràctica de Psicologia Comunitària*, 9(2). Recuperat de <https://www.gjcpp.org/pdfs/3-Palmer-Final.pdf>

Pleace, N. (2025). Resum de recerca núm. 3: Dones i persones sense llar. FEANTSA. Recuperat de https://www.feantsa.org/public/user/epoch/Research_digest_3_3.pdf

Comitè de Drets Econòmics, Socials i Culturals de les Nacions Unides (CDESC). (1991). Observació General núm. 4: El dret a un habitatge adequat (art. 11.1).

Revista de Dret de la Universitat de Miami (2011). Defensa i política social en la situació de les persones sense llar. <https://repository.law.miami.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1961&context=umlr>

Watson, D., Hodgetts, D. i Cullen, A. (2022). Llenguatge centrat en les persones i inclusió social: Empoderament de les persones en situació de carrer. *Revista Global de Pràctica de Psicologia Comunitària*, 13(1), 1–20. <https://journals.ku.edu/gjcpp/article/view/20714>

